



## COMUNICAÇÕES

### 9.º Congresso de Pneumologia do Centro

Unhais da Serra - Covilhã, Hotel H2O, 14 e 15 de junho de 2018

#### CO01. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM JOVENS COM ASMA, ESTUDO COMPARATIVO

M. Guedes<sup>1</sup>, A. Almeida<sup>2</sup>, C. Rodrigues<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Faculdade Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

<sup>2</sup>NECE-Research Unit in Business, Universidade da Beira Interior.

<sup>3</sup>Centro Hospitalar da Cova da Beira.

A asma, é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, tem vindo a registar um aumento da sua prevalência principalmente em crianças e adolescentes. Esta doença tem um enorme impacto na qualidade de vida (QV) das crianças/adolescentes, acarretando várias restrições a nível físico, emocional e social. O seu tratamento visa prevenir a mortalidade, reduzir a morbilidade e promover o bem-estar do doente. Assim, é pertinente o estudo da sua QV, como instrumento de avaliação da eficácia das intervenções realizadas. Este estudo avaliou a QV relacionada com a saúde (QVRS) das crianças/adolescentes com asma. Utilizou-se um questionário dividido: 1) Dados sociodemográficos, clínicos e de caracterização da doença em crianças e adolescentes; 2) Questionário da QV Pediátrica Versão 4.0 - PedsQLTM4.0 e 3) Questionário da QV Pediátrica na Asma-PAQLQ. Os dados foram tratados no Excel 2007 e SPSS. Foram usados testes não paramétricos para testar as hipóteses, considerando-se um p-value < 0,05. No total, 74 crianças/adolescentes do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) e Centro Hospitalar entre Douro e Vouga (CHEDV) entre 8 e 17 anos de idade responderam, sendo 59,5% do sexo masculino. A dimensão do PedsQLTM4.0 que registou resultados menos satisfatórios foi a “Dimensão de Funcionamento Escolar”, enquanto que no PAQLQ foi a dimensão “Sintomas. As pontuações obtidas pelo PedsQLTM4.0, instrumento de avaliação geral, são influenciadas pelas pontuações do PAQLQ, sendo possível afirmar que o primeiro ignora alguns aspetos importantes da QVRS, tendo o instrumento específico para a asma (PAQLQ) maior especificidade e sensibilidade para a sua avaliação. Observa-se que as variáveis sexo e prática de desporto extracurricular influenciam os níveis de QVRS. O desempenho escolar também é afetado pelos níveis de QVRS das crianças/adolescentes. Este trabalho oferece uma visão fracionada do enorme leque de intervenientes que poderão afetar a QVRS das crianças/adolescentes asmáticas, no entanto, contribui para alertar sobre alguns componentes que influenciam o controlo da doença e consequentemente a QV destes doentes. Esta

Avaliação da QV em Crianças e Adolescentes com Asma deve ser feita periodicamente por uma equipa multidisciplinar para que o tratamento das crianças/adolescentes possa ser feito de uma forma mais eficaz.

**Palavras-chave:** Asma. QVRS. Crianças. Adolescentes. Pediatria.

#### CO02. METASTIZAÇÃO PULMONAR, OU NÃO?

M. Braz<sup>1</sup>, A.C. Ferreira<sup>1</sup>, J. Gonçalves<sup>2</sup>, C. Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia B; <sup>2</sup>Serviço de Medicina Interna B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução:** A hiperplasia neuroendócrina difusa do pulmão (DIPNECH) é uma patologia rara caracterizada pela proliferação difusa de células neuroendócrinas em doentes não fumadores. É considerada uma possível lesão precursora de tumores carcinoides, cuja apresentação é variável, sendo frequente tosse seca, com obstrução não reversível e imagiologicamente a existência de opacidades nodulares e padrão em mosaico.

**Caso clínico:** Mulher de 79 anos, sem exposição profissional de risco, não fumadora, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, rinosinusite crónica, hérnia esofágica, patologia hemorroidária e histerectomia com anexectomia. Medicada com budesonida 160 µg + formoterol 4,5 µg, perindopril, espironolactona 25 mg, e bisoprolol 5 mg. Referenciada à consulta de pneumologia por alterações em tomografia computadorizada (TC) do tórax, com clínica de tosse seca, dispneia e sibilância de longa evolução. À auscultação pulmonar com murmúrio vesicular simétrico e crepitações inspiratórias. Estudo funcional respiratório com obstrução fixa. TC tórax do ambulatório: “ (...) múltiplas opacidades nodulares mal definidas com densidade em vidro despolido, a maior com 9 mm no segmento apical do lobo inferior direito (...) que não permitem excluir a hipótese de localizações secundária (...) áreas de densificação parenquimatosa em mosaico (...)” Estudo analítico geral, marcadores tumorais e estudo auto-imune sem alterações. Realizada broncofibroscopia sem alterações endobrônquicas, lavado broncoalveolar (LBA) com celularidade total baixa (linfócitos 62% CD4/CD8 1.3) e citologia sem células neoplásicas. Realizada TC cérvico-tóraco-abdomino-pélvica com manutenção de opacidades nodulares, sem identificação de processos expansivos. A PET-TC relatava “múltiplos

nódulos pulmonares e formações ganglionares mediastino-hilares bilaterais, com discreta captação de FDG-F18". Efectuado ainda estudo tiroideu, da mama, colonoscopia e endoscopia digestiva alta não identificavam alterações suspeitas. Mantendo-se suspeita clínica realizada biópsia pulmonar cirúrgica com resultado anatomo-patológico compatível com hiperplasia neuroendócrina do pulmão. Por manter clínica iniciada baixa dose de corticoide oral com benefício. **Discussão:** A DIPNECH é uma entidade rara cujo tratamento se desconhece e com prognóstico incerto devendo ser considerada como diagnóstico diferencial em doenças pulmonares crônicas em mulheres não fumadoras com dispneia, sibilância, padrão em mosaico, nódulos pulmonares e alterações intersticiais em TC.

**Palavras-chave:** DIPNECH. Tumor carcinoide.

### CO03. PERFIL DAS COMORBILIDADES ASSOCIADAS À INFEÇÃO GRIPAL-ESTUDO RETROSPECTIVO DE 5 ANOS

P.J. Ferreira<sup>1</sup>, A.J. Ferreira<sup>1,2</sup>, B.C. Paiva<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

<sup>3</sup>Instituto de Biofísica/Biomatemática FMUC/IBILI.

**Introdução:** A gripe é uma infecção respiratória aguda de curta duração causada pelo vírus Influenza, apresentando-se maioritariamente sob a forma epidémica e afetando milhões de pessoas por ano, das quais cerca de um milhão desenvolvem pneumonias que podem levar à hospitalização e morte. Foi já documentada a forte associação destas infeções com patologias tanto do foro respiratório como dos restantes sistemas, podendo estas comorbilidades agravar o habitual curso da gripe e condicionar maior morbidade e mortalidade para o doente. O objetivo principal deste estudo é avaliar quais as comorbilidades mais associadas à gripe, caracterizando o perfil de patologias concomitantes que os doentes mais apresentam.

**Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo observacional, num grande Hospital Central de Portugal, durante um período de estudo de 5 anos (2012-2016). Foram incluídos todos os doentes com diagnóstico confirmado de gripe e pelo menos um internamento, acrescentando como variáveis outros diagnósticos além deste, assim como a idade, o género, dias de internamento e destino à data de alta.

**Resultados:** No total foram identificados 257 indivíduos a quem, após recorrerem ao Hospital, foi feito o diagnóstico de gripe, incluindo 138 mulheres (53,7%) e 119 homens (46,3%). Dentro dessa amostra, 186 (72,4%) tiveram um diagnóstico primário de gripe associada a uma das comorbilidades sob estudo, a maioria dos quais (178 casos) especificamente com o diagnóstico de Gripe associada a Pneumonia. A taxa de óbitos foi de 3,5% (total de 9 mortes), equitativamente distribuídas pelo género, e tendo ocorrido principalmente em indivíduos de maior idade (idade média  $72,56 \pm 13,71$  anos). Em termos de comorbilidades múltiplas, o grupo primariamente diagnosticado com Gripe e Pneumonia evidenciou principalmente associações acrescidas com Doenças Cardiovasculares (35,4% dos casos), sendo que também foram identificados 4 casos de até quatro comorbilidades concomitantes (Pneumonia, DPOC, Diabetes e DCV).

**Conclusões:** Avaliou-se a prevalência de comorbilidades adicionais em doentes internados com o diagnóstico de gripe, verificando-se que a associação que mais internamentos motivou foi com o diag-

nóstico "Pneumonia"; a mortalidade nestes indivíduos aumenta com a idade, sendo os óbitos principalmente devidos à gripe com pneumonia quando esta ocorre especificamente dentro do grupo com patologia cardiovascular prévia.

**Palavras-chave:** Gripe. Influenza. Infeções respiratórias. Síndrome gripal.

### CO04. OSCILOMETRIA DE IMPULSO-UM ANO DE EXPERIÊNCIA

M. Conceição, S. Guerra, A.D. Cunha, J.B. Correia, T. Abrantes, M. Sousa, A. Reis, A.S. Torres

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

**Introdução:** A oscilometria de impulso (IOS) é um método de estudo da mecânica ventilatória menos dependente do esforço e cooperação do doente. Através da emissão de vibrações a diferentes frequências (Hz), possibilita a avaliação das resistências nas vias aéreas periféricas (R5) e centrais (R20), diferenciando o nível da obstrução.

**Objetivos:** Avaliar a aplicabilidade da oscilometria na prática clínica através da caracterização da população submetida a este método.

**Métodos:** Análise retrospectiva de provas de função respiratória, incluindo espirometria e IOS, durante o período de 01/06/2016 a 01/06/2017.

**Resultados:** Foram incluídos 153 indivíduos, dos quais 56,9% eram do género feminino. A maioria (62,7%) encontrava-se em idade pediátrica com mediana de 9 anos e 37,3% tinha idade  $\geq 18$  anos, com uma média de 73,8 anos. Em 57,5% dos casos, a IOS foi requisitada pelo serviço de Pediatria, seguindo-se Pneumologia e Imunoalergologia. A asma representava 66% dos diagnósticos ou suspeitas clínicas justificativas do estudo respiratório. A alteração ventilatória obstrutiva foi detetada através de espirometria em 19% ( $n = 29$ ), enquanto que o padrão obstrutivo obtido através de IOS foi de 26,8% ( $n = 41$ ), definido por  $R5 \text{ e/ou } R20 > 150$ . Dos 41 doentes, com aumento da resistência pulmonar através do IOS, 68,3% apresentava elevação isolada de R5, enquanto 31,7% tinha aumento simultâneo de R5 e R20. A prova de broncodilatação foi positiva em 12,2%, dos 41 casos supracitados. A obstrução das pequenas vias aéreas representava a única alteração espirométrica em 11,8% dos doentes, destes 33,3% apresentava aumento de R5 e/ou R20. Nos doentes com alteração espirométrica obstrutiva, os valores de R5, R20 e R5-R20 encontravam-se significativamente aumentados em relação àqueles cuja espirometria era normal. Verificou-se existir uma correlação negativa, moderada, entre o  $FEV1\%_{prev}$  e os parâmetros oscilométricos R5 e R5-20.

**Conclusões:** A análise da distribuição etária desta população, confirma a importância da oscilometria na avaliação da função respiratória quando a colaboração está comprometida, particularmente nas crianças e idosos. Neste estudo, a percentagem de aumento das resistências por IOS foi superior à de obstrução através da espirometria, corroborando estudos prévios que sugerem a oscilometria como um método mais sensível na deteção de alterações da função respiratória.

**Palavras-chave:** Oscilometria de impulso. Espirometria. Obstrução. Resistências.



## POSTERS

### 9.º Congresso de Pneumologia do Centro

Unhais da Serra - Covilhã, Hotel H2O, 14 e 15 de junho de 2018

#### P01. EMBOLIZAÇÃO PERCUTÂNEA DE MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS PULMONARES NO SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER

L. Carreto, M. Silveira, C. Simão, H. Liberato, F. Rodrigues

*Serviço de Pneumologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca E.P.E.*

**Introdução:** O síndrome de Rendu-Osler-Weber (também conhecido como Telangiectasia Hemorrágica Hereditária) é a principal causa de malformações arteriovenosas (MAV) pulmonares. A embolização é considerada o *standard of care* no tratamento sintomático e prevenção das suas complicações. O presente caso clínico retrata uma doente com duas MAV's pulmonares no contexto do Síndrome de Rendu-Osler-Weber, submetida a embolização percutânea.

**Caso clínico:** M.L.C.G., sexo feminino, 46 anos, caucasiana, com diagnóstico de Síndrome de Rendu-Osler-Weber com envolvimento nasofaríngeo, gástrico e hepático é referenciada à consulta de Pneumologia por quadro de dispneia para médios esforços. Medicada habitualmente com ferro oral e ácido fólico por apresentar anemia ferropénica secundária a perdas frequentes por epistáxis. Dos exames complementares de diagnóstico realizados, destaca-se anemia microcítica com hemoglobina 9,8 g/dL; ecocardiograma com boa função sistólica global, ventrículos de dimensões normais, dilatação biauricular; angio-TAC de tórax com MAV no lobo médio (LM) e no lobo superior esquerdo (LSE); provas de função respiratória sem alterações à excepção de diminuição ligeira da Capacidade de Difusão de Dióxido de Carbono ( $D_{LCO}$  71%); gasometria arterial sem hipoxémia. Após discussão multidisciplinar, é decidida embolização das MAV's pulmonares. Num primeiro tempo, em Dezembro de 2015, é realizada embolização da MAV do LM, sendo posteriormente, em Novembro de 2016, realizada embolização da MAV do LSE. Após estes procedimentos, observou-se melhoria sintomática completa, bem como aumento da  $D_{LCO}$  para 77%. Imagiologicamente, um ano após a última embolização, observa-se regressão completa da MAV do LM e diminuição significativa da MAV do LSE.

**Discussão:** A embolização está recomendada em todas as MAVs pulmonares, independentemente da presença ou ausência de sintomatologia, permitindo reduzir o risco de complicações como acidentes vasculares cerebrais, abscessos cerebrais e hemoptises maciças. A embolização percutânea tem demonstrado vantagens comparati-

vamente à cirúrgica por apresentar menor número de complicações e menor duração de internamento.

**Palavras-chave:** Malformações arteriovenosas. Síndrome Rendu-Osler-Weber. Embolização.

#### P02. NEM TUDO O QUE PARECE É

F.C. Ferreira, A. Vasconcelos, B. Rodrigues, C. Valente, G. Teixeira, L. Andrade, A. Saraiva

*Centro Hospitalar Baixo Vouga.*

**Introdução:** As infeções respiratórias, patologia frequente, podem ter quadros clínicos, resposta terapêutica e evolução variáveis.

**Caso clínico:** Homem 58 anos, com febre, tosse seca e dispneia de início súbito em janeiro 2017 que não melhorou com medicação sintomática. Referia tosse com expectoração mucopurulenta, pieira e dispneia de esforços à 3ª semana sem melhoria com antibioterapia. Recorreu ao SU à 4ª semana de evolução clínica. Antecedentes de dislipidémia, medicado com atorvastatina 20 mg id, sem alergias conhecidas. Não fumador, trabalha com pladur®. Ao Exame objectivo apresentava-se eupneico, SpO<sub>2</sub> 96% (ar ambiente), com fibrilhação auricular (FA) a 170bpm, sem sopros cardíacos, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído à direita, sibilos e fervores crepitantes ipsilaterais, edema bilateral dos membros inferiores. Do estudo no serviço de urgência (SU): analiticamente- sem leucocitose ou neutrofilia, PCR 2,2 mg/dL, gasimetricamente- sem insuficiência respiratória, telerradiografia de tórax- hipotransparência heterogénea dos 2/3 inferiores do campo pulmonar direito com broncograma aéreo, apagamento dos seios costofrénicos e aumento da silhueta cardíaca. Admitida infeção respiratória previamente medicada e FA de novo. Por alterações radiológicas estruturais, referenciado para estudo em ambulatório para Cardio e Pneumologia. Semana 1 após SU: TC torácica - múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares à direita, derrame pleural bilateral, focos de consolidação no lobo superior direito com broncograma aéreo e infiltrados dispersos nos lobos médio e inferior direito e lobo inferior esquerdo, com espessamentos septais; broncofibroscopia e exames sucedâneos sem alterações significativas. Semana 2: telerradiografia tórax -melhoria significativa; ecocardiograma transtorácico- aurícula e ventrículo esquerdos (VE) dilatados e diminuição da fração de ejeção do VE (18%). Semana 7: ressonância magnética fun-

cional cardíaca- lesão infiltrativa do hilo pulmonar direito em íntima relação com ramo interlobar da artéria pulmonar direita, sem sinais de invasão brônquica, veias pulmonares ou cardíaca; trombo no apêndice auricular esquerdo, hipocontractilidade global a traduzir cardiomiopatia dilatada. Semana 29: TC torácica - redução do número e dimensão dos gânglios mediastínicos, sem áreas de consolidação ou nódulos suspeitos. Manteve vigilância clínica e radiológica.

**Discussão:** Dada a evolução clínica, admitiu-se pneumonia organizativa secundária a provável infecção viral e taquimiocardiopatia dilatada.

**Palavras-chave:** Infecção respiratória. Pneumonia organizativa.

### PO3. MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NA PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE - ANÁLISE MONOINSTITUCIONAL

B. Cabrita, A.L. Fernandes, S. Correia, J. Ferreira

*Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano.*

**Introdução:** As pneumonias são a principal causa de mortalidade por doenças respiratórias em Portugal, apresentando as mais elevadas taxas de mortalidade comparativamente aos restantes países da OCDE. Os critérios CURB-65 avaliam o risco de mortalidade e apoiam a decisão terapêutica.

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi comparar a letalidade intra-hospitalar da nossa instituição com os valores nacionais e procurar fatores de risco associados.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, baseado em registos de admissões por PAC no Hospital Pedro Hispano (Maio-Dezembro 2017). Foram excluídos casos pediátricos e transferências para outras instituições. A análise de dados foi feita através do software IBM SPSS Statistics versão 23, com  $p \leq 0,05$  a indicar significância estatística.

**Resultados:** Identificámos 188 doentes. A idade média foi  $70 \pm 17$  anos (20-98), prevalecendo o sexo masculino (55%). O tempo de internamento foi  $7 \pm 8$  dias e de antibioterapia  $10 \pm 8$ . *Streptococcus pneumoniae* foi o agente mais frequente (17%). Em 71% dos casos foi iniciada antibioterapia empírica com beta-lactâmico e macrólido. Contudo, não se verificou associação (significativa) entre a escolha de monoterapia ou antibioterapia dupla e mortalidade ( $p = 0,07$ ). A taxa de letalidade foi 8% ( $n = 15$ ) e em apenas 3 destes doentes foi isolado microrganismo (*S. pneumoniae*, *S. aureus*, *Citrobacter freundii*), sendo a antibioterapia instituída adequada. A principal causa de óbito foi o desenvolvimento de sépsis com disfunção multiorgânica em contexto de PAC. Verificou-se que os homens têm 1,7 vezes mais *odds* de mortalidade do que as mulheres ( $p = 0,357$ ). Verificaram-se associações positivas entre mortalidade e: CURB-65  $\geq 3$  ( $p < 0,001$ ), Modified Rankin Scale (mRS) ( $p = 0,001$ ) e demência ( $p = 0,012$ ). Não se encontrou diferença significativa entre a média das idades dos doentes que morreram ( $75,3 \pm 21,1$ ) e que sobreviveram ( $69,8 \pm 16,6$ ).

**Conclusões:** Concluímos que os doentes admitidos por PAC são maioritariamente idosos, do sexo masculino e que existe associação entre demência e score mRS com a mortalidade-variáveis que não constam na escala CURB-65, mas que devem ser consideradas na abordagem destes doentes. Concluímos que a taxa de letalidade dos doentes internados por PAC bacteriana no nosso hospital é inferior aos valores nacionais de 2014 (8% vs 26%).

**Palavras-chave:** Pneumonia. Comunidade. Infecção.

### PO4. UM CASO DE TUBERCULOSE PULMONAR? - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

B.G. Gonçalves, S. Cabral, M.J. Pereira, M.A. Marques

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

**Introdução:** Um aspergiloma é uma massa esferoide de fungos composta por hifas de *Aspergillus*, fibrina, muco e detritos celulares

encontrados dentro de uma cavidade pulmonar preexistente que se tornaram colonizadas por *Aspergillus spp.* Manifesta-se clinicamente por perda ponderal arrastada, tosse crónica produtiva, fadiga e hemoptises de gravidade variável.

**Caso clínico:** Apresenta-se um caso clínico de um homem de 56 anos, institucionalizado, fumador ativo com antecedentes de tuberculose pulmonar curada, é encaminhado para o serviço de urgência por quadro de astenia, anorexia e perda ponderal de 15% em seis meses associada a hemoptises pontuais abundantes. Teria já iniciado antibioclinares empíricamente um mês antes, embora com exame direto e culturas repetidamente negativos. Ao exame objetivo, emagrecido e com crepitações bibasais. Gasometricamente com insuficiência respiratória parcial e analiticamente com hiponatremia isosmolar e elevação dos parâmetros inflamatórios. Na telerradiografia torácica, observava-se uma opacidade no campo pulmonar superior direito. A videobroncoscopia evidenciou secreções purulentas espessas de predomínio superior direito associadas a sinais inflamatórios significativos da mucosa; o exame direto, lavado e aspirado brônquicos foram negativos assim como a pesquisa de DNA por PCR para *M. tuberculosis*. Suspenderam-se os antibioclinares e iniciou antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico e azitromicina. Durante o internamento voltou a ter episódio de hemoptises abundantes com necessidade transfusional. Em estudo complementar, os marcadores tumorais foram negativos e a TC torácica mostrou uma caverna tuberculosa colonizada por aspergiloma e sequelas de tuberculose pulmonar com provável sobreinfecção. Iniciou terapêutica endovenosa com itraconazol e alterou-se a antibioterapia para meropenem por agravamento clínico, acabando por falecer no dia seguinte.

**Discussão:** Este caso reforça a ideia de não iniciar antibioclinares em doentes sem confirmação bacteriológica apesar de clínica sugestiva. Outras causas de hemoptises como bronquiectasias, carcinoma ou infeções pulmonares são frequentes em doentes com antecedentes de tuberculose pulmonar. O doente chegou já numa fase tardia ao internamento não sobrevivendo apesar da terapêutica dirigida instituída.

**Palavras-chave:** Aspergiloma. Tuberculose.

### PO5. EFEITOS SECUNDÁRIOS DO LINEZOLIDE EM DOENTE COM TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE

B.G. Gonçalves, B. Ramos, M.C. Alcobia

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

**Introdução:** O uso do linezolide tem sido alargado para o tratamento da tuberculose multirresistente, no entanto a longo prazo, não são incomuns efeitos secundários como mielossupressão ou neuropatias.

**Caso clínico:** Apresenta-se um caso clínico de um homem de 70 anos com o diagnóstico de tuberculose pulmonar multirresistente em tratamento com linezolide 600 mg/id, amicacina, cicloserina, etambutol, levofloxacina e piridoxina. O etambutol foi introduzido para substituição da etionamida ao fim de três meses de tratamento por anorexia e fadiga extrema. Sem outra medicação habitual de relevo. Após seis meses de tratamento, com controlo clínico e analítico quinzenal, constatou-se anemia normocítica normocrômica (hemoglobina: 6,2 g/dl) sem outras alterações analíticas, com astenia, diminuição da força muscular e parestesias dolorosas, tipo queimadura, nos membros inferiores com um mês de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se consciente e orientado, apirético, normotenso, sem alterações à auscultação cardíaca ou pulmonar, sem alterações ao toque retal. Ao exame neurológico: alodinia, diminuição da força nos músculos da coxas, pernas e pés, défice na proprioceção articular dos dedos dos pés, com reflexos mantidos, deambulando com dificuldade. Procedeu-se ao internamento do doente, tendo sido transfundido com duas unidades de concentrado de eritrócitos, procedimento re-

pedido posteriormente. Suspendeu-se o linezolide, mantendo a restante medicação à qual se associou pirazinamida, gabapentina, tramadol e diclofenac. Realizada TC da coluna lombar não evidenciando compromisso medular, e eletromiografia onde se constatou polineuropatia axonal sensitivo-motora crónica de gravidade moderada. Após três meses de suspensão do linezolide, o doente apresentava melhoria significativa, com diminuição do quadro algico e das parestesias e normalização dos valores de hemoglobina.

**Discussão:** Apesar do linezolide ter mostrado eficácia como tratamento adjuvante na tuberculose multirresistente, o seu uso crónico está associado a efeitos secundários graves. Na decisão do seu uso devem ser ponderados os benefícios e riscos a longo prazo, sendo mandatária a monitorização mensal clínica, neurológica, hematológica e oftalmológica.

**Palavras-chave:** Anemia. Neuropatia periférica. Linezolide. Tuberculose multirresistente.

### P06. PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE POR ASPERGILLUS NIGER: UM CASO RARO

E. Pires<sup>1</sup>, C. Resende<sup>1</sup>, E.S. Silva<sup>1</sup>, L. Pires<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UCSP Tortosendo, ACeS Cova da Beira. <sup>2</sup>Medicina do trabalho, Centro Hospitalar Baixo Vouga.

**Introdução:** Os fungos raramente são causa de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). Contudo, a inalação reiterada de esporos pode ser suficiente para desencadear um processo infeccioso/inflamatório pulmonar em pacientes imunocompetentes num contexto ocupacional de risco.

**Caso clínico:** DPG, 29 anos, enfermeiro veterinário há 6 anos (contacto com ovinos, cães e gatos em clínica e no domicílio; sem uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) respiratório), ex-fumador desde há 3 anos (carga tabágica: 9UMA), sem outros antecedentes relevantes. Recorreu à consulta de Cuidados de Saúde Primários em dezembro/2017, referindo perda ponderal (3 Kg em 3 meses), astenia com 1 semana de evolução e tosse com expectoração hemoptóica de predomínio matinal nos últimos 4 dias. Ao exame objetivo, a inspeção da orofaringe era normal assim como a auscultação cardiopulmonar. Regressou após 2 semanas com resultados analíticos normais e pesquisas serológicas negativas para HIV, VHB, VHC, Rickettsia, Brucela assim como para micobactérias na expectoração. A radiografia do tórax e o electrocardiograma não revelaram alterações. Por manutenção das queixas, foi solicitada tomografia computadorizada (TC) torácica que evidenciava lesões em vidro despolido, em relação com alterações de natureza infecciosa/inflamatória, correspondendo a áreas de consolidação pulmonar. Estes achados motivaram referência ao Serviço de Pneumologia onde realizou Broncofibroscopia que mostrava sinais discretos de bronquite crónica e candidíase orofaríngea. O exame micológico do Lavado Bronco-alveolar foi positivo para *Aspergillus niger*, tendo cumprido terapêutica dirigida com voriconazol 200 mg cada 12h, durante 7 semanas, perante o diagnóstico de PAC fúngica. Na consulta de reavaliação, o paciente apresentava-se clinicamente assintomático, estado corroborado pela regressão total das lesões na TC torácica de controlo. Iniciou o uso EPI para proteção respiratória no local de trabalho (respirador).

**Discussão:** A patologia respiratória causada por *Aspergillus* é vasta, sendo fundamental estabelecer a correlação entre a clínica, a apresentação radiológica e o contexto da exposição, para obter um diagnóstico precoce. Dado o provávelnexo causal entre a exposição ocupacional e a patologia em causa, e perante a hipótese de Doença Profissional, é necessário fomentar medidas preventivas específicas. Este caso reflete a complementaridade que se estabelece entre as especialidades de Medicina Geral e Familiar, Medicina do Trabalho e Pneumologia.

**Palavras-chave:** Pneumonia adquirida na comunidade. Exposição ocupacional. *Aspergillus niger*.

### P07. PNEUMONITE POR POLÍMEROS FLUORADOS EM AEROSSOL OU NÃO? EIS A QUESTÃO

J. Borges, F. Fradinho

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

**Introdução:** Os impermeabilizantes aerossolizados são constituídos por solventes, propelentes e agentes hidrofóbicos, como os polímeros fluorados (PF). Os PF são partículas ultrafinas e os mecanismos da pneumonite provocada dependem da formulação, fatores pessoais e ambientais. A sintomatologia respiratória, leucocitose, hipoxémia e alterações radiológicas desta pneumonite têm início minutos a poucas horas após a exposição e, na maioria, resolução completa em dias sob tratamento de suporte. No entanto, há relatos de sintomas persistentes e evolução para fibrose.

**Caso clínico:** Homem de 48 anos que recorreu ao SU em Agosto de 2018 por dispneia de agravamento progressivo e toracalgia com 4 horas de evolução, após aplicação de impermeabilizante com PF em aerossol, sem equipamento de proteção individual. Tratava-se de fumador (20 UMA) e técnico de restauro de pedras com contactos semelhantes noutras formulações. Apresentava-se polipneico, com insuficiência respiratória parcial e hipocapnia. Analiticamente com leucocitose e elevação da PCR. Radiografia do tórax com infiltrado intersticial bilateral. Tomografia computadorizada (TC) do tórax com padrão em mosaico, vidro despolido peribroncovascular, bilateral e simétrico associado a espessamento septal e a micro-nódulos centrilobulares, enfisema centrilobular e para-septal e lobo ázigos. Em internamento, a destacar videobroncofibroscopia sem alterações morfológicas, lavado bronco-alveolar com 277 cél/mm<sup>3</sup>, 87% de macrófagos e relação CD4/CD8 2,7 (sérica CD4/CD8 2,73), estudo citológico, bacteriológico e micobacteriológico do aspirado negativos e biopsia transbrônquica indeterminada. Autoimunidade e imunoglobulinas sem alterações, precipitinas para aves e fungos negativas, ECA normal e estudo funcional ventilatório no oitavo dia sem alterações. Após dez dias apresentava melhoria clínica, analítica e radiológica e teve alta mantendo corticoterapia e cessação tabágica. TC do tórax um mês depois com enfisema subpleural nos vértices pulmonares. Mantém seguimento em consulta com estabilidade clínica.

**Discussão:** A lesão pulmonar aguda após a exposição inalatória a PF tem diversas manifestações. Este caso por exposição na forma de aerossol ilustra uma entidade com poucos casos relatados em surtos e que vem reforçar a importância de estudo dos mecanismos de ação, limites de segurança e terapêutica para casos de diferentes gravidades. É de realçar a importância de obter a história de exposição a tóxicos e sua formulação, fatores pessoais e ambientais.

**Palavras-chave:** Pneumonite química. Polímeros fluorados.

### P08. DIVERSIDADE DE APRESENTAÇÃO IMAGIOLÓGICA DA TUBERCULOSE PULMONAR-DESAFIO DIAGNÓSTICO

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

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Cova da Beira.

**Introdução:** A tuberculose pulmonar (TP) mantém-se um problema de saúde pública com elevada morbimortalidade associada, sendo atualmente a segunda causa de morte por doença infecciosa a nível mundial. Com frequência, o diagnóstico é sugerido pela primeira vez quando a radiografia do tórax de um paciente avaliado para sintomas respiratórios é anormal.

**Casos clínicos:** Os autores expõem quatro casos clínicos de TP diagnosticados na idade adulta, com padrões radiológicos distintos entre si. Caso 1. Jovem masculino, 19 anos, avaliado por quadro clínico com duas semanas de evolução de poliartalgias, febre sem predomínio circadiano, tosse produtiva de expectoração mucopurulenta, anorexia e perda ponderal significativa. Na radiografia torácica destacavam-se duas lesões cavitadas, uma na periferia do andar médio direito e

outra para-hilar esquerda, além de uma opacidade nodular na base pulmonar esquerda. Caso 2. Doente do género feminino, 19 anos, com vários episódios de urgência em 4 semanas por persistência de tosse com expectoração mucopurulenta, sudorese ocasional, perda ponderal de 6kg, disфонia e pieira de predomínio noturno. A radiografia torácica demonstrava opacidade heterogénea no andar inferior do hemitórax direito, com broncograma aéreo e oclusão do ângulo costofrénico ipsilateral. Caso 3. Paciente masculino, 36 anos, observado por mal-estar generalizado, cansaço fácil, dispneia e toracalgia com 2 meses de evolução. Na radiografia torácica evidenciava-se opacidade no andar superior do campo pulmonar direito com hipertransparência de contornos irregulares no seu interior sugestiva de cavitação. Caso 4. Paciente masculino, 35 anos, cuidador de animais no circo, que recorreu ao serviço de urgência por diarreia e epigastralgias, referindo associadamente tosse não produtiva, mialgias, anorexia e perda ponderal não quantificada desde há 15 dias. A radiografia torácica denunciava um padrão reticulomicronodular difuso.

**Discussão:** A TP pode-se manifestar de forma heterogénea do ponto de vista radiológico, pelo que o seu diagnóstico exige um elevado índice de suspeição. Integrar os achados imagiológicos no contexto clínico do doente e incluir a TP como diagnóstico diferencial com outras patologias pulmonares torna-se premente para não perder a oportunidade de diagnosticar e tratar precocemente e prevenir novos contactos.

**Palavras-chave:** Tuberculose pulmonar. Radiografia torácica. Diversidade imagiológica.

#### P09. PNEUMONIA TUBERCULOSA - UMA REVIRAVOLTA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

J. Martins, J. Cardoso, L. Boal, I. Correia, C. Barbara

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

**Introdução:** A tuberculose é uma doença infecciosa antiga, mas nem por isso menos actual. Pode apresentar-se de diversas formas e afetar qualquer órgão, embora o envolvimento pulmonar seja o mais frequente. Apresenta-se, maioritariamente, como uma infecção insidiosa, com tosse seca, febre e radiologicamente com opacidades alveolares com tendência para a confluência e cavitação. Esta forma menos frequente de tuberculose é mais encontrada em doentes imunocomprometidos, nomeadamente por infecção com VIH.

**Caso clínico:** Jovem de 23 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, internado por febre, tosse seca, insuficiência respiratória parcial e imagem radiográfica de consolidação pulmonar no lobo inferior esquerdo. Por pesquisa do vírus da gripe A positiva, ausência de leucocitose neutrofílica e de isolamentos microbianos, foi instituída terapêutica com oseltamivir e levofloxacina, com subsequente evolução clínica, analítica e gasométrica favoráveis, tendo o doente tido alta hospitalar. Mais tarde, é reinternado por recrudescimento do quadro clínico com febre, tosse seca, perda ponderal, elevação dos parâmetros inflamatórios e agravamento da imagem radiográfica, tendo sido iniciada antibioterapia com piperacilina/tazobactam. A história clínica, os achados laboratoriais e radiológicos levaram a elevada suspeita para Tuberculose pelo que foi realizada broncofibroscopia cujos produtos colhidos não revelaram a presença de qualquer patogéneo. Neste contexto realizou Tomografia computadorizada do tórax que evidenciou extensa consolidação com broncograma aéreo e opacificação heterogénea ocupando quase todo o lobo inferior esquerdo com área de cavitação sem comunicação brônquica e múltiplas adenopatias mediastínicas, subcarinais e hilares. Assim, repetiu broncofibroscopia e exames microbiológicos tendo-se então conseguido isolar bacilos ácido resistentes sendo a microbiologia positiva para *Mycobacterium tuberculosis* nas secreções brônquicas. A pesquisa do VIH foi negativa. Foi estabelecido assim o diagnóstico de pneumonia por tuberculose bacilífera pelo que iniciou terapêutica com isoniazida, rifampicina, pirazimanida e etambutol. O doente

encontra-se no segundo mês de tratamento assintomático e com melhoria clínica e radiográfica.

**Discussão:** Sublinhamos a necessidade de um elevado índice de suspeição para o diagnóstico de infecção por *M. tuberculosis*, mesmo na ausência de contacto prévio conhecido e de situação de imunossupressão. Alertamos igualmente para o facto desta infecção, ainda tão frequente em Portugal, poder ser mascarada pelo tratamento com quinolonas.

**Palavras-chave:** Pneumonia. Tuberculose. Imunocompetente. Quinolonas.

#### P10. DOENÇAS COMUNS, CAUSAS IMPROVÁVEIS

J. Martins, C. Gomes, L. Carvalho, C. Bárbara

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

**Introdução:** A pneumonia por bactérias gram negativas aeróbicas, usualmente causadas por colonização da orofaringe, afecta mais frequentemente indivíduos idosos, imunossuprimidos, diabéticos, alcoólicos ou com doença pulmonar crónica mas algumas cepas podem habitar em pessoas saudáveis.

**Caso clínico:** Doente de 86 anos, não fumador e sem antecedentes pessoais de relevo. Foi internado, por quadro de febre, tosse com expectoração mucopurulenta e hipotransparência heterogénea no 1/3 inferior do hemitórax esquerdo. Pela hipótese de diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, iniciou antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico. Por agravamento clínico com episódios de expectoração hemoptóica, sem melhoria radiográfica e exames microbianos negativos (exame bacteriológico da expectoração, hemoculturas e antigenúrias para *Legionella* e *Pneumococcus*), realizou tomografia computadorizada (TC) do tórax, que evidenciou uma imagem sugestiva de cavitação a nível do lobo inferior esquerdo, tendo a antibioterapia sido escalada para piperacilina/tazobactam. A serologia para VIH foi negativa. Neste contexto, realizou-se uma broncofibroscopia para investigação microbiológica e exclusão de patologia obstrutiva brônquica/neoplásica. Os achados endoscópicos foram compatíveis com sinais inflamatórios na árvore brônquica esquerda, tendo sido isolado no exame bacteriológico do lavado broncoalveolar (LBA) *Escherichia coli* sensível à piperacilina/tazobactam. O exame citológico do LBA foi negativo para células neoplásicas e a biópsia pulmonar transbrônquica percutânea negativa. Considerando que o doente não era portador de qualquer doença crónica, imunodeprimido ou realizava qualquer medicação imunossupressora, admitiu-se, por exclusão, que o mecanismo etiopatogénico deveu-se a fenómenos de microaspiração relacionados com a idade do doente. Teve alta assintomático e com evidência de melhoria radiográfica.

**Discussão:** Sublinhamos a importância da imagiologia do tórax, principalmente da TC na investigação das infecções pulmonares com imagens não específica ou ambíguas, uma vez que nos permite detectar anomalias ou patologias subjacentes, e induzir-nos à realização de outras técnicas que nos ajudem a melhorar a abordagem terapêutica. A TC do tórax tem, por isso, um papel fundamental nas infecções pulmonares, sendo a radiografia clássica por si só pouco específica sobretudo em indivíduos idosos ou imunocomprometidos.

**Palavras-chave:** Pneumonia. *Escherichia coli*. Cavitação.

#### P11. UMA LARGADA DE BALÕES - FEBRE EM DOENTE COM VÍRUS IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

J. Martins, L. Rodrigues, A. Lopes, C. Gomes, M. Serrado, L. Carvalho, C. Bárbara

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

**Introdução:** O VIH enfraquece as defesas imunitárias do organismo através da destruição dos linfócitos CD4. Após a infecção inicial, a

maioria dos pacientes entra numa fase prolongada e assintomática, caracterizada imunologicamente por um declínio progressivo na contagem de CD4.

**Caso clínico:** Doente do género masculino, de 38 anos, não fumador, com infecção por VIH diagnosticada há cerca de 3 anos e com terapêutica anti-retrovírica instituída 3 semanas antes do internamento. Foi internado por febre, tosse irritativa, insuficiência respiratória parcial, elevação dos parâmetros inflamatórios e múltiplas lesões nodulares dispersas bilateralmente na telerradiografia do tórax, com os diagnósticos diferenciais de infecção bacteriana, fúngica, tuberculose pulmonar ou doença maligna metastizada. Iniciou empiricamente antibioterapia com levofloxacina, depois escalada para meropenem, amicacina e linezolid, contudo sem reversão do quadro febril. Realizou tomografia computadorizada do corpo, colheita de lavado broncoalveolar e biópsia pulmonar por broncofibroscopia, biópsia óssea e mielograma. Todos os resultados anatomopatológicos foram compatíveis com melanoma maligno. Face à negatividade dos exames microbiológicos (com exceção de culturas para bacilo de *koch*) e dado que o quadro febril teve início 3 semanas após a instituição da terapêutica anti-retrovírica, admitiu-se a hipótese de diagnóstico de Síndrome de Reconstituição Imunitária, num doente com provável tuberculose miliar/disseminada, pelo que foi iniciada terapêutica anti-bacilar. Após 2 semanas de anti-bacilares, ainda sem resolução da febre, iniciou quimioterapia oral com melfalan, prednisona e talidomida, dirigida para melanoma, com consequente melhoria clínica e resolução do quadro febril, mantendo insuficiência respiratória parcial.

**Discussão:** A febre continua a ser um sintoma comum nos doentes infectados por VIH independentemente do estadió da progressão da doença, pelo que o diagnóstico diferencial das patologias associadas, devem ter em conta o status imunitário do doente. Embora o tratamento com antiretrovirais tenha tido um impacto significativo na sobrevida global da maioria dos doentes, a abordagem da síndrome febril, nesta população, continua a revestir-se de significativa complexidade.

**Palavras-chave:** VIH. Febre. Melanoma. Tuberculose.

## P12. HISTÓRIA NATURAL DA ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA. CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

T.S. Marques<sup>1</sup>, G. Loureiro<sup>2</sup>, A. Todo Bom<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve. <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução:** A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma doença rara, caracterizada por uma resposta imunológica, mediada por IgG e IgE, ao fungo da espécie *Aspergillus* nas vias aéreas, podendo resultar na destruição do parênquima pulmonar. A evolução da doença é variada e não está ainda inteiramente esclarecida.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, de 32 anos. Desde os 2 anos de idade quadro de rinosinusite e asma alérgicas a ácaros e pólenes. Apesar da otimização terapêutica e imunoterapia, mantinha exacerbações com internamentos frequentes e necessidade de corticoterapia sistémica regular. Aos 18 anos foi internado por pneumotórax espontâneo com pneumomediastino relacionado com uma exacerbação de asma. Aos 21 anos assistiu-se a um agravamento acentuado da sintomatologia, com episódios recorrentes de dispnéia sibilante, dispnéia de esforço, tosse produtiva, com expectoração purulenta e obstrução nasal, refratários à antibioterapia. As provas de função respiratória revelaram um agravamento significativo com obstrução brônquica (FEV1 50,4%; FEV1/FVC 57,8%; MEF25-75 17,4%, ΔFEV1 4,9%). A reavaliação diagnóstica realizada revelou eosinofilia (1.026/ $\mu$ L) e IgE total de 1.460 U/mL. A gasimetria revelava uma insuficiência respiratória parcial (pO<sub>2</sub> de 79 mmHg). Os testes cutâneos revelaram reatividade cutânea a *Aspergillus fumi-*

*gatus* (20 mm), IgE específica 34,7 kU/L e IgG específica 26,9 mg/dL. A TC de tórax revelou bronquiectasias cilíndricas centrais bilaterais. Admitiu-se o diagnóstico de ABPA e foi instituída terapêutica dirigida, tendo o doente realizado 6 meses de metilprednisolona (1 mg/Kg/dia) em desmame progressivo e 4 meses de itraconazol (200 mg/dia), adquirindo controlo clínico-funcional. Atualmente o doente apresenta asma brônquica clinicamente controlada, função respiratória estabilizada, sem agravamento imagiológico, observando-se uma redução do número de exacerbações e necessidade de corticoterapia sistémica, sem internamentos. Destaca-se, no entanto, a manutenção de sintomas do foro nasossinusal, aguardando septoplastia e turbinectomia. O estudo anatomopatológico será fundamental para um eventual diagnóstico de sinusite fúngica alérgica.

**Discussão:** A propósito deste caso clínico, os autores revêm a literatura discutindo a importância do diagnóstico e intervenção farmacológica precoces para a prevenção da evolução da doença para estádios de maior gravidade. A associação da ABPA à patologia alérgica fúngica das vias aéreas superiores tem vindo a ser observada podendo condicionar o prognóstico.

**Palavras-chave:** Aspergilose broncopulmonar alérgica. Sinusite fúngica alérgica.

## P13. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA TUBERCULOSE PLEURAL-ESTUDO RETROSPECTIVO

R.M. Natal<sup>1</sup>, G.C. Samouco<sup>1</sup>, J.F. Costa<sup>1</sup>, M. Oliveira<sup>1</sup>, F. Carriço<sup>1</sup>, L.V. Rodrigues<sup>1,2</sup>

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

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

**Introdução:** A tuberculose pleural (TP) é a segunda forma de tuberculose extrapulmonar mais comum. O diagnóstico definitivo requer demonstração do *Mycobacterium tuberculosis* (MT) no líquido ou na biópsia pleural.

**Objetivos:** Avaliar comparativamente o poder discriminativo das biópsias pleurais colhidas por agulha (BPA) ou mediante toracoscopia médica (BPTM) na estratificação diagnóstica de TP.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de todos os doentes com o diagnóstico de TP que efetuaram BPA ou BPTM no serviço de Pneumologia da ULS Guarda entre 01-01-2011 e 31-12-2017. Foram colhidos dados demográficos, clínicos e dos resultados do estudo bioquímico, citobacteriológico e micobacteriológico do líquido pleural bem como do estudo micobacteriológico e histopatológico da biópsia pleural.

**Resultados:** No período de 7 anos estudado, 8 doentes diagnosticados com TP efetuaram recolha de biópsias pleurais (3 BPA e 5 BPTM). Metade dos pacientes eram do sexo masculino e a idade mediana ao diagnóstico era de 47,5 anos (mínimo: 19; máximo: 85). Todos os líquidos pleurais eram exudatos (mediana de relação proteica 0,715, mediana de relação LDH 1,42) com predomínio linfocítico (mediana do percentual de linfócitos: 93). O ADA do líquido pleural apresentava uma mediana de 33,2 (mínimo 19,1; máximo 39,6). O exame micobacteriológico do líquido pleural foi positivo em dois casos (um caso no exame direto e um caso na pesquisa de DNA). O estudo micobacteriológico da biópsia pleural foi efetuado apenas nas BPTM e foi positivo em 4 casos (em três casos tanto no exame direto como cultural e num caso apenas no cultural). A pesquisa de DNA de MT na biópsia pleural foi positiva em 3 casos com resultados disponíveis entre 48 a 72 horas. O TSA foi realizado em 4 dos 5 casos e permitiu a identificação de monorresistência à estreptomomicina num caso e polirresistência à isoniazida e estreptomomicina num outro caso.

**Conclusões:** Na nossa experiência a BPTM foi superior à BPA na estratificação diagnóstica de TP. Salienta-se a importância do estudo micobacteriológico da biópsia pleural tanto na confirmação diagnóstica como na identificação de resistências a anti-bacilares.

**Palavras-chave:** Tuberculose. Derrame pleural. Biópsia.

#### P14. IATROGENIA ENTRE CORTICOTERAPIA INALADA E TERAPÊUTICA ANTIRRETROVIRAL: CASO CLÍNICO

L. Fernandes, V. Clérigo, M. Serrado, C. Bárbara

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** No âmbito da Pneumologia, os doentes com patologia respiratória e infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) são uma realidade crescente, dada a evolução desta infeção para a cronicidade. Surgem, portanto, novos desafios no tratamento destes doentes pelas potenciais interações farmacológicas com a terapêutica antirretroviral combinada (TARc).

**Caso clínico:** Homem, 59 anos, não fumador, seguido em Consulta de Pneumologia por asma brônquica; co-infectado por VIH tipo 1 e vírus da Hepatite B. O doente encontrava-se medicado com budesonida e formoterol em *turbohaler*, a par da sua TARc com tenofovir/emtricitabina e darunavir/ritonavir. Com mau controlo clínico da asma brônquica [questionário de avaliação do controlo de asma ACT = 11] que se atribuiu, em parte, a má técnica inalatória, pelo foi alterada a terapêutica broncodilatadora para um inalador com menor probabilidade de erros técnicos -o *spiromax*- e foi aumentada a dose do corticóide inalado, pelo risco de exacerbação e hospitalização por asma brônquica não controlada. Não obstante a significativa melhoria dos sintomas respiratórios, verificou-se o início de edemas dos membros inferiores e face, ginecomastia, lesões purpúricas nos membros superiores e estrias abdominais, quadro muito sugestivo de fenótipo cushingóide. Do estudo complementar, destacava-se hipocortisolismo sérico e hipercolesterolemia total, bem como hipertensão arterial (HTA) de novo. Admitiu-se iatrogenia medicamentosa entre o corticóide inalado e o ritonavir (inibidor de protease) com insuficiência supra-renal aguda. Após redução para metade da dose do corticóide inalado, houve melhoria do edema da face e fragilidade capilar, mantendo a ginecomastia e edemas dos membros inferiores. Com a colaboração da médica assistente de Doenças Infecciosas, o ritonavir foi suspenso e foi iniciado o dolutegravir (inibidor da integrase), com resolução do síndrome de Cushing.

**Discussão:** Pela inibição da isoenzima hepática do citocromo P450-3A4, os inibidores da protease do VIH induzem interações medicamentosas significativas, nomeadamente com os corticóides inalados, podendo resultar em insuficiência supra-renal e síndrome de Cushing iatrogénico, bem como HTA, osteoporose e diminuição da contagem de linfócitos T CD4+. Torna-se pertinente para o médico pneumologista conhecer e antecipar as interações entre os fármacos usados no tratamento da asma -corticoterapia inalada, montelucaste e anti-histamínicos- e a TARc para o VIH.

**Palavras-chave:** Corticóide inalado. Terapêutica antirretroviral combinada. Vírus da imunodeficiência humana. Síndrome de Cushing iatrogénico.

#### P15. NÃO BASTA TRATAR, HÁ QUE INVESTIGAR!

M.I. Luz, L. Carreto, C. Alves, R. Costa, F. Rodrigues

*Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca.*

**Introdução:** As gamopatias monoclonais constituem um grupo de doenças caracterizadas pela proliferação de um só clone de Linfócitos B, que produz imunoglobulinas monoclonais ou um fragmento da imunoglobulina. Estas patologias podem constituir situações benignas ou malignas. Os indivíduos com picos monoclonais de imunoglobulinas ou dos seus fragmentos, mesmo que benignos, têm um risco mais elevado de desenvolverem mieloma múltiplo.

**Caso clínico:** J.C., sexo masculino, 58 anos, raça caucasiana, empregado de construção civil, fumador de cerca de 60 UMAS. Como antecedentes DPOC, dislipidemia e diabetes mellitus. Doente seguido em consulta de Pneumologia por história de pneumonias de repetição. O primeiro episódio de pneumonia com necessidade de

internamento ocorreu em 2009, passando a ser seguido em consulta de pneumologia. Nessa altura, realiza TAC de tórax e broncofibroscopia que não mostram alterações significativas. Permaneceu sem novos episódios até o ano 2016 altura em que é várias vezes hospitalizado por pneumonias de repetição. No último internamento em Junho de 2017 tendo em conta o quadro recorrente nos últimos meses, em segmentos pulmonares diferentes, levantou-se suspeita de imunodeficiência. Dos exames complementares realizados: Electroforese de proteínas: pico monoclonal gama, imunofixação a demonstrar gamopatia monoclonal IgG lambda. Imunoglobulinas: IgG elevado (1.680), IgA e IgM diminuídos (17 e 24 respectivamente), IgE 9.45. Realizou broncofibroscopia que evidenciou broncorreia, sem alterações estruturais da árvore brônquica. A TC toraco-abdomino-pélvica não apresentava alterações de relevo. O doente teve alta referenciado á consulta de Medicina Interna (doenças auto-imunes). Nessa consulta foi pedido mielograma que revelou plasmocitose intersticial, estimada em 10% da celularidade total, CD138+/CD56-, com sobre-expressão de cadeias leves lambda. Os aspectos observados correspondem a gamopatia monoclonal de significado indeterminado.

**Discussão:** Pretende-se demonstrar a importância do internamento como janela de oportunidade para o diagnóstico de quadro clínicos arrastados. Neste caso não nos limitamos a tratar as várias infeções respiratórias mas também a investigar a sua etiologia. Embora não seja uma causa frequente de pneumonia nos doentes internados é uma patologia que não pode ser esquecida e cujo tratamento e acompanhamento precoce pode melhorar significativamente o prognóstico.

**Palavras-chave:** *Pneumonias de repetição. Internamento. Gamopatia monoclonal.*

#### P16. BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN E IMUNOTERAPIA INTRAVESICAL: QUANDO INICIAR TERAPÊUTICA ANTIBACILAR

S.M. Cabral<sup>1</sup>, J.N. Machado<sup>2</sup>, A.C. Ferreira<sup>2</sup>, D. Madama<sup>1</sup>, P.C. Roxo<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia A; <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. <sup>3</sup>Centro Diagnóstico Pneumológico de Coimbra.*

**Introdução:** A estirpe de *Micobacterium bovis* atenuada, denominada bacilo de Calmette-Guérin (BCG) é a base da imunoterapia utilizada como tratamento adjuvante à ressecção transuretral da bexiga (RTU-V) no carcinoma urotelial não músculo-invasivo. A etiopatogenia da toxicidade ao BCG não é totalmente conhecida, havendo duas teorias: reação de hipersensibilidade e infeção localizada/sistémica. Os sintomas irritativos urinários e a febre são os mais comuns, sendo autolimitados às primeiras 48 horas. A disseminação à distância do bacilo é rara, sendo a complicação mais grave a sépsis por este agente. Estão também descritas a disseminação para o tecido hepático (hepatite granulomatosa), pulmonar, ósseo e articular.

**Caso clínico:** Doente de 59 anos, género masculino, bom estado geral, que se encontrava há cerca de 1 ano sob terapêutica intravesical adjuvante com BCG por tumor não músculo-invasivo da bexiga. Tinha realizado último tratamento 10 dias antes. Recorreu ao serviço de urgência por febre, também com 10 dias de evolução, tendo objetivado temperaturas mais elevadas nos últimos 5 dias, com difícil resposta ao antipirético. Referência a disúria, “arrepios de frio” e mialgias. Negava queixas respiratórias, gastro-intestinais ou articulares. Encontrava-se medicado há 3 dias com antibioterapia empírica, sem melhoria. Ao exame objetivo apresentava-se febril (39 °C); anictérico e eupneico com spO<sub>2</sub> 98% (ar ambiente), auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações; exame abdómen normal. Analiticamente apresentava elevação da PCR, das transaminases e dos marcadores de colestase hepática. A ecografia abdo-

minal mostrava pólipos da vesícula biliar, sem outras alterações. Ecografia renal não apresentava alterações. Hemoculturas, urocultura e pesquisa micobactérias urina foram negativos. Foi orientado para Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) pelo urologista assistente, tendo iniciado terapêutica antibacilar. À data da observação encontrava-se no 4º mês de tratamento apresentando boa evolução clínica e analítica, mantendo apirexia sustentada e negando queixas respiratórias, génito-urinárias ou sintomatologia constitucional.

**Discussão:** A imunoterapia intravesical com o bacilo de Calmette-Guérin mostrou clara evidência no tratamento dos tumores uroteliais não músculo-invasivos da bexiga. Esta terapêutica requer uma vigilância dos efeitos secundários locais e sistêmicos. A deteção dos mesmos implica uma correta atitude terapêutica, nomeadamente no que diz respeito à decisão para o início de tratamento antibacilar.

**Palavras-chave:** *Bacilo de Calmette-Guérin. Imunoterapia intravesical. Terapêutica antibacilar.*

### P17. PNEUMONIA POR INFLUENZA A H1N1: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DE CASO GRAVE

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

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

**Introdução:** A pneumonia viral tem como etiologia mais frequente o vírus *Influenza* e afeta sobretudo indivíduos com co-morbilidades, nomeadamente respiratórias. O sorotipo A H1N1 pode levar a insuficiência respiratória grave e síndrome de dificuldade respiratória aguda. A co-infecção bacteriana é uma complicação comum e contribui para o aumento da morbi-mortalidade.

**Caso clínico:** Homem, 60 anos, ex-fumador de 40 U.M.A. e agricultor com exposição a pesticidas. Recorre à Urgência após 1 semana de febre, tosse, expectoração mucopurulenta e dispneia para mínimos esforços, mas referia história de tosse seca e dispneia de esforço com 6 meses de evolução. À observação, polipneico, saturação de oxigénio baixa (84%) e fervores crepitantes dispersos à auscultação, sem outras alterações relevantes. Analiticamente, PCR 6,43 mg/dL, LDH 795 U/L, neutrofilia, anemia e insuficiência respiratória tipo 1. Identificado vírus *Influenza* A H1N1 em zaragatoa nasofaríngea por PCR, restante estudo microbiológico negativo. Radiografia torácica mostrava padrão intersticial difuso com maior hipotransparência à esquerda. TC torácica com padrão em vidro despolido, áreas densas com broncograma aéreo e áreas de *crazy paving* nos lobos superiores. Assumida pneumonia intersticial bilateral de etiologia viral pelo que cumpriu oseltamivir em associação com piperacilina, tazobactam e azitromicina. Contudo houve agravamento analítico, imagiológico e clínico com insuficiência respiratória grave e necessidade de ventilação mecânica invasiva. Foi então introduzida corticoterapia, zanamivir, meropenem e linezolide, com resposta favorável. Após extubação, mantinha-se necessidade de oxigenoterapia de alto débito contínua, pelo que o desmame foi lento e atingiu à alta 3 L/min para deambulação. A fisioterapia teve um importante papel na reabilitação deste doente. No controlo imagiológico após 1 mês mantinham-se áreas extensas em vidro despolido, padrão em mosaico e padrão reticular nos lobos inferiores, sugerindo componente de fibrose.

**Discussão:** Perante as queixas prévias, exposição ocupacional e alterações imagiológicas coloca-se a hipótese diagnóstica de doença intersticial pré-existente, provavelmente pneumonite de hipersensibilidade crónica, que poderá explicar a gravidade do quadro clínico e dificuldade de recuperação. Apesar de em grande parte dos casos o *Influenza* provocar doença ligeira, é importante não esquecer que pode causar quadros severos. A história clínica tem assim uma enorme relevância para antecipar possíveis complicações e tomar medidas profiláticas como a vacinação.

**Palavras-chave:** *Pneumonia viral. Influenza A H1N1. Insuficiência respiratória. Pneumonia intersticial.*

### P18. “O TETRA DA PNEUMOLOGIA”-A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R. Cabral, A. Madeira

*USF Viseu-Cidade, ACeS Dão Lafões.*

**Introdução:** A tuberculose é ainda hoje um problema de saúde pública pelo seu potencial de contagiosidade. Manifesta-se maioritariamente no pulmão dado o contacto inicial do bacilo (BK) por via inalatória. O reconhecimento de possíveis situações através do rastreio dos seus contactos afigura-se assim essencial.

**Caso clínico:** Homem de 82 anos, institucionalizado em lar de dia, trabalhador em pedreiras de granito, fumador ativo de 70 UMA, com antecedentes de DPOC, hiperuricemia e dislipidemia, não cumpridor da medicação habitual. Recorreu ao Médico de Família (MF) em junho de 2017 por quadro de tosse produtiva com 2 meses de evolução associado a síndrome constitucional com perda ponderal significativa, negando sudorese noturna. À auscultação pulmonar apresentava diminuição global respiratória com roncos, requerendo-se a realização de análises e Rx torácico (RxT). A 07/07/2017 recorreu ao Serviço de Urgência (SU) com a mesma sintomatologia associada a expectoração hemoptoica há 4 dias, sendo portador do resultado do RxT, que revelou padrão micronodular difuso bilateral e densificação do apêx esquerdo. Foi observado por Pneumologia, que decidiu agendar estudo em ambulatório e orientação para consulta por suspeita de silicose. Realizou broncofibroscopia 4 dias depois obtendo-se PCR BK positivo, LBA, biópsias e aspirado brônquico compatíveis com processo inflamatório crónico causado por micobactérias. Foi orientado para o CDP onde iniciou terapêutica a 17/07/2017 com esquema 2HRZE+4HR. Foram realizados rastreios a todos os contactos no lar, sem qualquer contágio obtido. Realizou TC torácica (TC-T) em setembro que revelou lesão escavada no LSE, bronquiectasias varicosas e cilíndricas, múltiplas formações nodulares bilaterais com predomínio dos campos superiores e adenopatias mediastínicas calcificadas. Terminou tratamento a 25/01/2018, sendo a última baciloscopia negativa em março de 2018, com alta do CDP. Neste momento mantém seguimento em consulta onde irá realizar nova TC-T e EFR.

**Discussão:** Em caso de tuberculose pulmonar, tal como neste caso, deve iniciar-se o mais atempadamente possível a terapêutica com antibacilares, sendo fundamental uma vigilância minuciosa e rastreio de todos os contactos do doente. Sendo assim, a articulação entre o MF e a Pneumologia almeja melhorar os cuidados prestados ao doente e à comunidade.

**Palavras-chave:** *Tuberculose pulmonar. Silicose. Diagnóstico.*

### P19. “TUBERCULOSE: UM OUTRO LADO”-A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

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

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.*

**Introdução:** São múltiplas as causas relacionadas com a tuberculose que podem resultar na ocorrência de um quadro psicótico. No presente caso clínico exploramos as causas relacionadas com os efeitos secundários aos antibacilares. Para este efeito, procedeu-se a um relato de caso e à revisão de literatura sobre o tema.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de uma doente de 21 anos, melanodérmica, natural da Guiné, sem antecedentes pessoais conhecidos. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre, calafrios, sudorese e desconforto torácico com seis dias de evolução. À admissão encontrava-se subfebril (TT 37,7 °C) com auscultação

ção pulmonar a revelar diminuição do murmúrio vesicular no terço inferior do hemitórax direito. Realizou exames complementares de diagnóstico, onde se destacava, analiticamente, PCR de 114 mg/L, e opacificação em toalha da base pulmonar direita na telerradiografia de tórax, pelo que se admitiu pneumonia adquirida na comunidade complicada de derrame, tendo-se iniciado antibioticoterapia empírica. No curso do internamento, e por ausência de melhoria, realizou toracocentese diagnóstica com saída de líquido amarelo turvo, compatível com exsudado, ADA 55,7 U/L, pesquisa de BK e exame microbiológico negativos, sem células neoplásicas, identificando-se esboços de granulomas. Realizou, também, biópsia pleural que foi compatível com pleurite granulomatosa, onde se identificaram células gigantes multinucleadas de tipo Langerhans. Admitiu-se tuberculose pleural e iniciou terapêutica antibacilar (HRZE), com melhoria clínica e resolução do derrame pleural ao fim de cinco dias, tendo, posteriormente, tido alta encaminhada para o CDP. Duas semanas depois do início da terapêutica dirigida é encaminhada ao SU no contexto de quadro de agitação psicomotora e delírios persecutórios com agravamento progressivo. Após exclusão de patologia orgânica assumiu-se surto psicótico secundário aos antibacilares, tendo interrompido a terapêutica durante quatro dias com franca melhoria. Posteriormente, a terapêutica foi reintroduzida pela seguinte ordem: rifampicina, pirazinamida e etambutol, sem recidivas, pelo que se assumiu surto psicótico induzido pela Isoniazida.

**Discussão:** Este caso ilustra um dos raros efeitos secundários da isoniazida, a psicose, que pode ocorrer nas primeiras semanas de tratamento e que reverte após a suspensão do fármaco. É assim um exemplo da importância, não só da toma observada diretamente, mas também da vigilância dos efeitos adversos inerentes à terapêutica.

**Palavras-chave:** Tuberculose. Isoniazida. Surto psicótico.

## P20. BRONQUIECTASIAS COMO COMPLICAÇÃO INCOMUM APÓS INFECÇÃO POR SARAMPO-CASO CLÍNICO

S. Sousa, M. Braz, J. Caldeira, A. Figueiredo, F. Barata

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

**Introdução:** O termo bronquiectasias refere-se à dilatação anormal e irreversível dos brônquios. A etiologia pós-infecciosa continua ainda a ser uma importante e frequente causa. Embora qualquer infecção do trato respiratório inferior possa, potencialmente, levar ao aparecimento de bronquiectasias, há infecções que colocam os indivíduos em maior risco. Infecções infantis como o sarampo, podem cursar com pneumonia, que por sua vez pode levar ao aparecimento de bronquiectasias não fibrose quística (BQNFQ).

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 30 anos, raça caucasiana, ex-fumador (16 UMA). Seguido em consulta de pneumologia geral por asma alérgica, BQNFQ e infecções respiratórias de repetição. Medicado habitualmente com budesonida/formoterol 160/4,5 µg e brometo de tiotrópio 2,5 µg. Após revisão de processo clínico identificada história de pneumonia pós sarampo aos 13 meses de idade e vários internamentos hospitalares subsequentes durante a infância por pneumonias à direita e alterações radiológicas compatíveis com bronquiectasias. Sem antecedentes familiares de relevo. Adolescência sem agudizações da asma, ou pneumonias. No entanto, agravamento em 2017 com agudização de asma e infecção de BQNFQ, tendo sido realizado angio-TC em julho de 2017: “lobo médio completamente substituído por bronquiectasias de tipo varicoso/sacular (...) lobo inferior direito com bronquiectasias cilíndricas com agrupamentos saculares, aspectos que apontam para alguma cronicidade e irreversibilidade”. Avaliação etiológica de BQNFQ com estudo auto-imune, electrofo-

rese de proteínas, imunoglobulinas, serologias de HIV, HVB e HVC, teste do suor, doseamento de  $\alpha$ 1-antitripsina dentro da normalidade. Estudo funcional respiratório com obstrução fixa. Internado no Serviço de Pneumologia em Dezembro de 2017 por infecção respiratória com isolamento de *Nocardia sp.* em exame microbiológico de expectoração e aspirado brônquico, tendo cumprido 6 semanas de linezolide.

**Discussão:** O presente relato mostra um caso de BQNFQ pós-pneumonia por sarampo, com pneumonias recorrentes. Este caso sublinha a importância da prevenção do sarampo com imunização adequada, uma vez que a infecção leva a complicações em 30% dos doentes, sendo mais frequentes em crianças menores de cinco e adultos maiores de 20 anos. Neste caso em particular levou a sequelas pulmonares graves com impacto na qualidade de vida deste doente.

**Palavras-chave:** Bronquiectasias. Pneumonia. Infecção. Sarampo.

## P21. MELENAS E TUBERCULOSE INTESTINAL-UMA ASSOCIAÇÃO INCOMUM

V. Fernandes<sup>1</sup>, A.C. Ferreira<sup>2</sup>, M.I. Matias<sup>1</sup>, P. Cravo Roxo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia A; <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia B Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. <sup>3</sup>Centro Diagnóstico Pneumológico de Coimbra.

**Introdução:** A tuberculose intestinal é uma manifestação incomum de tuberculose, que pode dever-se a disseminação de tuberculose pulmonar ou a infecção primária resultante de ingestão de alimentos ou expectoração contendo *Mycobacterium tuberculosis* (a forma mais comum).

**Caso clínico:** Uma mulher de 38 anos apresenta-se no Serviço de Urgência por epigastralgias e anorexia com 4 meses de evolução e episódio único de melenas abundantes. Antecedentes de psoríase gutata; sem contexto epidemiológico relevante. Ao exame objetivo apresentava bom estado geral, encontrando-se hemodinamicamente estável. Toque retal sem alterações. Adenopatias submaxilares bilaterais com cerca de 1 cm. Não eram evidentes outras alterações, nomeadamente no exame abdominal. Sem alterações analíticas nos exames radiológicos torácico e abdominal. Realizou-se pesquisa serológica de vírus HIV 1 e 2, HCV e HBV e pesquisas parasitológicas das fezes, que se revelaram negativas. A endoscopia digestiva alta também se revelou normal. A colonoscopia mostrou várias ulcerações no íleon terminal, que foram biopsadas e cujo anátomo-patológico mostrou distorção da arquitetura vilositária e infiltrado linfoplasmocitário formando folículos linfóides com centro germinativo. Havia ainda esboços de granulomas e presença de estruturas do tipo bacilar ácido-álcool resistentes. Face a estas alterações, foi iniciada terapêutica antibacilar empírica, por provável tuberculose intestinal, com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. Foram ainda realizadas pesquisas de BAAR na expectoração, lavado alveolar e suco gástrico, que foram negativas. Após estabilidade clínica, a doente teve alta, mantendo desde então seguimento no Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra. Com a terapêutica instituída foi obtida melhoria progressiva das queixas, estando agora assintomática sob terapêutica com isoniazida e rifampicina.

**Discussão:** A tuberculose intestinal, embora rara, é uma doença de difícil diagnóstico, especialmente quando estão ausentes os mais específicos granulomas caseosos submucosos, e que se confunde com frequência com doença inflamatória intestinal pela apresentação clínica e pela faixa etária em que se manifesta. Neste caso clínico, demonstramos o importante papel do exame direto da biópsia, para além de exemplificarmos uma rara complicação desta doença - a hemorragia digestiva.

**Palavras-chave:** Tuberculose intestinal. Biópsia. Hemorragia digestiva.

## P22. VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA E RISCO PARA DOENÇAS PULMONARES: CASO CLÍNICO

L. Fernandes, M Serrado, A Diniz, C Bárbara

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** O vírus da imunodeficiência humana (VIH) confere um risco independente para inúmeras doenças pulmonares infecciosas e não-infecciosas. Doentes infectados pelo VIH encontram-se significativamente mais propensos a desenvolver doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), fibrose pulmonar, neoplasia do pulmão, hipertensão pulmonar, pneumonias e tuberculose, entre outras.

**Caso clínico:** Homem, 65 anos, fumador (carga tabágica 60 unidades/maço ano), com diagnóstico inaugural de infeção por VIH tipo 1, estágio C2 do CDC - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), contagem de linfócitos T CD4+ 250 células/mL e carga viral 766.800 cópias/mL, concomitante com internamento hospitalar por tuberculose pulmonar (TP) disseminada. Apresentou resposta favorável após início de antibióticos e terapêutica antirretroviral combinada (TARc). No seguimento, objectivou-se clínica e estudo funcional compatível com DPOC GOLD B. Tomografia do tórax mostrava enfisema pulmonar centrilobular e bolhas subpleurais. Necessitou de internamento hospitalar por dispneia de esforço progressiva, cansaço fácil e hipoxémia em repouso compatível com DPOC agudizada em agravamento (GOLD B→D), com insuficiência respiratória parcial. Estudo funcional respiratório revelou obstrução brônquica moderadamente grave. Iniciou oxigenoterapia de longa duração e reabilitação respiratória. Cerca de seis meses depois do último internamento, foi internado, duas vezes num mês, por agudização de DPOC em contexto de, respectivamente, bronquiectasias infectadas (sequelas de TP) e pneumonia. Dois meses depois, num novo internamento por agudização de DPOC, com insuficiência respiratória global grave, o doente vem a falecer.

**Discussão:** A maior incidência de doenças pulmonares associada normalmente ao envelhecimento e a sua apresentação em idades mais precoces em doentes infectados pelo HIV levantam a possibilidade de que este acelera a evanescência pulmonar. A infeção pelo HIV parece conferir um fenótipo de fragilidade prematura e tem sido associada a mudanças relacionadas com o próprio envelhecimento do sistema imunitário. Como resultado, a infeção pelo HIV pode tornar o pulmão mais susceptível à apresentação precoce de doenças como a DPOC. O tabagismo que é prevalente nas populações infectadas pelo VIH exacerba ainda mais a senescência celular. Múltiplos factores em interacção no contexto do envelhecimento e da infeção por VIH, incluindo o aumento do stress oxidativo a nível sistémico e pulmonar e as infeções respiratórias recorrentes, estão provavelmente envolvidos.

**Palavras-chave:** *Vírus da imunodeficiência humana. Doença pulmonar obstrutiva crónica. Tuberculose. Bronquiectasias.*

## P23. QUANDO OS ANTECEDENTES FAMILIARES SÃO A CHAVE DO DIAGNÓSTICO NUMA UTENTE SAUDÁVEL

J.F. Figueiredo<sup>1</sup>, G. Salvado<sup>2</sup>, F.I. Leitão<sup>3</sup>, J. Freixo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UCSP S. Miguel. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, <sup>3</sup>Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

**Introdução:** A tuberculose pleural pode ser uma manifestação tanto da forma primária da doença quanto da reactivação de uma infeção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Embora o derrame pleural predominantemente linfocítico seja característico de tuberculose, deve ser instituída uma abordagem diagnóstica de modo a orientar o tratamento precoce e evitar sequelas.

**Caso clínico:** Utente 35 anos, sexo feminino, caucasiana, saudável, com história paterna de tuberculose há 33 anos. Recorreu ao Serviço Urgência (SU) no dia 31/12/2017 por quadro de dor torácica tipo pleurítica e febre, após ter cumprido 8 dias de amoxicilina + ácido

clavulânico e 6 dias de azitromicina por pneumonia, sem melhoria clínica. Ao exame objectivo apresentava-se subfebril, normotensa, boas saturações de O<sub>2</sub> em ar ambiente e com murmúrio vesicular diminuído na metade inferior do pulmão esquerdo. Dos exames realizados no SU, destaca-se aumento da PCR e, no Rx tórax, uma opacidade com nível na metade inferior do pulmão esquerdo. Realizou ainda TAC de tórax que revelou presença de áreas nodulares, espessamento regular dos septos interlobulares e micronódulos centrilobulares no segmento apical posterior do lobo superior esquerdo. Nesse episódio, foi realizada toracocentese evacuadora e diagnóstica (retirado 1.000 ml de líquido amarelo cítrico) que apresentou ADA 123 U/L e 97% Linfócitos. Foi decidido o internamento no Serviço de Medicina Interna onde realizou exame directo e análise microbiológica de expectoração, ambos negativos. Por persistência do derrame e tendo em conta os antecedentes familiares, realizou broncofibroscopia com colheita de lavado broncoalveolar, que não evidenciou presença de microorganismos. Realizou nova TAC tórax, sobreponível à realizada anteriormente, excepto aumento do volume do derrame pleural. Nesta altura, foi decidida a transferência para o Serviço de Pneumologia para realização de toracoscopia médica electiva, que confirmou a presença do *Mycobacterium tuberculosis complex* na biópsia pleural, apenas resistente à estreptomomicina. A utente teve alta após 5 dias, medicada com terapêutica antibacilar (HRZE) em ambulatório.

**Discussão:** Este caso serve para alertar o médico para a importância de uma colheita criteriosa da história clínica bem como realização de semiologia médica dirigida. Neste caso, a persistência dos sintomas permitiu a realização de EAD que levaram à confirmação diagnóstica e instituição de terapêutica adequada.

**Palavras-chave:** *Tuberculose. Tuberculose pleural. Derrame pleural. Toracoscopia. Biópsia pleural.*

## P24. FACTORES DE RISCO PARA OS DOENTES COM PNEUMONIA E CHOQUE SÉPTICO

S. Coelho, L. Cunha, R. Vieira, J.M. Marques, V. Branco, R. Tjeng, M.C. Branco, C. Coxo

*Centro Hospitalar Cova da Beira.*

**Introdução:** O choque séptico constitui um dos principais motivos que conduz à admissão do doente em ambiente de cuidados intensivos, sendo a pneumonia um dos focos infecciosos precipitantes mais comum.

**Objetivos:** Avaliar os factores de risco para os doentes com pneumonia e choque séptico internados na UCI-Centro Hospitalar Cova da Beira, no período compreendido entre 2014 e 2017.

**Métodos:** Estudo do tipo retrospectivo, observacional e analítico. A dimensão da amostra foi de 51 doentes e a colheita de dados realizou-se através da consulta dos registos do processo clínico de cada doente.

**Resultados:** Durante o período em estudo foram admitidos na UCI 51 doentes com o diagnóstico de pneumonia com choque séptico. Contabilizaram-se 34 homens e 17 mulheres, com idade média de 72,5 anos. Totalizaram-se 29 pneumonias adquiridas na comunidade, 15 pneumonias nosocomiais e 7 pneumonias associadas aos cuidados de saúde. A média do score de gravidade de APACHE II foi de 27 pontos e do SAPS II foi de 66 pontos. Houve necessidade de entubação oro-traqueal em 41 doentes, 4 dos quais foram traqueostomizados. Em 25 doentes documentou-se microbiologicamente o agente etiológico responsável pela pneumonia, sendo os mais frequentemente identificados: *Streptococcus pneumoniae* (7 doentes), *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (7 doentes), *Klebsiella pneumoniae* (4 doentes) e *Acinetobacter baumannii* (4 doentes). As co-morbilidades mais representadas entre os doentes foram: hipertensão arterial (25 doentes), diabetes mellitus (18 doentes), patologia pulmonar (17 doentes), fibrilhação auricular (12 doentes), insuficiência cardíaca (11 doentes) e patologia neoplásica (11 doentes). Verificou-se que 11 doentes cumpriam corticoterapia à data

de admissão na UCI, 12 doentes apresentavam hábitos tabágicos e outros 12 hábitos alcoólicos. Verificaram-se 26 óbitos.

**Conclusões:** Este estudo foi de encontro ao descrito na literatura, identificando alguns dos factores de risco associados a pneumonia com choque séptico, nomeadamente: idade avançada, hipertensão arterial, diabetes mellitus, patologias pulmonares, cardíacas e neoplásicas e hábitos tabágicos/alcoólicos. Os agentes etiológicos mais frequentemente isolados foram o *Streptococcus pneumoniae* e o *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina. A detecção e a intervenção precoces da pneumonia com choque séptico é o caminho para diminuir a mortalidade nestes doentes graves com factores de risco associados.

**Palavras-chave:** *Pneumonia. Choque séptico.*

## P25. PNEUMOCISTOSE: CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL

S.A. Heleno, M. Afonso, T. Gomes, A. Fernandes

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

**Introdução:** *Pneumocystis jirovecii* constitui uma causa major de pneumonia em indivíduos imunocomprometidos. O prognóstico poderá estar relacionado com o tempo de instituição de tratamento específico.

**Objetivos:** Observar a presença de estados de comprometimento imunológico em doentes com pneumocistose. Avaliar relação entre instituição precoce de antibioterapia e prognóstico. Analisar o uso de corticoterapia.

**Métodos:** Análise retrospectiva de processos clínicos de doentes com internamento por pneumocistose, entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2016.

**Resultados:** Foram encontrados 15 doentes com uma média de idades de  $53,4 \pm 17,3$  anos; 73,3% (n = 11) eram do género masculino. A infeção VIH estava previamente documentada em 53,3% (n = 8); nos restantes, foram encontrados doença neoplásica (n = 4); imunodeficiência primária não especificada (n = 1); dois doentes estavam sob corticoterapia crónica, um dos quais no contexto de transplante renal. Em 46,7% dos casos (n = 7), o tratamento dirigido para pneumocistose foi iniciado sete dias após apresentação do quadro, sendo que a corticoterapia foi aplicada em todos os elementos analisados, com uma média de duração terapêutica de  $22,5 \pm 15,8$  dias.

**Conclusões:** Verificou-se uma preponderância de estados de compromisso imunológico, sendo infeção por VIH o mais frequente. Não se observou uma relação causa-efeito entre o início tardio de antibioterapia dirigida e a ocorrência de deterioração clínica. A corticoterapia em adjuvância ao tratamento dirigido continua a ser amplamente utilizada, embora o nível de evidência atual suporte o seu uso em grupos particulares de doentes.

**Palavras-chave:** *Pneumocistose. Corticoterapia. Imunocomprometimento.*

## P26. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: ETIOLOGIA MULTIFACTORIAL E IMPORTÂNCIA DE UMA TERAPÊUTICA INDIVIDUALIZADA

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

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

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

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de um doente de 56 anos, do sexo masculino, fumador (carga tabágica 40 Unidades Maço Ano), com hábitos etanólicos e toxicofílicos (cocaína, haxixe e marijuana) marcados. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro

de lipotímia, dor torácica tipo aperto, sudorese e dispneia de instalação súbita, com menos de 24 horas de evolução. No SU encontrava-se hipotenso, normocárdico, sob oxigenoterapia 6 L/min. Dos exames complementares de diagnóstico efectuados destaca-se na avaliação laboratorial um aumento dos D-dímeros 2,7 ug/mL. Por suspeita de TEP realizou uma angioTC do tórax que revelou defeitos de repleção extensos envolvendo o segmento distal da artéria pulmonar esquerda e várias artérias lobares e segmentares de ambos os pulmões, tronco principal da artéria pulmonar de calibre dentro da normalidade, contudo com dilatação ventricular direita e um ecocardiograma transtorácico com dilatação ventricular direita, movimento esquerdo do segmento basal do septo interventricular, regurgitação tricúspide ligeira e veia cava inferior 19mm com variação menor de 50% com a respiração. Perante confirmação do diagnóstico de TEP bilateral, o doente foi internado numa unidade de cuidados intensivos tendo iniciado anticoagulação com heparina não fraccionada com switch para varfarina e posteriormente para rivaroxabano. O estudo das trombofilias revelou presença de défice de antitrombina III (70%). Aquando a alta do internamento, o doente apresentava indicação para referência à Consulta de Pneumologia Geral, de Cessação Tabágica e de Psiquiatria (tendo recusado), de Imuno-hemoterapia. Na reavaliação em Consulta de Pneumologia Geral o doente mantinha os hábitos tabágicos e toxicofílicos inalados. O ecocardiograma transtorácico de reavaliação realizado em ambulatório destacava discreta regurgitação tricúspide.

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

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

## P27. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: ENTRE A APRESENTAÇÃO E A COMPLICAÇÃO?

J.N. Santos, I.V. Lopes, M.S.L. Valente, M.T. Geraldes

*UCSP Belmonte.*

**Introdução:** O cancro do pulmão é a 4ª neoplasia mais comum em Portugal, e aquele com a taxa de mortalidade padronizada mais elevada, com 24,9 óbitos por 100.000 habitantes. Os eventos tromboembólicos são uma complicação importante, podendo atingir até 14% dos doentes. Menos comumente surgem como apresentação inicial, levando ao diagnóstico de uma neoplasia até então desconhecida.

**Casos clínicos:** Caso clínico 1: mulher de 72 anos, não fumadora, recorre ao Serviço de urgência (SU) por dor torácica, tipo aperto, de intensidade elevada, sem irradiação, com 2 dias de evolução, associada a dispneia para pequenos esforços e sudorese profusa. Ao exame objetivo (EO) apresentava-se eufneica em ar ambiente, com spO<sub>2</sub> 96%, com murmúrio vesicular mantido e simétrico. Devido a infrades-nivelamento do segmento ST nas derivações anteriores/laterais e elevação das enzimas cardíacas optou-se pelo internamento no serviço de cardiologia, com o diagnóstico de EAM. A realização de cateterismo coronário não revelou alterações e por manutenção da sintomatologia, realizou-se angio-TC pulmonar, que mostrou tromboembolia da artéria pulmonar bilateralmente, além de um nódulo pulmonar no lobo superior esquerdo, com 22 mm. A biopsia transtorácica evidenciou adenocarcinoma pulmonar. Caso clínico 2: mulher de 56 anos, ex-fumadora (6 UMA), recorreu ao SU por toracalgie no hemitórax direito, em pontada, intermitente, sem irradiação, com 15 dias de evolução, associada a dispneia para esforços de média intensidade. Ao EO apresentava-se polipneica, spO<sub>2</sub> 85%, com diminuição do murmúrio vesicular bibasal e discretos ferveres. A gasimetria, em ar ambiente, mostrava hipocapnia e hipoxemia. Por suspeita de embolia pulmonar realizou angio-TC pulmonar do qual se destacou tromboembolia da artéria pulmonar bilateral, massa hilar inferior direita e múl-

tipas lesões nodulares parenquimatosas e subpleurais, em relação com prováveis lesões secundárias. A biópsia realizada por broncofibroscopia confirmou adenocarcinoma pulmonar.

**Discussão:** Na presença de um evento tromboembólico não provocado (sem história de traumatismo, imobilização prolongada, gravidez ou puerpério, cirurgia maior) é necessário investigar a presença de neoplasia oculta, conforme demonstrado nos casos clínicos referidos e segundo a evidência atual. A neoplasia pulmonar, devido a sua actividade pró-trombótica conhecida e elevada prevalência, deve constar entre as primeiras hipóteses a descartar.

**Palavras-chave:** *Evento tromboembólico. Adenocarcinoma do pulmão. Neoplasia oculta.*

## P28. UMA QUESTÃO DE NERVOS

M.I. Matias, V. Fernandes, F. Gamboa

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

**Introdução:** Nódulos ou massas intratorácicas motivam frequentemente pedido de observação pelo Pneumologista, podendo ter sede pulmonar ou mediastínica. As massas de sede pulmonar impõem diagnóstico diferencial com neoplasia do pulmão enquanto para as massas do mediastino, diferentes diagnósticos se colocam consoante a sua localização, sendo que em 2/3 dos casos são benignas. As massas do mediastino posterior são, quase exclusivamente, representadas pelos tumores neurogênicos podendo ter origem em nervos periféricos (schwannoma, neurofibroma e tumor maligno da bainha do nervo) ou em gânglios do sistema nervoso autônomo (ganglioneuroma, ganglioneuroblastoma e neuroblastoma). Os tumores da bainha de nervo periférico estão, em maior ou menor grau, associados a neurofibromatose.

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso de um doente de 48 anos, com antecedentes de neurofibromatose tipo 1, referenciado ao serviço de urgência pelo médico de família por apresentar, em TC torácica, massa intra-torácica junto à base pulmonar esquerda, heterogénea e de contornos regulares, condicionando abaulamento do diafragma. O doente foi referenciado para Cirurgia Cardioracica tendo sido efectuada excisão da massa, cujo resultado histológico foi de neurofibroma. Cerca de 6 meses depois, na sequência de sintomas neurológicos e fractura de D11, foi diagnosticada lesão paravertebral dorsal esquerda cujo estudo complementar revelou tratar-se de tumor maligno de bainhas nervosas periféricas com metastização pulmonar e suprarenal.

**Discussão:** A neurofibromatose tipo 1 é uma doença genética autossómica dominante, multissistémica na qual existe a possibilidade (7% a 12,5% dos casos) de transformação maligna dos neurofibromas plexiformes característicos da doença para os chamados tumores malignos da bainha dos nervos periféricos. Os autores apresentam este caso pela raridade do diagnóstico (frequência na população geral de 0,001% mas 50% em doentes com neurofibromatose tipo 1), alertando para a sua existência, tipicamente com metastização precoce, de difícil abordagem terapêutica e prognóstico reservado.

**Palavras-chave:** *Massa intratorácica. Neurofibroma. Tumor maligno de bainhas nervosas periféricas.*

## P29. NÍVEL DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E AUTOESTIMA DE IDOSOS COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA

B.M. Monteiro<sup>1</sup>, A.P. Belo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Centro Hospitalar Cova da Beira-Hospital Pêro da Covilhã.*

<sup>2</sup>*Instituto Politécnico de Castelo Branco-Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.*

**Introdução:** Ansiedade, depressão e baixa autoestima são bastante frequentes em idosos que possuem patologia respiratória. Os pro-

gramas de reabilitação respiratória permitem reduzir essas alterações psicoemocionais.

**Objetivos:** Conhecer os níveis de ansiedade, depressão e auto-estima dos idosos com patologia respiratória, seguidos pelo Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), assim como as redes de suporte social. Analisar a influência do género, idade, nível educacional e local de residência, com os scores de ansiedade, de depressão e de autoestima, bem como a relação existente.

**Métodos:** Estudo exploratório, descritivo, correlacional e transversal, de características quantitativas, composto por uma amostra de 74 idosos selecionados por conveniência. Na recolha dos dados foi aplicado um questionário sociodemográfico, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES).

**Resultados e conclusões:** A prevalência de ansiedade foi de 54,02%, depressão de 47,35% e baixa autoestima de 6,8%. O apoio informal foi o mais frequente (68,9%). O género influenciou estatisticamente a ansiedade, e a escolaridade influenciou a depressão e a auto-estima ( $p < 0,05$ ). Obtiveram-se correlações significativas entre os scores de ansiedade, depressão e auto-estima ( $p < 0,001$ ). Os dados indicam que a prevalência da ansiedade nos idosos foi superior à da depressão, apresentando valores satisfatórios de autoestima global. Concluiu-se que a avaliação e a intervenção ao nível da componente psicológica podem permitir uma redução significativa das alterações psicoemocionais encontradas.

**Palavras-chave:** *Idosos. Patologia respiratória. Ansiedade. Depressão e autoestima.*

## P30. CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ASMA - AVALIAÇÃO DA SUA QUALIDADE DE VIDA

C. Figueiredo<sup>1</sup>, A. Almeida<sup>2</sup>, C. Rodrigues<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Faculdade Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.*

<sup>2</sup>*NECE-Research Unit in Business, Universidade da Beira Interior.*

<sup>3</sup>*Centro Hospitalar da Cova da Beira.*

A asma é a doença crónica mais prevalente na idade pediátrica afetando 11-12% dos jovens portugueses e produzindo limitações consideráveis na qualidade de vida dos doentes. Considerando o seu carácter crónico, a observação dos pacientes deve ter em conta não só as manifestações clínicas, como também o impacto que ela produz na qualidade de vida do indivíduo afetado. Neste estudo pretende-se caracterizar a QVRS da população pediátrica que é seguida na consulta de alergologia pediátrica no CHCB com diagnóstico de asma. É um estudo observacional, transversal, de carácter descritivo e correlacional. A recolha de dados foi realizada pela aplicação de um questionário dividido em três partes: 1) Dados sociodemográficos, clínicos e de caracterização da doença e dos indivíduos; 2) Questionário de Qualidade de Vida Pediátrica - PedsQLTM versão 4.0 Português - relatório para Crianças (8-12) ou para Adolescentes (13-18 anos); e 3) Questionário de Qualidade de Vida na Asma Pediátrica (PAQLQ). Obtiveram-se 72 inquéritos de indivíduos com idades compreendidas entre os 8 e os 17 anos, sendo a maioria do sexo masculino (76,4%) e a idade média de 13,13. A maioria vive em ambiente urbano e habita com os seus pais. O alfa de Cronbach para os dois instrumentos de avaliação da QVRS foi superior a 0,9. No questionário PAQLQ, foi no item limitação de atividades que os participantes revelaram uma pior pontuação, contrastando com o domínio emocional. No questionário PedsQL, foi o domínio social que apresentou melhores resultados, contrastando com o domínio escola, onde os indivíduos pontuaram menos. Observa-se que as respostas dos dois questionários se relacionam entre si e com as variáveis idade e controlo sintomático (avaliado pela classificação GINA). Não se esgotam neste trabalho todos os possíveis condicionantes da QVRS dos indivíduos asmáticos, pelo que outros estudos são possíveis nesta área, mas pretende-se alertar para a necessidade de considerar a qualidade de vida dos doentes como uma parte

integrante dos cuidados de saúde. Recomenda-se que esta avaliação seja realizada periodicamente para permitir um acompanhamento mais global dos pacientes.

**Palavras-chave:** QVRS. Asma. Pediatria. Crianças. Adolescentes.

### P31. OMALIZUMAB EM PEDIATRIA-A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

L. Carreto<sup>1</sup>, C. Simão<sup>1</sup>, C. Sousa<sup>1</sup>, A. Sokolova<sup>2</sup>, F. Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

**Introdução:** Omalizumab, um anticorpo monoclonal anti-IgE, está aprovado para o tratamento de asma grave em crianças acima dos 6 anos. Apresentam-se dois casos de sucesso terapêutico com este fármaco, um num adolescente de 15 anos e outro numa criança de 8 anos.

**Casos clínicos:** Caso clínico 1: J.E.B.P.F., sexo masculino, caucasiano, com diagnóstico de rinite alérgica persistente e asma alérgica grave desde os 5 anos de idade. O estudo imunoalergológico mostrou sensibilização a vários aeroalergénios perianuais. Durante a sua infância realizou várias tentativas de imunoterapia específica (ITE), sem sucesso. Aos 15 anos, apesar de terapêutica com corticoide inalado, broncodilatador de longa acção e montelucaste, mantinha sintomatologia diária e nocturna, com necessidade de ciclos frequentes de corticoterapia sistémica. Iniciou omalizumab, observando-se uma progressiva melhoria da sintomatologia (aumento da pontuação do *Control Asthma Test* de 6 para 20), sem necessidade de corticoterapia sistémica, e melhoria da função respiratória (aumento do *Peak Expiratory Flow* (PEF) de 45% para 71% e do FEV1 de 77% para 88%). Caso clínico 2: L.A.P.C., sexo masculino, caucasiano, com diagnóstico de rinite alérgica persistente e asma moderada a grave desde os 2 anos de idade. O estudo imunoalergológico mostrou sensibilização para vários alergoalergénios perianuais. Aos 6 anos iniciou ITE como terapêutica adjuvante com melhoria parcial da sintomatologia. Contudo, aos 8 anos, apesar de terapêutica com corticoide inalado, broncodilatador de longa acção e montelucaste, mantinha sintomatologia diária e nocturna, com necessidade de ciclos frequentes de corticoterapia sistémica. Iniciou omalizumab, observando-se uma progressiva melhoria da sintomatologia, bem como da função respiratória (aumento do PEF de 51% para 78% e do FEV1 de 63 para 89%).

**Discussão:** O omalizumab tem demonstrado ser seguro e eficaz no tratamento de asma grave em crianças e adolescentes, permitindo reduzir o uso de corticoterapia sistémica, sendo por isso uma terapêutica a considerar nestes casos.

**Palavras-chave:** Omalizumab. Asma grave. Pediatria.

### P32. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA/AGUDIZADA NUMA ENFERMARIA DE PNEUMOLOGIA: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA VERSUS OUTRAS INDICAÇÕES

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

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

**Introdução:** A ventilação não invasiva (VNI) em contexto agudo tem sido utilizada com sucesso fora das unidades de cuidados intensivos (UCI), na exacerbação aguda de DPOC (EADPOC). Nas restantes indicações os dados não são tão abundantes.

**Objetivos:** Comparar os doentes sob VNI numa enfermaria de Pneumologia por IRA ou IRCA por EADPOC versus outras indicações.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes internados em 2016 no S. Pneumologia B do CHUC que necessitaram de VNI por insuficiência respiratória aguda/agudizada. Comparados os dados demográficos e clínicos dos doentes com EADPOC com os restantes.

**Resultados:** Incluídos 104 doentes, 47 com EADPOC e 57 com outras patologias [27 síndromes obesidade-hipoventilação (47,4%); 8 doenças neuromusculares (14,0%); 8 exacerbações de bronquiectasias (14,0%); 5 edemas agudos do pulmão (8,8%); 4 para palição de dispneia (7%); 2 pneumonias em imunodeprimido (3,5%); 2 apneias do sono (3,5%) e 1 desmame de ventilação invasiva (1,8%)]. Do grupo com EADPOC, 35 eram homens (74,5%), em média com 72,4 anos, 30 faziam OLD (63,8%) e 27 VNI domiciliária (57,4%). O FEV1 médio foi de 40,6%. Dos restantes, 35 eram homens (74,5%), em média com 73,0 anos e 28 cumpriam VNI domiciliária (49,1%). O pH médio inicial foi de 7,33 na EADPOC vs 7.31, PaCO<sub>2</sub> 68,9 mmHg vs 70,7, PaO<sub>2</sub> 68 mmHg vs 56,0 e PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 2,48 vs 1,96. Ocorreram complicações em 5 doentes com EADPOC (10,6%) vs 14 (24,6%), óbito em 10 (21,3%) vs 7 (12,3%) e falência em 6 (12,8%) vs 4 (7%). Verificou-se diferença estatisticamente significativa no sexo, oxigenoterapia domiciliária e na PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> inicial. Sem diferença na taxa de sucesso, complicações ou mortalidade.

**Conclusões:** Conclui-se que, para esta amostra, não houve diferença estatisticamente significativa nos *outcomes* principais da VNI, fortalecendo a possibilidade do seu uso fora das UCI, não só para a EADPOC mas para as outras indicações também.

**Palavras-chave:** Ventilação não invasiva. Insuficiência respiratória aguda. Doenças pulmonar obstrutiva crónica. Enfermaria.

### P33. QUANDO A GASOMETRIA SUGERE O DIAGNÓSTICO

D. Organista, C. Antunes, F. Paula, F. Froes

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

**Introdução:** A acetazolamida é um inibidor da anidrase carbónica utilizado para a redução da pressão intraocular no tratamento do glaucoma. A sua utilização é limitada não só pela sua ação transitória como por um dos seus efeitos secundários, a acidose metabólica hipercloremica, principalmente nos casos de tratamento prolongado.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de uma mulher de 82 anos, não fumadora, com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca com hipertensão pulmonar tipo 2 e sequelas de tuberculose pulmonar. Funcionalmente apresentava padrão misto em pletismografia (CVF 1,01 62%; FEV<sub>1</sub> 0,65 51%, pós-BD 54%; FEV<sub>1</sub>/CVF 66; VR 2,31 114%; CPT 3,25 79%, DLCO 102%) e insuficiência respiratória parcial. De referir síndrome apneia obstrutiva do sono, síndrome depressivo e glaucoma. Medicada em ambulatório com furosemida, pantoprazol, losartan, bisoprolol, formoterol, brometo de tiotropio, rivaroxabano e sildenafil. Por indicação do seu oftalmologista, iniciou terapêutica com acetazolamida para o glaucoma, em Setembro de 2017. Um mês depois, em consulta de Pneumologia, apresentava gasometria arterial em ar ambiente com acidemia metabólica de novo (pH 7,27, PaCO<sub>2</sub> 46 mmHg, PaO<sub>2</sub> 66 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 21 mmol/L, SatO<sub>2</sub> 91%, Cl<sup>-</sup> 107 mmol/L). Perante acidemia metabólica, com cloro no limite superior da normalidade (valores de referência do laboratório 98-107 mmol/L), em contexto de introdução recente de acetazolamida, a terapêutica foi suspensa. Em reavaliação gasométrica 3 meses depois, a doente apresentou resolução do quadro (pH 7,366, PaCO<sub>2</sub> 44 mmHg, pO<sub>2</sub> 64 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 24 mmol/L, SatO<sub>2</sub> 91%, Cl<sup>-</sup> 104 mmol/L), mantendo estabilidade gasométrica durante o posterior seguimento.

**Discussão:** Este caso alerta-nos para o agravamento gasométrico com determinadas medicações, sobretudo em doentes com doença pulmonar grave, já com insuficiência respiratória, que não conseguem assegurar uma resposta ventilatória adequada. Assim, a gasometria arterial deve ser analisada cuidadosamente e ser pedida com alguma regularidade em contexto de consulta a fim de detetar precocemente estas alterações. O desenvolvimento de acidose metabólica é uma contra-indicação à manutenção do tratamento com acetazolamida.

**Palavras-chave:** Acetazolamida. Acidemia metabólica. Gasometria.

### P34. LESÕES POR PRESSÃO NA FACE EM DOENTES SUBMETIDOS A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

J. Ferreira, M.H. Rosário, M.D. Direito, S.C. Carvalhal, S. Ferreira, S. Ferreira

*Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE.*

**Introdução:** A ventilação não invasiva (VNI) assume um papel, cada vez mais importante quer em patologia aguda, quer na doença respiratória crónica. Uma das complicações mais frequentes do uso da VNI são as Lesões por pressão (LPP) correlacionadas com as interfaces. Estas são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados de saúde.

**Objetivos:** Determinar a frequência de LPP da face e identificar os fatores de risco associados com o desenvolvimento de LPP da face em doentes internados no serviço Pneumologia/UVNI, submetidos a VNI.

**Métodos:** Estudo prospetivo realizado entre abril e outubro de 2017 que incidiu numa amostra de 67 utentes internados no serviço Pneumologia/UVNI submetidos a VNI e sem LPP da face após 6 horas de admissão no serviço. Os dados foram obtidos através de um instrumento de colheita de dados que englobava questionário (caracterização socio-demográfica e clínica), a escala de Braden (avaliação do grau de risco de LPP) e a Escala de Coma de Glasgow (ECG-avaliação do nível de consciência).

**Resultados:** A incidência de LPP foi de 10,4%, sendo as categorias mais representativas a I/III com 42,9%, e o tempo de aparecimento médio de 8,71 dias. A maioria da amostra: foi do género masculino (64,2%), com diagnóstico de admissão de Insuficiência respiratória (43,3%), com antecedentes de patologia pulmonar/doenças cardiovasculares (23,9%), apresenta a pele da face íntegra (50,8%), e apresentam alto risco em desenvolver LPP, segundo a Escala de Braden (55,2%). A média de idade foi 76,07 anos, da ECG foi de 13,82, do uso de VNI foi de 14,07 horas/dia e do tempo de VNI foi de 9,81 dias.

**Conclusões:** Este estudo revela que existe relação significativa entre o aumento da frequência de LPP e o aumento da idade e com o elevado número de horas de VNI. Recomenda-se que doentes submetidos a VNI por períodos longos, se proceda à sua interrupção, quando possível, adequação da melhor interface e formação de profissionais de saúde em VNI.

**Palavras-chave:** Ventilação não invasiva. Lesão por pressão. Lesão por pressão da face. Fatores de risco.

### P35. SÍNDROME DE MOUNIER KUHN-RARO OU SIMPLEMENTE SILENCIOSO?

A.C. Pimenta<sup>1</sup>, I. Rodrigues<sup>1</sup>, N. Silva<sup>2</sup>, R. Noya<sup>1</sup>, A. Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>2</sup>Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, Unidade de Vila Real.

**Introdução:** A síndrome de Mounier-Kuhn é uma entidade clínico-radiológica que permanece controversa, não só em relação aos critérios diagnósticos, como também em relação ao significado clínico das alterações anatómicas.

**Caso clínico:** Mulher de 68 anos de idade recorreu ao Serviço de Urgência por tosse com expectoração escassa com uma semana de evolução, associada a toracalgia posterior esquerda de características pleuríticas. Tratava-se de uma doente não fumadora, com antecedentes de hipotireoidismo, hipertensão arterial, dislipidemia e alterações degenerativas da coluna lombar, sem patologia respiratória conhecida. À admissão, apresentava tensão arterial de 147/103 mmHg, normocárdica, apirética e com SpO<sub>2</sub> 94% em ar ambiente. À auscultação pulmonar, crepitações bibasais e sibilância dispersa, sem outras alterações ao exame objetivo. A gasimetria arterial revelou insuficiência respiratória tipo 1 e a radiografia de tórax demonstrava escoliose, traqueomegalia e infiltrados em ambas as bases pulmonares. Do estudo analítico, destacavam-se parâmetros inflamatórios elevados e evidência de lesão renal aguda,

com proteinúria e hematuria no sedimento urinário. A TC de tórax realizada documentou a presença de alterações em vidro despolido bibasais e dilatação da traqueia (26,2 mm em corte coronal, valor normal para o género 21 mm) e brônquios principais (diâmetros em corte coronal do brônquio principal direito de 27,1 mm e do brônquio principal esquerdo de 35,2 mm), com dilatação dos anéis traqueais. O diagnóstico estabelecido foi de vasculite MPO positiva. Houve evolução clínica favorável após início de prednisolona na dose de 1 mg/kg. As provas de função respiratória documentavam uma obstrução das pequenas vias, normalizada após broncodilatador, e a broncofibroscopia confirmou a dilatação e a presença concomitante de traqueomalácia.

**Discussão:** A síndrome de Mounier-Kuhn é uma entidade raramente descrita, que foi previamente reportada paralelamente a patologia auto-imune, mas também como achado acidental. O tratamento permanece de suporte e dirigido à patologia a que possa estar associada. Mantém-se ainda a dúvida acerca da etiologia congénita ou adquirida. No entanto, parece poder permanecer clinicamente silenciosa.

**Palavras-chave:** Mounier-Kuhn. Traqueobronqueomegalia. Traqueobronqueomalácia. Vasculite MPO.

### P36. CONSUMO DE RECURSOS DE URGÊNCIA POR DOENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: ESTUDO RETROSPECTIVO NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

B. Rodrigues<sup>1</sup>, V. Fernandes<sup>1</sup>, T.M. Alfaro<sup>1,2</sup>, C. Robalo Cordeiro<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das principais causas mundiais de morbilidade e mortalidade, constituindo um grave problema de saúde pública. A sua história natural é pontuada por exacerbações (EADPOC), que são responsáveis por um consumo considerável de recursos de saúde.

**Objetivos:** Caracterizar uma população de doentes com DPOC que recorre ao Serviço de Urgência (SU) e respetivos episódios de urgência, possibilitando a implementação de estratégias que resultem na redução do recurso ao SU por estes doentes.

**Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo incluindo doentes com DPOC seguidos em consulta no serviço de Pneumologia A do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. Destes, foram selecionados os residentes no distrito de Coimbra e que recorreram ao SU nos 6 meses prévios ou posteriores à última consulta.

**Resultados:** Foram incluídos 62 doentes com uma idade média de 74 ± 11,4 anos, sendo que 79% eram do sexo masculino. O tempo de follow-up médio foi de 10,5 meses, variando entre 6 e 12 meses. A maioria dos doentes (93,6%) apresentava uma ou mais comorbilidades. As mais prevalentes foram HTA (74,1%), IC (35,5%) e depressão ou distúrbio de ansiedade (32,3%). Oito doentes (12,9%) foram internados por EADPOC no ano anterior ao estudo. Durante o período de seguimento, e para a totalidade dos doentes em estudo, contabilizaram-se 139 visitas ao SU. Observou-se que 42,3% dos episódios de urgência foram por doença respiratória, sendo que 51,1% das idas ao SU se deveram a comorbilidades pré-existentes. Cada doente recorreu ao SU, em média, 2,7 ± 1,7 vezes por ano. A análise multifatorial identificou a presença de internamento(s) por EADPOC no ano anterior ao estudo, estadió GOLD > 2 e IC como preditores de maior número de idas ao SU por ano.

**Conclusões:** A prevalência de comorbilidades nestes doentes é muito elevada, sendo estas responsáveis pela maioria dos episódios de urgência. Adicionalmente, verificou-se que os doentes que recorrem ao SU o fazem frequentemente. A presença de IC, estadió GOLD superior a 2 e internamento(s) por EADPOC no ano anterior ao estudo foram fatores de risco independentes para maior número de idas anuais ao SU.

**Palavras-chave:** Doença pulmonar obstrutiva crônica. Exacerbação aguda. Serviço de Urgência. Comorbilidades.

### P37. ASSOCIAÇÃO ENTRE CRENÇAS SOBRE MEDICAÇÃO INALATÓRIA E USO CORRETO DOS INALADORES

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

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

**Objetivos:** Avaliar se as crenças dos pacientes sobre medicação inalatória estão associadas ao uso correto dos dispositivos inalatórios. **Métodos:** Doentes com idade  $\geq 40$  anos diagnosticados de acordo com os critérios GOLD foram recrutados sequencialmente na consulta externa de pneumologia do Hospital de Guimarães entre março/2016 e maio/2017. A todos foi aplicado um inquérito demográfico e clínico bem como o Questionário de Crenças sobre Medicamentos, com adaptação transcultural. Os participantes foram depois convidados a demonstrar o uso de seus dispositivos inalatórios (DIs). Definimos para cada DI 5 passos para uma correta técnica inalatória e 2 passos essenciais/erros críticos, suscetíveis de tornar o tratamento ineficaz. O número total de erros críticos (TEC) foi definido como o quociente entre a soma do número de erros críticos em todos os DIs e o número total de possíveis erros críticos. A habilidade para usar inaladores (HUI) foi definida como o quociente entre o número de DIs sem erros críticos e o número total de DIs usados. Foi posteriormente realizada uma análise estatística dos dados.

**Resultados:** Foram estudados 300 participantes realizando 521 manobras inalatórias com 10 DIs diferentes. O uso inadequado de inaladores devido a erros críticos foi observado num total de 118 (39,3%) doentes. 250 (83,3%) participantes responderam ao BMQ, e o uso inadequado dos inaladores foi observado em 92 (36,8%). Neste subgrupo de doentes houve uma correlação estatisticamente significativa entre o score de Necessidade de BMQ e o número total de erros críticos (TEC,  $r = -0,289$ ) ou a habilidade para usar DIs (HUI,  $r = 0,310$ ). As crenças dos doentes sobre a necessidade de usar DIs foram, respetivamente, preditores diretos e inversos da habilidade para usar inaladores ( $\beta = 0,310$ ;  $p = 0,003$ ;  $r^2 = 0,096$ ) e uso indevido devido a erros críticos ( $\beta = -0,289$ ;  $p = 0,005$ ;  $r^2 = 0,084$ ). Nesse grupo de pacientes, as crenças sobre necessidade de usar inaladores respondem por 9,6% da variância observada na habilidade de os usar.

**Conclusões:** No ensino da correta técnica inalatória deve-se ter em atenção as crenças dos doentes sobre a necessidade de medicação inalatória, e reforça-las quando necessário.

**Palavras-chave:** DPOC. Técnica inalatória. Crenças sobre medicação.

### P38. ASSOCIAÇÃO ENTRE CRENÇAS SOBRE MEDICAÇÃO INALATÓRIA E APRENDIZAGEM DA TÉCNICA INALATÓRIA

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

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

**Objetivos:** Avaliar se as crenças dos doentes sobre a medicação inalatória estão associadas a uma melhoria sustentada na técnica inalatória.

**Métodos:** Doentes com DPOC estável  $\geq 40$  anos, diagnosticados de acordo com os critérios do GOLD e usando dispositivos inalatórios foram avaliados em duas consultas médicas com um intervalo de dez a doze meses entre elas. Na primeira consulta foi aplicado um questionário demográfico e clínico bem como o Questionário de Crenças sobre Medicamentos (BMQ específico) com adaptação transcultural. Os participantes foram depois convidados a demonstrar o uso de seus dispositivos inalatórios (DIs). Para cada DI foi previamente definida uma tabela de passos para uma correta técnica inalatória e erros críticos, suscetíveis de tornar o tratamento ineficaz. Após esta avaliação, a todos os participantes foi feito ensino e permitido treino com inaladores contendo placebo, até ao uso correto dos inaladores. Na segunda consulta, 10 a 12 meses após a primeira, foi feita uma reavaliação da técnica inalatória pelo mesmo profissional de saúde e utilizando a mesma check-list. A alteração dos DIs foi critério de exclusão. Foi posteriormente realizada uma análise estatística dos dados.

**Resultados:** Foram avaliados 170 participantes realizando 266 manobras inalatórias com 10 diferentes DIs. Registou-se uma melhoria no número de erros críticos em todos os tipos de DIs mas com significado estatístico nos DIs que mais facilmente informavam o doente de que a inalação fora correta. Alguma alteração da técnica inalatória após o ensino efetuado não foi significativamente relacionada com o score de necessidade de BMQ ( $p = 0,719$ ). No entanto, no subgrupo de doentes que melhoraram sua técnica inalatória, os homens tiveram uma média de score de necessidade do BMQ significativamente maior do que as mulheres (os score médio de necessidade do BMQ foram, respetivamente, 21,97 e 17,88,  $p = 0,017$ ).

**Conclusões:** O ensino e treino melhora a técnica inalatória de forma sustentada. As crenças sobre a necessidade do uso de medicamentos inalados estão associadas a uma melhor aprendizagem da técnica inalatória nos homens com DPOC. Os homens, mas não as mulheres, necessitam de acreditar na necessidade dos inaladores para melhorarem a técnica inalatória.

**Palavras-chave:** DPOC. Técnica inalatória. Ensino. Crenças sobre medicação inalatória.

### P39. FATORES DE INSUCESSO TERAPÊUTICO NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

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

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

**Objetivos:** Identificação de fatores de insucesso terapêutico na DPOC, relacionados com desvios dos padrões terapêuticos internacionais, má adesão à medicação inalatória e técnica inalatória inadequada.

**Métodos:** Doentes com idade  $\geq 40$  anos diagnosticados de acordo com os critérios do GOLD foram recrutados sequencialmente na consulta externa de pneumologia do Hospital de Guimarães entre março/2016 e maio/2017. A todos foi aplicado um inquérito demográfico e clínico. A adesão foi avaliada usando o questionário MAT-Medida de Adesão aos Tratamentos. A medicação prescrita foi auto referida ou exibida pelos doentes, e quando necessário consultada a base de dados hospitalar e a plataforma de dados de saúde. Foi depois comparada com os algoritmos terapêuticos propostos pelo GOLD 2017 para os mesmos grupos ABCD. Os participantes foram posteriormente convidados a demonstrar o uso de seus dispositivos inalatórios (DIs). Definimos para cada DI 5 passos para uma correta técnica inalatória e 2 passos essenciais/erros críticos, suscetíveis de tornar o tratamento ineficaz. O número total de erros críticos foi definido como o quociente entre a soma dos erros críticos regis-

tados com todos os DIs e o número total de possíveis erros críticos. Foi posteriormente realizada uma análise estatística dos dados (IBM SPSS Statistics for Windows, Versão 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.). **Resultados:** Foram estudados 303 participantes (79,5% do sexo masculino, idade média = 67,4 anos). Um total de 285 completou o questionário MAT: 88 doentes (30,9%) foram considerados insuficientemente aderentes e 47 (16,5%) não aderentes à medicação inalatória. Encontramos desvios às normas terapêuticas internacionais em 149 (49,6%) doentes. Os desvios mais frequentes foram o uso inadequado de corticosteróides inalados (33,3%), uso excessivo de broncodilatadores (11,3%), a submedicação (4%) e a ausência de qualquer medicação (3%). 285 doentes realizaram 501 manobras inalatórias com 10 DIs diferentes. Uma má técnica inalatória, devido a erros críticos, foi observada num total de 113 (39,6%) doentes. **Conclusões:** Na presente estudo, os desvios às normas terapêuticas internacionais foram mais frequentes que a má adesão ou uso inadequado dos inaladores.

**Palavras-chave:** DPOC. Técnica inalatória. Adesão. GOLD. Insucesso Terapêutico.

#### P40. DIAGNÓSTICO DE TRAQUEOBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA NUM CASO DE TOSSE ARRASTADA

M. Cruz<sup>1</sup>, O. Santos<sup>2</sup>, J. Vieira<sup>2</sup>, J. Duro da Costa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>USF Cardilium, Torres Novas. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Médio Tejo-Hospital Rainha Santa Isabel, Torres Novas  
<sup>3</sup> Serviço de Pneumologia, IPO, Lisboa.

**Introdução:** A traqueobroncopatia osteocondroplástica (TO) é uma patologia idiopática, usualmente benigna que afecta as grandes vias aéreas e que se caracteriza pelo aparecimento de nódulos cartilagueos ou ósseos, poupando a *pars membranosa*, com distribuição focal ou difusa. A TO é subdiagnosticada por ser frequentemente assintomática ou apresentar sintomatologia inespecífica, sendo a tosse um dos mais presentes e por vezes o único sintoma. Assim, o diagnóstico é feito por TC tórax, broncoscopia e caracterização histológica. Embora esta patologia tenha um comportamento habitualmente benigno, pode cursar com complicações podendo inclusivamente haver uma associação entre TO e neoplasia das vias aéreas.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 57 anos de idade, em consulta de pneumologia (2011) por tosse com cerca de dois anos de evolução, expectoração mucosa e dispneia esporádica. O exame objectivo apenas revelou uma diminuição global do murmúrio vesicular. A TC torácica evidenciou discreta nodularidade no contorno interno da traqueia e aglomerado de bronquiectasias no segmento interno do lobo médio. A função respiratória era normal. Avaliação laboratorial sem alterações e estudo atópico negativo. A broncoscopia flexível revelou múltiplas lesões mamilonadas esbranquiçadas confluentes, de consistência dura, em toda a parede cartilaguea da traqueia, desde a região subglótica até à carina (poupada), sem envolvimento da árvore brônquica proximal ou distal. As biópsias na traqueia revelaram mucosa revestida por epitélio respiratório sem alterações com significado patológico e múltiplos focos cartilagueos parcialmente calcificados (não foi evidenciada presença de substância amiloide), aspectos compatíveis traqueobroncopatia osteocondroplástica. Nos aspirados brônquicos de 2012 foram isolados *Klebsiella pneumoniae ozaenae* e *Serratia marcescens*. Fez antibioterapia dirigida e cinesiterapia. Até 2018 sem novas intercorrências respiratórias e mesma imagiologia. Em abril de 2018 estabilização dos aspectos endoscópicos, com secreções mucopurulentas na árvore brônquica (*K. pneumoniae ozaenae* e *P. aeruginosa*).

**Discussão:** A TO é subdiagnosticada, podendo ser sugerido em TC Tórax, mais frequentemente perante achados broncoscópicos e histologia. Não estando preconizado nenhum tratamento específico, institui-se maioritariamente um tratamento sintomático. A possibilidade de intercorrências infecciosas ou eventuais neoplasias, impli-

ca seguimento atento. A terapêutica broncoscópica pode estar indicada em lesões que comprometam a permeabilidade da via aérea.

**Palavras-chave:** Tosse. Traqueobroncopatia osteocondroplástica. Broncoscopia. Doenças da traqueia.

#### P41. NA ORIGEM DO PNEUMOTÓRAX RECIDIVANTE, UM DIAGNÓSTICO RARO?

S. Guerra, J. Vale, M. Conceição, A.D. Cunha, J.B. Correia, T. Abrantes, J.P. Silva, M. Sousa, A.S. Torres

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

**Introdução:** A fibroelastose pleuropulmonar (FEPP) foi recentemente classificada como Pneumonia Intersticial Idiopática rara, caracterizada por fibrose pleural e subpleural, predominantemente nos lobos superiores. Os sintomas mais comuns são a dispneia e tosse seca, sendo comumente associado o pneumotórax espontâneo ou secundário. Poderão contribuir para a patogénese mecanismos autoimunes, predisposição genética ou infeções pulmonares recorrentes. O diagnóstico é estabelecido por parâmetros radiológicos e histopatológicos. Na tomografia computadorizada (TAC) de tórax com espessamento pleural, densidades nodulares ou reticulares subpleurais, afetando mais os lobos superiores. Na biópsia, fibrose pleural e do parênquima subpleural, com padrão septal de elastose e fibrose intra-alveolar.

**Caso clínico:** Mulher de 41 anos, caucasiana, administrativa, ex-fumadora de 20 unidades maço-ano, com antecedentes de síndrome depressivo. Sem história pessoal ou familiar de patologia pulmonar. Sem exposição ocupacional ou ambiental. A 11/2016 desenvolve um pneumotórax espontâneo primário ápico-caudal direito, com necessidade de drenagem torácica. Posteriormente, seguida em consulta de Pneumologia, tem TAC de tórax com discretas alterações de enfisema do tipo centrilobular e densidades lineares em ambos os vértices pulmonares. Um ano após, recorre ao Serviço de Urgência por toracalgia súbita no vértice do hemitórax direito, sem outra sintomatologia. A telerradiografia de tórax revelou pneumotórax de pequeno volume apical direito, optando-se por medidas conservadoras, com melhoria clínica. Realizou posteriormente, tratamento cirúrgico com abração pleural e ressecção em cunha no ápex pulmonar direito. O estudo anátomo-patológico mostrou espessamento fibroelástico dos septos interlobulares e alguns espaços alveolares; junto à pleura com aumento da rede fibroelástica. Correlacionando os achados, foi diagnosticado FEPP. O estudo funcional respiratório revelou diminuição ligeira da capacidade de difusão (67%). A IgE específica para *Aspergillus* negativa,  $\alpha$ 1-antitripsina normal e ANA positivo 1/160 padrão granular, sugerindo mecanismo autoimune subjacente. A nova TAC de tórax revelou discretas alterações de enfisema centrilobular de predomínio superior, sem relevante espessamento pleural apical ou distorção arquitetural. Atualmente, a doente mantém vigilância com estabilidade clínica.

**Discussão:** Embora considerada uma patologia rara, cada vez mais se questiona o subdiagnóstico da FEPP. Trata-se de um diagnóstico diferencial a considerar quando a fibrose pulmonar predomina no lobo superior, e que devemos estar alerta, pelas possíveis complicações da sua progressão.

**Palavras-chave:** Fibroelastose pleuropulmonar. Pneumonia Intersticial Idiopática. Pneumotórax.

#### P42. ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA NO JOVEM E NO IDOSO

L. Gomes, E. Dias, C. Rodrigues

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

**Introdução:** A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença degenerativa do neurónio motor, progressiva e letal, de etiologia

desconhecida, que se caracteriza pela atrofia progressiva dos músculos do corpo, atingindo membros superiores e inferiores, fala e deglutição. Atinge principalmente pessoas na faixa etária de 40 a 60 anos, embora em alguns casos, cerca de 5%, possa manifestar-se a partir da segunda década de vida. Perante o desconhecimento etiológico da doença muitos investigadores questionam a possibilidade de existirem fatores de risco exógenos na sua génese.

**Casos clínicos:** Os autores apresentam 2 casos clínicos de doentes com diagnóstico de ELA, com aspetos em comum, mas diferentes manifestações e evolução. O primeiro caso é de uma jovem, com diagnóstico de ELA aos 20 anos, estudante e jogadora de futebol. Manifestação inicial da doença com fraqueza muscular generalizada, dificuldade na fala e deglutição. Tem atualmente 6 anos de evolução da doença, sem capacidade de deambular de forma autónoma, recusa frequentemente a ventilação não invasiva, mas mantém-se sem critérios gasométricos de hipoventilação. O segundo caso clínico é de um doente com diagnóstico de ELA aos 72 anos, reformado de serviços administrativos e jogador de futebol profissional durante 13 anos. Manifestação inicial da doença com fraqueza muscular e dificuldades na fala. Atualmente com 2 anos de evolução, deambula de forma autónoma, mas sem capacidade de deglutição ou fala. Dependente da ventilação não invasiva.

**Discussão:** Os casos apresentados pretendem tornar relevante o atingimento da doença em faixas etárias pouco frequentes (20 e 72 anos), com evolução não linear e distinta entre eles. Em comum, apresentam o facto de ambos serem jogadores de futebol. Alguns trabalhos publicados evidenciam alta incidência da doença em desportistas profissionais, nomeadamente jogadores de futebol. Ainda não está esclarecido o mecanismo que leva a esta associação, mas aponta-se que o trauma físico sucessivo, com estimulação contínua dos mecanismos inflamatórios possa estar na génese da doença, em conjunto com outros fatores de risco. A evolução da doença é variável; apesar dos músculos respiratórios e a insuficiência respiratória não serem manifestações iniciais, estão invariavelmente presentes no fim da doença.

**Palavras-chave:** Esclerose lateral amiotrófica. Fraqueza muscular. Ventilação não invasiva. Insuficiência respiratória.

#### P43. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE UMA MIOPATIA

M.J. Pereira, B. Ramos, G. Gonçalves, L. Negrão, M.J. Matos

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

**Introdução:** As miopatias caracterizam-se por fraqueza muscular e podem ter origem genética ou adquirida, com etiologia infecciosa, endócrina, inflamatória, metabólica ou induzida por fármacos. Podem atingir os músculos respiratórios com consequente compromisso ventilatório. Uma avaliação cuidadosa da história clínica, dos sinais e sintomas de hipoventilação alveolar e da função pulmonar são fundamentais para uma correta abordagem diagnóstica e terapêutica.

**Caso clínico:** Mulher de 60 anos, caucasiana, não fumadora, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial, adenoma hipofisário, doença de Cushing, diabetes mellitus tipo 2, osteopenia, obesidade, dislipidemia, bócio multinodular, doença do nó sinusal e medicada com perindopril/amlodipina, furosemida, metformina, nebivolol e atorvastatina. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispnéia para pequenos esforços, de agravamento progressivo com cerca de uma semana de evolução. Na admissão apresentava insuficiência respiratória (IR) tipo 2, sem alterações à auscultação pulmonar, analiticamente sem elevação dos parâmetros inflamatórios e a na radiografia do tórax observou-se elevação marcada das hemicúpulas diafragmáticas. Foi admitida no Serviço de Pneumolo-

gia para estudo e continuação de cuidados. Por agravamento da IR com acidemia iniciou ventilação não invasiva (VNI) por pressão positiva binível, modo espontâneo/temporizado. Ao exame objetivo completo, a doente apresentava uma diminuição da força muscular dos membros superiores (grau 4) com sinal de Gowers positivo. As provas de função respiratória revelaram um síndrome ventilatório restritivo grave, com diminuição de 23% da capacidade vital na transição de sentada para deitada, e diminuição acentuada das pressões máximas respiratórias. A eletromiografia foi negativa e a biópsia muscular revelou uma miopatia não específica. Foi também excluída doença de Pompe. Uma das hipóteses levantadas é que se possa tratar de miopatia grave secundária à Doença de Cushing, no entanto fez-se despiste de outras miopatias de origem genética através de next-generation sequencing. Neste momento, a doente encontra-se clinicamente estável sob VNI nocturna.

**Discussão:** Apesar desta doente apresentar vários fatores de risco e co-morbilidades que facilmente explicam o quadro agudo, o que é certo é que se tratou de um episódio inaugural de uma miopatia, pelo que os autores reforçam a importância da realização de um exame objetivo pormenorizado e o alerta para a exclusão de patologia neuromuscular na IR aguda ou crónica.

**Palavras-chave:** Acidemia respiratória. Miopatia. Ventilação não invasiva.

#### P44. DPOC, A REALIDADE NUMA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

D. Anes

*USF Pulsar, Coimbra.*

**Introdução:** Figurando já entre as principais causas de morte, a DPOC, deve ter particular atenção a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). No entanto, apresenta ainda uma elevada proporção de subdiagnóstico e paralelamente existe também evidência de sobrediagnóstico decorrendo de situações em que o diagnóstico se baseia exclusivamente em elementos de ordem clínica.

**Objetivos:** Determinar a prevalência de DPOC numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e caracterizar os utentes quanto ao diagnóstico, tratamento e seguimento.

**Métodos:** Estudo observacional transversal. A amostra corresponde aos utentes da USF Pulsar com codificação R95 nos problemas ativos. Após obtenção da lista de utentes elegíveis procedeu-se à recolha dos dados: sexo, idade, tabagismo, espirometria, imunizações, terapêutica e seguimento, através da consulta do SClínico®, PEM® e PDS®. O registo e análise descritiva das variáveis foi efetuada em base de dados construída com recurso ao Excel 2016®, durante abril de 2018.

**Resultados:** Identificados 139 utentes com DPOC, correspondendo a uma prevalência de 0,03% (em utentes > 40 anos). Idades compreendidas entre 28 e 94 anos (média 70,4 anos). 62,6% eram do sexo masculino. 23% fumadores e 25,9% ex-fumadores. 49% apresentava pelo menos um resultado de espirometria, mas em nenhum caso estavam registados concomitantemente FVC, FEV1 e FEV1/FVC pré e pós broncodilatação. Apenas 33,8% das espirometrias tinham registo do FEV1/FVC, o qual era > 0,7 em 56,5% dos casos. 57,6% dos doentes faziam terapêutica farmacológica e 5% do total oxigenoterapia de longa duração. Quanto às imunizações: 45,3% fez vacina antigripal no último ano e 32,4% vacina antipneumocócica.

**Conclusões:** Verifica-se que ainda existe muito a fazer pelos doentes com DPOC nos CSP. A prevalência é muito inferior ao esperado, a avaliação por espirometria e o registo destas fica muito aquém do que é desejável. Pela análise dos resultados é possível que exista sobrediagnóstico. São necessárias medidas para inverter a situação, sendo este trabalho um ponto de partida para mudar o panorama da DPOC nesta USF.

**Palavras-chave:** DPOC. Cuidados de saúde primários.

#### P45. QUESTIONÁRIOS DE DISPNEIA NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA-IMPLICAÇÕES NA SUA CLASSIFICAÇÃO

A.R. Laranjeiro<sup>1</sup>, C.R. Cordeiro<sup>1,2</sup>, A.J. Ferreira<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença heterogénea muito prevalente e com impacto elevado na morbimortalidade. Os instrumentos usados para classificar a DPOC revelam diferentes resultados, levando a possível sub ou sobretratamento.

**Objetivos:** Atendendo às atuais recomendações da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) de 2017, o objetivo deste estudo é contribuir, a nível nacional, para compreender a concordância entre o *COPD Assessment Test* (CAT) e o *modified Medical Research Council scale* (mMRC) na categorização dos doentes de acordo com o novo sistema de classificação GOLD, bem como compreender as características que influenciam as diferenças.

**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, realizado no Serviço de Pneumologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, durante um mês. Os questionários CAT e mMRC, foram administrados apenas uma vez, no mesmo dia e pelo mesmo entrevistador. A análise estatística incluiu teste t para amostras independentes (variáveis contínuas), teste qui-quadrado (variáveis categóricas), correlação de Spearman, ANOVA a um fator e kappa de Cohen.

**Resultados:** Avaliando a classificação dos 30 doentes de acordo com as duas escalas utilizadas, obteve-se uma correlação global de Spearman elevada ( $\rho = 0,693$ ), uma concordância kappa substancial ( $k = 0,635$ ) e associação positiva com ANOVA a um fator. Comparando os subgrupos concordante e discordante, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, tanto nas variáveis contínuas como nas categóricas. Foram também demonstradas correlações fracas ou moderadas entre mMRC e limitação do fluxo aéreo, idade e exacerbações, entre CAT e exacerbações e também entre idade e exacerbações.

**Conclusões:** De forma similar a estudos prévios, o nosso estudo demonstrou que a escolha do questionário pode alterar a categoria GOLD, uma vez que o CAT e o mMRC não se comportam de forma idêntica na distinção dos grupos sintomáticos (26,7% da nossa amostra foi classificada de forma diferente). As diferenças nas características dos doentes não parecem ser estatisticamente significativas para produzir resultados consistentes. São necessários estudos longitudinais adicionais, com padronização, em outras populações, maior tamanho da amostra, história de exacerbação documentada e dados de mortalidade, para validar os nossos resultados e melhorar a precisão na estimativa da concordância entre CAT e mMRC.

**Palavras-chave:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. DPOC. CAT. mMRC.

#### P46. APNEIA CENTRAL DO SONO EM CONTEXTO FARMACOLÓGICO

C.M. Cabo, M.J. Pereira, A. Catarino, S. Freitas, M.J. Matos

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

**Introdução:** A Síndrome de Apneia Central do Sono pode ter como causa um grupo heterogéneo de doenças, sendo a mais comum a patologia cardíaca com respiração de Cheyne Stokes. Da iatrogenia medicamentosa destacam-se os opióides. A epilepsia associa-se a alterações de sono, nomeadamente insónia e hipersonolência diurna, e cerca de 3,7% dos doentes têm apneias centrais. Os fármacos anticonvulsivantes, por seu lado, também podem alterar a normal arquitetura do sono.

**Caso clínico:** Homem, 71 anos, enviado à consulta de Patologia do Sono por sono não reparador, queixas de roncopatia, dificuldade respiratória e apneias documentadas, apresentando uma escala de Epworth de 0. Trata-se de doente ex-fumador com antecedentes pessoais de epilepsia seguido em consulta de Neurologia desde 2009, doença cardíaca isquémica, hipertrofia benigna da próstata, diabetes mellitus tipo 2 e nódulos tireóideus. Medicado com tansulosina, fenitoína, aspirina e finasterida. Realizou neste contexto EEG de vigília e sono diurno espontâneo que mostrou traçado prolongado incluindo vigília e sono natural (N1 e N2), boa estrutura do ritmo de base e atividade paroxística focal em sono II. No Estudo Poligráfico do Sono, nível 1, realizado em Dezembro de 2014, documentaram-se predominantemente apneias centrais e mistas (RDI 67, IAH 57,4); latência ao sono aumentada por insónia inicial bem como macroestrutura do sono muito fragmentada sem ciclos definidos e com período de insónia intermédia provavelmente devido ao *efeito de primeira noite*. Foi colocada a hipótese de iatrogenia por utilização crónica de fenitoína, associada a alterações no contexto da patologia de base. Este fármaco foi substituído por levetiracetam 500 mg duas vezes por dia com melhoria franca do quadro inicial. O doente foi proposto para polissonografia de controlo que recusou por se encontrar clinicamente bem com regressão das queixas noturnas. Mantem seguimento em consulta de Neurologia com bom controlo da epilepsia.

**Discussão:** Os autores destacam a complexidade dos distúrbios do sono, nomeadamente das apneias centrais, sendo por vezes difícil estabelecer uma causa para estas situações. Reforçam a importância da multidisciplinaridade nesta área e da necessidade de estar atento à iatrogenia de fármacos que atuam no sistema nervoso central na arquitetura do sono e no padrão respiratório noturno.

**Palavras-chave:** Apneia. Central. Fenitoína. Sono.

#### P47. ASMA E TOSSE ARRASTADA COM EXPECTORAÇÃO HEMOPTÓICA-UM CASO CLÍNICO

C.L. Alves, M.I. Ferreira, C.F. Longo, F. Rodrigues

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

**Introdução:** As micobactérias atípicas são agentes raros de doença pulmonar, mas de diagnóstico cada vez mais frequente. A doença afecta predominantemente doentes com imunodeficiência, mas pode afectar imunocompetentes com ou sem doença pulmonar prévia, o que fica evidente neste caso de asma e *Mycobacterium fortuitum* com expressão pulmonar.

**Caso clínico:** 43 anos, sexo feminino, raça negra, natural de Cabo Verde. Seguida em consulta de Asma Grave, com controlo de doença. A 10/2016 inicia quadro de tosse produtiva com expectoração purulenta e hemoptóica. A telerradiografia de tórax revela hipotransparência para-hilar bilateral; análises sem elevação de parâmetros inflamatórios. A TAC de tórax realizada previamente a 08/2016 revelava bronquiectasias com atelectasia do lobo médio e língula. Admitiu-se pneumonia da comunidade e iniciou antibioterapia com amoxicilina e clavulanato e programa de reabilitação. Na reavaliação a 03/2017 mantinha quadro sobreponível. Iniciou levofloxacina oral e repete TAC tórax com achados sobreponíveis. Após múltiplas colheitas de expectoração para exame directo e cultural, sem isolamento de agente, realiza broncofibroscopia que revela espessamento do brônquio lobar médio com broncorreia purulenta. Em 08/2017 por isolamento nas secreções brônquicas de *Mycobacterium fortuitum* inicia esquema duplo com levofloxacina e claritromicina. Um mês depois à data da reavaliação, doente com evolução clínica e radiológica favorável (desaparecimento de atelectasia do lobo médio em TAC).

**Discussão:** Perante um quadro de tosse produtiva arrastada, hemoptóica, associada a quadro consumptivo é fulcral a realização de diagnóstico diferencial com doença a micobactérias atípicas. Só assim se pode evitar a demora até obtenção de diagnóstico, que neste caso e mesmo após várias tentativas de isolamento de agente

em exames culturais expectoração, só foi possível 10 meses após o início dos sintomas e após isolamento do microorganismo nas secreções brônquicas. Este diagnóstico diferencial torna-se ainda mais peremptório em doentes com patologia pulmonar prévia, como esta doente, nos quais a frequência de doença a micobactérias atípicas é mais elevada.

**Palavras-chave:** *Micobactérias atípicas. Mycobacterium fortuitum. Bronquiectasias do lobo médio. Tosse crónica.*

#### P48. PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO E FATORES DE RISCO

E. Dias<sup>1</sup>, A.F. Costa<sup>1</sup>, L. Santos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia B; <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução:** O pneumotórax espontâneo primário (PEP) não está associado a nenhuma doença pulmonar subjacente e ocorre principalmente em jovens. Os doentes apresentam dor torácica de início súbito, associada ou não a dispneia. O PEP tem como principal causa a rotura de uma pequena bolha enfisematosa subpleural (*bleb*) ou de uma lesão enfisematosa parasseptal subpleural (*bullae*). Os fatores de risco incluem tabagismo, sexo masculino e pessoas altas e magras. Vários estudos demonstraram que doentes com pneumotórax espontâneo primário fumavam consideravelmente mais do que pessoas normais.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência de fumadores e doentes com alterações enfisematosas em doentes com o primeiro episódio de PEP.

**Métodos:** Consulta de processos clínicos de doentes com um primeiro episódio de PEP internados no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra entre 1/1/2007 e 30/6/2017.

**Resultados:** 122 doentes foram admitidos no nosso Hospital com um primeiro episódio de PEP entre 1/1/2007 e 30/6/2017. A média de idades foi de 30,3 anos (mínimo 16, máximo 84) e 78,7% (n = 96) eram do sexo masculino. Quanto aos hábitos tabágicos, 56,6% (n = 69) eram fumadores, enquanto 18% (n = 22) eram ex-fumadores. De 8 doentes não havia informação e 18,9% (n = 23) eram não-fumadores. No que concerne às alterações imagiológicas, 43,4% (n = 53) dos doentes apresentavam *blebs* e 13,1% (n = 16) tinham enfisema parasseptal subpleural. Quanto aos restantes, 17,2% (n = 21) não tinham alterações enfisematosas e os restantes não possuíam essa informação.

**Conclusões:** No nosso estudo, 74,6% dos doentes eram fumadores ou ex-fumadores, o que está de acordo com o já mencionado. Mais de metade (56,5%) dos doentes dos quais foi possível adquirir esse tipo de informação clínica, apresentavam alterações enfisematosas em provável relação com a origem do pneumotórax. Outro dado que coincide com o que se verificou em estudos consultados, consiste no facto de 78,7% dos doentes serem do sexo masculino.

**Palavras-chave:** *Pneumotórax espontâneo primário. Tabagismo. Alterações enfisematosas.*

#### P49. HÉRNIA DE MORGAGNI-A IMAGIOLOGIA COMO PILAR FUNDAMENTAL DO DIAGNÓSTICO

M.P. Valério, D. Rodrigues, C. Ferreira

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

**Introdução:** A hérnia de Morgagni é uma patologia rara representando cerca de 2% de todas as hérnias congénitas diafragmáticas. É caracterizada pela herniação de conteúdo abdominal (epíplon, cólon transverso ou estômago mais frequentemente) pelo fóramen de Morgagni.

**Caso clínico:** Doente de 45 anos, sexo masculino, antecedentes de tuberculose pleural à esquerda há 25 anos e de hipertensão arterial.

Não fumador, emprego em fabrica de vidro. Recorre ao serviço de urgência (SU) por quadro arrastado com 3 semanas de evolução de tosse produtiva com expectoração muco-purulenta, toracalgia anterior, dispneia e hipersudorese. Desde o início do quadro tinha cumprido ciclo de antibiótico de 8 dias e acetilcisteína com melhoria inicial. Novo agravamento progressivo, pelo qual recorreu ao SU. À observação hemodinamicamente estável, apirético e saturação de O<sub>2</sub> de 98%, com crepitações bibasais e murmúrio vesicular diminuído na base esquerda à auscultação. Sem alterações analíticas e radiografia do tórax com opacidade relativamente homogénea que ocupa a metade inferior do hemicampo pulmonar direito, com limites superiormente bem definidos e esboço de imagens hipertransparentes na sua porção mais anterior. Pedida TC-tórax: presença de volumosa hérnia de Morgagni, com conteúdo adiposo e cólon com atelectasia discal do lobo médio associada, presença de imagens de opacidades em vidro despolido, com distribuição centrilobular, provavelmente de natureza inflamatória/infecciosa. Portanto, doente com pneumonia adquirida na comunidade e com hérnia diafragmática congénita. Tratado com antibioterapia e encaminhado para consulta de cirurgia. Realizada cirurgia com redução do conteúdo herniário e colocação de prótese de dupla face com *tacks*, com restauração da normal anatomia diafragmática.

**Discussão:** As hérnias de Morgagni, apesar de congénitas, podem ser assintomáticas, sendo que neste doente constituiu um achado incidental em contexto de ida ao serviço de urgência por patologia aguda. Este caso clínico tem interesse pelo facto de que devemos sempre investigar alterações radiológicas, mesmo que já presentes em radiografias anteriores, principalmente se estas apresentarem características atípicas e em doentes jovens. De realçar que a realização de TC-torácica, incomum em contexto de urgência por patologia médica, foi de extrema importância para o célere diagnóstico do doente e sua posterior orientação terapêutica.

**Palavras-chave:** *Hérnias congénitas diafragmáticas. Hérnia de Morgagni. Imagiologia.*

#### P50. SIBILÂNCIA PARA ALÉM DA ASMA

M. Pereira, C. Sousa, E. Brysch, F. Ferro, A. Lopes, L. Carvalho, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Os sibilos decorrem do estreitamento ou obstrução parcial das vias aéreas, sendo a Asma brônquica uma das causas mais frequentes associadas a sibilância. Apesar disso, outras causas podem cursar com a presença deste sinal. Os autores apresentam o caso de uma doente com 52 anos, natural de São Tomé com antecedentes pessoais de Asma brônquica que recorreu ao SU por quadro com um dia de evolução caracterizado por tosse seca, dispneia e toracalgia bilateral agravada com a tosse. Negava febre ou outras queixas. Dos exames complementares de diagnóstico efetuados no SU de realçar discreta elevação da PCR 1,07 mg/dL. A radiografia de tórax não apresentava imagens sugestivas de condensação ou alterações pleuroparenquimatosas de novo. Ficou internada no Serviço de Pneumologia com o diagnóstico de Asma agudizada. Durante o internamento, por ausência de melhoria sintomática e manutenção de sibilância mais audível no hemitorax esquerdo, foi solicitada avaliação com TC-tórax que veio a revelar estrutura de densidade cálcica, linear, com procidência no brônquio principal, fazendo suspeitar da presença de eventual corpo estranho. Fez de seguida broncofibroscopia que demonstrou a presença de corpo estranho encravado no esporão de divisão do brônquio principal, que foi extraído e enviado para exame histológico que confirmou a presença de tecido ósseo. Este caso permite realçar a importância da suspeição clínica e do valor da imagiologia no diagnóstico diferencial, neste caso de agudização da asma.

**Palavras-chave:** *Asma. Sibilos. Corpo estranho.*

**P51. UMA CAUSA RARA DE MEDIASTINITE NO ADULTO**

M. Pereira, C. Antunes, M. Alvoeiro, F. Paula, F. Froes

*Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** A mediastinite é uma entidade pouco frequente, que pode ser fatal e uma das suas causas menos frequente no adulto é a lesão química por perfuração faríngea devido a corpo estranho ingerido acidentalmente.

**Caso clínico:** Os autores apresentam um caso de uma mulher com 72 anos, residente nos Açores, que recorreu ao Serviço de Urgência por disfonia, disfagia e odinofagia após engasgamento com osso de galinha. Foi observada por otorrinolaringologia (ORL) que procedeu à extração de 4 espículas ósseas com 5cm. Por persistência da sintomatologia regressou 24 horas depois à Urgência, tendo-se verificado lesão residual da parede posterior da hipofaringe com corpo estranho não passível de remoção endoscópica. A avaliação imagiológica com TAC torácica e cervical evidenciou enfisema subcutâneo cervical e torácico com pneumomediastino. Por necessidade de intervenção cirúrgica torácica e ORL, não disponível no hospital da área de residência, a doente foi entubada, ventilada invasivamente e transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos (UCIMC) do Hospital Pulido Valente. Na avaliação pré-operatória confirmou-se perfuração faríngea por corpo estranho com abscesso cervical, mediastinite, pneumomediastino e insuficiência respiratória parcial. Procedeu-se a remoção cirúrgica de 1 osso de galinha com 5cm, drenagem do mediastino médio e anterior e do abscesso cervical. A doente apresentou uma boa evolução clínica, manteve antibioterapia durante 7 dias, com alta da UCIMC e posteriormente para o domicílio sem necessidade de aporte de oxigénio suplementar.

**Discussão:** A mediastinite é uma complicação grave e apesar da sua baixa incidência está associada a uma elevada mortalidade. A lesão química por perfuração faríngea no adulto é rara. A suspeição clínica é fundamental para uma atuação rápida que passa pela correção da causa, controlo do foco e antibioterapia. Neste caso clínico a remoção do corpo estranho só foi possível por via cirúrgica e após transferência hospitalar.

**Palavras-chave:** Mediastinite. Corpo estranho.

**P52. DÉFICE DE  $\alpha_1$ -ANTITRIPSINA E ASMA - CASO CLÍNICO**

M. Conde, A. Vale, B. Conde, C. Parra, A. Fernandes

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

**Introdução:** O défice de  $\alpha_1$ -antitripsina (DAAT) é o distúrbio hereditário mais comum em adultos. Está associado com um risco aumentado de desenvolvimento de enfisema pulmonar e doença hepática. Estes doentes desenvolvem doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) em idades mais jovens, sendo por vezes erroneamente rotulados como asmáticos. As indicações para o rastreio desta doença, embora já estabelecidas para grupos de risco específicos, nem sempre são sistematicamente aplicadas.

**Caso clínico:** Doente de 54 anos, independente para as atividades da vida diária, residente em meio rural, sem exposições de relevo, não fumadora, com o diagnóstico de asma desde os 25 anos e história de infeções respiratórias de repetição em criança. Seguida em consulta externa de reumatologia desde 2014 por lúpus eritematoso sistémico (LES) provável, medicada com metotrexato. É enviada ao serviço de urgência de Pneumologia por clínica arrastada de infeção das vias aéreas inferiores e perda ponderal, apresentando tosse com expectoração purulenta. No TC tórax foram identificadas bronquiectasias bilaterais quísticas, com maior expressão nos lobos inferiores e lobo médio, bem como no segmento lingular inferior e manifestações enfisematosas bilaterais. Teve alta medicada com

antibiótico dirigido a bronquiectasias infetadas, com manutenção de seguimento em consulta para investigação da etiologia das mesmas. Em consulta, doente apresentou-se com resolução da clínica infecciosa, agora com queixas de episódios esporádicos de tosse hemetizante, sem outra sintomatologia. Do estudo efetuado, foi identificado um DAAT e uma obstrução moderadamente grave com prova de broncodilatação positiva. Prosseguiu-se então com estudo genotípico, tendo sido identificada uma mutação ZZ. Atualmente sob terapêutica de substituição.

**Discussão:** Estima-se que uma grande proporção dos indivíduos com DAAT não têm diagnóstico, o que impossibilita uma abordagem terapêutica eficaz e pode condicionar a evolução da doença para formas com compromisso estrutural e funcional grave. O presente caso pretende alertar para a pertinência do rastreio DAAT em grupos específicos, nomeadamente em doentes jovens asmáticos, com obstrução fixa e difícil controlo da doença com tratamento broncodilatador ou em asma com diagnóstico em idade adulta.

**Palavras-chave:** Défice de  $\alpha_1$ -antitripsina. Asma.

**P53. ÍNDICE DE MASSA CORPORAL, FEV1 E EXACERBAÇÕES EM DOENTES COM DPOC**

E. Seixas, G. Teixeira, P. Ferreira, A. Saraiva

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga.*

**Introdução:** A DPOC é uma doença comum, prevenível e tratável, sendo a 4ª causa de morte no mundo. O FEV1 é um parâmetro importante na predição de mortalidade e hospitalizações. Existe evidência na DPOC que o Índice de Massa Corporal (IMC) tem relação inversa entre gravidade e mortalidade. Além da associação dos doentes caquéticos com IMC < 21 Kg/m<sup>2</sup> e maior mortalidade, vários estudos têm confirmado um “paradoxo da obesidade”, na qual os doentes com obesidade mais grave apresentam menor mortalidade.

**Objetivos:** Caracterização de uma coorte de doentes com DPOC e análise longitudinal do IMC e FEV1. Avaliação da relação entre FEV1, IMC e exacerbações.

**Métodos:** Estudo retrospectivo. Informação recolhida nos registos clínicos e exames complementares.

**Resultados:** Coorte de conveniência constituída por 40 doentes, predominantemente do sexo masculino (92,5%) com idade média de 66,3 anos (SD  $\pm$  10,5). Cerca de 50% eram ex-fumadores e 27,5% fumadores ativos no início do seguimento. O tempo médio de seguimento foi de 560,9 dias. As exacerbações ocorreram em cerca de um terço dos doentes (32,5%), das quais 63% foram consideradas moderadas ou graves. O FEV1 inicial médio era de 56,3% do previsto (SD  $\pm$  18,6%), com mínimo de 23,5% e máximo de 98,0%. Ao final do tempo de seguimento não se verificou alteração estatisticamente significativa neste parâmetro. Relativamente à biometria corporal o IMC médio inicial era de 27,1 kg/m<sup>2</sup>, (mínimo de 16,4 kg/m<sup>2</sup> e máximo de 39,6 kg/m<sup>2</sup>). Inicialmente 67,5% dos doentes tinham excesso de peso ou eram obesos, não tendo ao final do tempo de seguimento ocorrido alterações significativas (27,3 kg/m<sup>2</sup>, com mínimo 14,6 kg/m<sup>2</sup> e máximo de 39,6 kg/m<sup>2</sup>). Não foi encontrada relação significativa entre o IMC e a ocorrência de exacerbações. Não foi encontrada relação significativa entre a variação do FEV1 e o IMC.

**Conclusões:** Não foram encontradas relações significativas entre biometria corporal e exacerbações, nem entre o FEV1 e IMC. O tempo de seguimento curto e a dimensão da coorte podem ter contribuído para a ausência de diferenças significativas. O impacto da composição corporal ao nível do risco de mortalidade e das alterações de função/mecânica ventilatória justificam ser avaliados em coortes nacionais de maior dimensão e num panorama longitudinal mais espreado.

**Palavras-chave:** DPOC. FEV<sub>1</sub>. IMC. Exacerbações.

#### P54. PNEUMOTÓRAX: UM DIAGNÓSTICO OU UMA PISTA PARA O DIAGNÓSTICO?

R.E. Gomes, M. Barata, C. Monge, F. Menezes, J. Duarte

*Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta.*

**Introdução:** Os episódios de agravamento agudo da dispneia com necessidade de hospitalização em doentes com doença pulmonar difusa fibrosante são comuns. A suspeita de uma exacerbação aguda da doença é um diagnóstico de exclusão e outras causas devem ser investigadas.

**Caso clínico:** Homem de 71 anos, com antecedentes pessoais de doença intersticial fibrosante sob OLD a 2,5 L/min e prednisolona 10 mg, enfisema, SAOS sob ventiloterapia e tromboembolismo pulmonar crónico. Internado no Serviço de Pneumologia em Setembro de 2017 por infecção respiratória das vias aéreas superiores com agravamento da insuficiência respiratória parcial de base. Iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina com ácido clavulânico e claritromicina e aumentou oxigenoterapia para FiO<sub>2</sub> 31% e corticoterapia para prednisolona 40 mg. Realizou TC tórax à admissão que mostrava alterações compatíveis com doença pulmonar fibrosante já conhecida, sobreponível a estudo anterior e sem evidência de condensação parênquimatosa ou vidro-despolido, de novo. Ao 4º dia de internamento iniciou novo quadro clínico de agravamento da dispneia, com saturação arterial periférica de 80% sob oxigenoterapia e diminuição do murmúrio vesicular em todo o hemitórax direito. Realizou radiografia de tórax que revelou pneumotórax extenso à direita, sem desvio das estruturas mediastínicas, tendo sido colocado dreno 20Fr, que ficou oscilante e borbulhante, com expansão pulmonar completa na radiografia de controlo. Posteriormente observou-se melhoria clínica da dispneia, com recuperação da saturação arterial periférica. O doente cumpriu 10 dias de antibioterapia e retirou drenagem torácica ao 7º dia, tendo tido alta ao 17º dia, eupneico e com O<sub>2</sub> a 2,5 L/min.

**Discussão:** A particularidade deste caso reside no facto de um agravamento respiratório agudo nas doenças intersticiais poder estar associado a uma causa identificável, parenquimatosa ou extra-parenquimatosa, com tratamento específico, internamento mais curto e melhor prognóstico, quando comparada a uma exacerbação aguda da doença de base.

**Palavras-chave:** *Pneumotórax. Doença pulmonar difusa.*

#### P55. PNEUMOTÓRAX IATROGÉNICO EM DOENTE NEUROMUSCULAR: DIFICULDADES COM O USO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

J.N. Caldeira, S.R. Sousa, T. Costa, C. Rodrigues

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

**Introdução:** A ventilação não invasiva (VNI) é eficaz ao melhorar a qualidade de vida e a sobrevivência dos doentes neuromusculares. Pode, no entanto, ter complicações graves, de entre as quais se destaca o pneumotórax.

**Caso clínico:** Os autores reportam um caso de um doente do sexo masculino, de 30 anos, com antecedentes pessoais de distrofia muscular de Duchenne, dependente de VNI 24h/dia, utilizador de dispositivo de insuflação-exsuflação mecânica (MI-E) e portador de PEG, que recorreu ao serviço de urgência por agravamento da dispneia de base com 3 dias de evolução, associada a discreta tosse com expectoração mucoide. O modo ventilatório tinha sido alterado, recentemente, de pressão positiva binível S/T para pressão de suporte com volume médio assegurado. Uma telerradiografia do tórax evidenciou pneumotórax à direita. Foi colocado dreno torácico, inicialmente em aspiração passiva, trocada para ativa atendendo à parca evolução radiográfica. O dreno torácico foi mantido um total de 14 dias. A evolução clínica e radiológica mostrou persistência de pequena área de pneumotórax loculado no ápex direito, que não

agravou após clampagem do dreno. Atendendo às reduzidas dimensões e ao facto de não ter aumentado após clampagem, foi assumido como residual e o dreno foi retirado.

**Discussão:** Foi descrito um caso de pneumotórax em doente neuromuscular dependente de VNI e utilizador de dispositivo de MI-E. Considerando a gravidade desta patologia, e a pouca reserva muscular e ventilatória, reforça-se a necessidade da sua pronta exclusão nos doentes que apresentem agravamento da dispneia de base. A ventiloterapia crónica aliada às deformidades torácicas decorrentes das doenças neuromusculares, que podem levar a distorção da árvore brônquica e *air trapping*, poderão predispor à ocorrência de pneumotóraces.

**Palavras-chave:** *Pneumotórax. Ventilação mecânica não invasiva. Distrofia muscular de Duchenne.*

#### P56. BLEOMICINA-QUANDO A CURA NÃO VEM SÓ A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A.P. Fernandes, T.M. Alfaro, S. Freitas, M.A. Marques, C.R. Cordeiro

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

**Introdução:** A bleomicina é um fármaco antitumoral, usado frequentemente no linfoma de Hodgkin. A sua maior limitação consiste na possibilidade de causar fibrose pulmonar intersticial. Outras formas menos comuns de toxicidade pulmonar incluem a pneumonia organizativa e pneumonite de hipersensibilidade.

**Caso clínico:** Homem de 74 anos, diagnosticado com linfoma de Hodgkin, que realizou PET-CT para estadiamento, a qual foi compatível com doença linfomatosa em atividade com envolvimento ganglionar infra e supra-diafragmático, sem alterações no parênquima pulmonar. Foi iniciado tratamento com o esquema ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina) e aos 3 meses a PET-CT evidenciou resposta completa à terapêutica. Aos 5 meses de terapêutica, o doente referia dispneia de esforço e tosse seca de agravamento progressivo. A radiografia do tórax revelou extensas opacidades em banda nas bases pulmonares. Foi medicado com antibiótico sem resposta. Realizou nova PET-CT aos 6 meses, que demonstrou extensas densificações parenquimatosas bilaterais de novo, com formato em banda e poupando o espaço sub-pleural, com captação aumentada de FDG-F18. As provas funcionais respiratórias (PFR) demonstraram volumes normais e diminuição da DLCO (59,2%). Após referenciação a Pneumologia realizou lavado broncoalveolar (LBA) que evidenciou neutrofilia de 20%, sem identificação de agente patológico; a citologia do aspirado brônquico revelou abundantes membranas hialinas e as biópsias transbrônquicas mostraram infiltrado linfoplasmocitário, hiperplasia de pneumócitos tipo 2 e pólipos inflamatórios miofibroblásticos compatível com toxicidade pulmonar à bleomicina. O doente suspendeu a bleomicina e iniciou corticoterapia, com melhoria clínica e radiológica.

**Conclusões:** Os autores pretendem alertar para o risco de toxicidade pulmonar induzida pela bleomicina, pelo que a avaliação periódica da função pulmonar é recomendada. Neste caso a forma de apresentação foi compatível com pneumonia em organização. O LBA com análise microbiológica e citológica permitiu a exclusão de infeção ou neoplasia, mas a biópsia foi essencial na confirmação do diagnóstico.

**Palavras-chave:** *Bleomicina. Pneumonia organizativa.*

#### P57. UM TUMOR INCOMUM - CASO CLÍNICO

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

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

**Introdução:** O carcinoma sarcomatóide é um tumor raro que pode ocorrer em vários órgãos e corresponde a menos de 1% dos tumores

pulmonares. Os carcinomas sarcomatóides pulmonares são carcinomas não pequenas células pouco diferenciados com predomínio no género masculino e cujo principal fator de risco é o tabagismo. São tumores agressivos com prognóstico sombrio.

**Caso clínico:** O caso clínico apresentado corresponde a um paciente, género masculino, 62 anos, grande fumador (52 unidades-maço-ano), ex-trabalhador em fábrica de tinturaria, que recorre ao médico assistente por quadro clínico com 4 meses de evolução caracterizado por dispneia progressiva para médios esforços, astenia, anorexia, perda ponderal (4 kg) e nas 2 semanas prévias ao internamento, tosse seca acessual de predomínio noturno acompanhada de temperaturas subfebris. Após ciclo de antibioterapia no médico assistente, por manutenção das queixas, realizou exames complementares de diagnóstico que revelaram volumosa massa no lobo superior do pulmão direito, sendo internado para estudo. Apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios, anemia normocrítica normocrómica e trombocitose. Realizou antibioterapia e múltiplas transfusões de concentrados de eritrócito, por agravamento progressivo da anemia, obtendo apenas resposta parcial. A tomografia por emissão de positrões revelou captação intensa de fluoro-desoxiglicose na massa pulmonar, em adenopatias mediastino-hilares direitas, medula óssea e em massa a nível do intestino delgado. O estudo anátomo-patológico obtido por biópsia pulmonar transtorácica guiada por tomografia computadorizada revelou tratar-se de um carcinoma de não pequenas células do pulmão-carcinoma sarcomatóide. Apresentou agravamento clínico progressivo sem capacidade funcional para iniciar quimioterapia e acabou por falecer 2 meses após o diagnóstico.

**Discussão:** Os autores apresentam o caso pela raridade deste tipo de tumor, pela metastização ao nível intestinal e medular e pela sua agressividade com rápido declínio funcional.

**Palavras-chave:** Carcinoma. Metastização. Sarcomatóide.

#### P58. AMILOIDOSE PULMONAR-UM DIAGNÓSTICO DE OCASIÃO...

A.A. Correia<sup>1</sup>, A.C. Raposo<sup>2</sup>, L. Fernandes<sup>3</sup>, M. Lopes<sup>3</sup>, M. Neto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCSP Montemor-o-Velho. <sup>2</sup>USF Cândido Figueiredo. <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital Distrital da Figueira da Foz.

**Introdução:** A amiloidose é um grupo heterogéneo de doenças caracterizado pela deposição de amiloide na matriz extracelular dos tecidos. Etiologicamente pode ser adquirida ou hereditária, sistémica ou localizada. A amiloidose pulmonar é rara e manifesta-se geralmente como amiloidose AL localizada. Os doentes são normalmente assintomáticos, com idade média de 67 anos, com prevalência ligeiramente maior no sexo masculino (3H:2M).

**Caso clínico:** Doente do género masculino, 77 anos, fumador desde os 12 anos (carga tabágica de 80 U.M.A.), com antecedentes patológicos de diabetes mellitus insulinotratada, hipertensão arterial, hiperuricemia, ansiedade e obesidade, que recorreu a consulta no Centro de Saúde por expetoração hemoptóica. Foi medicado com amoxicilina/ácido clavulânico 875/125 mg 2id, com melhoria sintomática e foram requisitados exames auxiliares de diagnóstico. Destes, destaca-se a TAC torácica que revelou várias adenopatias mediastínicas e hilares bilaterais, várias massas sub-pleurais dispersas (a maior na língula com 3 cm) associadas a um padrão de fibrose em “favo de mel” sub-pleural e múltiplas bolhas enfisematosas. Após referência hospitalar para a Pneumologia, o doente foi submetido a biópsia guiada por TAC seguida de biópsia cirúrgica (VATS - Video-Assisted Thoracoscopic Surgery). O estudo anatomopatológico revelou aspetos de amiloidose nodular pulmonar. Ao fim de 5 anos de seguimento e sem terapêutica dirigida, os nódulos pulmonares mantêm-se estáveis, com degradação funcional e clínica associada ao enfisema e padrão de fibrose.

**Discussão:** O diagnóstico de amiloidose pulmonar é raro e muitas vezes incidental, durante a investigação etiológica de alterações

radiológicas assintomáticas. A amiloidose pulmonar não se acompanha, geralmente, de sintomas nem de alterações laboratoriais sugestivas e este caso (amiloidose nodular) representa uma das formas de envolvimento pulmonar. A excisão cirúrgica pode determinar a cura, com excelente prognóstico, no caso de nódulos solitários e periféricos, mas neste caso dadas as alterações concomitantes e a presença de múltiplos nódulos, optou-se pela vigilância. Realça-se a importância de confirmar a ausência de amiloidose sistémica e fazer o diagnóstico diferencial com formações neoplásicas, sendo a biópsia fundamental.

**Palavras-chave:** Amiloidose. Pulmonar. Nodular.

#### P59. PNEUMONIA NECROTIZANTE: RELATO DE UM CASO

A. Vasconcelos<sup>1</sup>, E. Seixas<sup>1</sup>, T. Valente<sup>2</sup>, L. Andrade<sup>1</sup>, B. Rodrigues<sup>1</sup>, A. Saraiva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>2</sup>Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

**Introdução:** A pneumonia necrotizante (PN) é uma complicação incomum e grave da pneumonia bacteriana. Os patógenos mais comumente associados são: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* e *Klebsiella pneumoniae*. A sua gravidade depende do microrganismo causal, duração e grau de inflamação, mas também de fatores do hospedeiro, estando associado a estados de parcial imunossupressão, nomeadamente, alcoolismo, tabagismo, idade avançada, diabetes mellitus, ou doença pulmonar crónica.

**Caso clínico:** Mulher de 68 anos, com doença renal crónica e asma brônquica, foi admitida por tosse seca e dispneia com três dias de evolução. Objetivamente, com murmúrio vesicular globalmente diminuído e sibilância. Gasometria com insuficiência respiratória parcial. Analiticamente, sem elevação dos parâmetros inflamatórios e doença renal crónica agudizada. Radiologicamente, hipotransparência homogénea na base esquerda. No terceiro dia de internamento, aparecimento de tosse produtiva purulenta, com episódios de expetoração hemoptóica e febre intermitente. Analiticamente, leucocitose, neutrofilia [84%] e elevação da PCR [53,74 (N < 0,5)]. Colheu rastreio séptico e iniciou empiricamente ceftriaxone e azitromicina. Apesar da antibioterapia, apresentou agravamento clínico acentuado: polipneia, cianose labial, desorientação; febre mantida e ronos dispersos na auscultação pulmonar; hipotensão com resposta à fluidoterapia, aumento progressivo dos débitos de oxigenoterapia e, por fim, suporte ventilatório não invasivo. Radiologicamente, hidropneumotórax direito e consolidações heterogéneas nos 2/3 inferiores ipsilateralmente, esboço de cavitações na base esquerda e lesão escavada no vértice. Alterada antibioterapia, tendo iniciado piperacilina/tazobactam, linezolida e clindamicina. Foi identificado *Staphylococcus aureus* multisensível (MSSA) nas hemoculturas e no aspirado brônquico. TC torácica evidenciou múltiplas consolidações cavitadas, irregulares, abrangendo preferencialmente o pulmão direito, língula e lobo inferior esquerdo. Estabelecido o diagnóstico de sépsis por PN a MSSA, com evolução clínica favorável, apresentado na consulta de reavaliação melhoria radiológica significativa.

**Discussão:** Apresenta-se este caso pela sua raridade. A PN por *S. aureus* caracteriza-se por um início súbito e agravamento rápido dos sintomas, necessidade de suporte ventilatório, destruição necrótica de áreas do pulmão e ser precedida, habitualmente, por uma infeção vírica por *Influenzae*. Está descrito o papel da leucocidina Pantón-Valentine (PVL) na sua patogénese, mas outros fatores parecem estar associados, especialmente em pneumonias por estirpes PVL negativas. Apesar da elevada taxa de mortalidade, um tratamento adequado e precoce são fundamentais para prevenir a morbi-mortalidade.

**Palavras-chave:** Pneumonia necrotizante. *Staphylococcus aureus*.

**P60. PNEUMONIA EOSINOFÍLICA-UM CASO INCOMUM**

I. Rodrigues, A.C. Pimenta, B. Conde, A. Fernandes

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

**Introdução:** A pneumonia eosinofílica é uma síndrome rara e heterogênea, cuja etiologia, quando conhecida, pode ser um verdadeiro desafio diagnóstico.

**Caso clínico:** Mulher de 65 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, osteoporose e obesidade, medicada com perindopril + indapamina e ácido alendronico + colecalciferol. Recorre ao serviço de urgência por quadro de astenia, dispneia para pequenos esforços, tosse com expectoração mucopurulenta e febre com uma semana de evolução. Ao exame objetivo apresentava Taur: 38 °C; SpO<sub>2</sub>: 91%; auscultação pulmonar com roncospirais dispersos. A radiografia do tórax mostrava uma opacidade na base do hemitórax direito. A gasometria arterial evidenciava insuficiência respiratória tipo 1 com pO<sub>2</sub>: 56 mmHg e o estudo analítico não mostrava alterações de relevo. Realizou TC torácico, que evidenciava duas áreas consolidativas à direita e uma à esquerda, sem outras alterações. Foi assumida pneumonia bilateral multifocal e iniciou antibioterapia com amoxicilina + ácido clavulânico e azitromicina. Durante o internamento, a doente manteve a insuficiência respiratória e apresentou agravamento das alterações imagiológicas mesmo após dois ciclos de antibioterapia, pelo que realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar, cuja citologia e imunofenotipagem mostraram apenas ligeira linfocitose (18%), com relação CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>: 2.226, sem eosinofilia ou outras alterações. Realizou posteriormente biópsia pulmonar transtorácica, e foi iniciada empiricamente corticoterapia. Na mesma altura, por apresentar perfil hipertensivo, iniciou Lisinopril, com novo agravamento da insuficiência respiratória. O resultado anatomopatológico da biópsia revelou aspetos morfológicos compatíveis com pneumonia eosinofílica (de possível etiologia tóxica). A doente referiu que a dose de Perindopril tinha sido duplicada 2 meses antes do internamento, pelo que se suspendeu o IECA. Foram também excluídas outras causas de pneumonia eosinofílica. Dois dias depois do diagnóstico a doente mostrou vontade de voltar para casa, tendo tido alta contra parecer médico com altos débitos de O<sub>2</sub>, corticoterapia e suspensão do IECA. Durante as semanas seguintes, houve redução progressiva do O<sub>2</sub> em ambulatório pela melhoria das trocas gasosas, assim como resolução completa das alterações imagiológicas nos 4 meses subsequentes.

**Discussão:** Apesar de ser uma apresentação rara, diversos fármacos estão associados à pneumonia eosinofílica, entre os quais o IECA. Alterações recentes na medicação, associadas a consolidações pulmonares e eosinofilia sérica ou pulmonar devem levar à suspeição de doença induzida por fármacos.

**Palavras-chave:** *Pneumonia eosinofílica. IECA. Perindopril.*

**P61. PROVA TERAPÊUTICA NUM CASO DE PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA**P.B. Carlos<sup>1</sup>, C. Chaves<sup>2</sup>, A.C. Dionísio<sup>1</sup>, C. Gonçalves<sup>1</sup>, A. Gama<sup>1</sup>, L. Vicente<sup>1</sup>*<sup>1</sup>Serviço de Medicina Interna; <sup>2</sup>Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Cova da Beira.*

**Introdução:** Pneumonia organizativa criptogénica (COP), termo intercalável com bronquiólite obliterante com pneumonia organizativa (BOOP), traduz-se por doença pulmonar intersticial difusa idiopática de evolução subaguda ou crónica, caracterizada por evidência de tecido de granulação no lúmen bronquiolar e ductos alveolares.

**Caso clínico:** Homem, 86 anos, recorre ao Serviço de Urgência por quadro de síndrome gripal com uma semana de evolução associada a tosse não produtiva e dispneia, sem evidência de febre ou tora-

calgia. Sem antecedentes de relevo. À auscultação pulmonar murmúrio globalmente diminuído, sem ruídos adventícios audíveis. Radiografia tórax com imagem sugestiva de condensação lobo médio direito e infiltrado reticular na base esquerda. Analiticamente, apresentava-se com insuficiência respiratória tipo 1 (pO<sub>2</sub> 61) e PCR de 26,07, sem leucocitose nem neutrofilia. Internado por suspeita de pneumonia bilateral adquirida na comunidade sem agente identificado, iniciou empiricamente amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina com discreta melhoria clínica e analítica. Por manter dispneia e acessos frequentes de tosse não produtiva, realizou tomografia axial computadorizada torácica que revelou espessamento de septos interlobulares e área densa de parênquima pulmonar no lobo inferior direito sugestiva de processo inflamatório com padrão de vidro despolido adjacente, não se excluindo hipótese de BOOP. Após discussão com Pneumologista, iniciou-se prova terapêutica com metilprednisolona, com excelente resposta clínica num período de 3 dias. Alta completamente assintomático com esquema de desmame de corticoide.

**Discussão:** Na impossibilidade de realizar biópsia para confirmação diagnóstica, a associação de evidência imagiológica característica com clínica subaguda de tosse não produtiva e dispneia, que persiste após antibioterapia e apenas responsiva a corticoterapia, é um achado bastante sugestivo desta patologia. Contudo apresenta-se como um desafio diagnóstico, sendo necessária uma investigação aprofundada para exclusão de outras condições possivelmente associadas a pneumonia organizativa.

**Palavras-chave:** *Pneumonia organizativa criptogénica. Corticoterapia.*

**P62. OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO NA FIBROSE PULMONAR: CASO CLÍNICO**

T. Oliveira, F. Guedes

*Centro Hospitalar do Porto-Hospital de Santo António.*

**Introdução:** A oxigenoterapia nasal de alto fluxo (ONAF) tem emergido como possível alternativa à oxigenoterapia convencional e à ventilação não-invasiva (VNI) no suporte da insuficiência respiratória hipoxémica, bem como em cuidados paliativos respiratórios. Através de mistura aquecida e humidificada de ar e oxigénio, proporciona fluxos elevados e frações inspiradas de oxigénio (FiO<sub>2</sub>) fiáveis, com elevado conforto para os doentes.

**Caso clínico:** Mulher de 82 anos, autónoma, com história de tabagismo passivo pesado e pneumonia intersticial idiopática a condicionar dispneia mMRC1 e tosse não produtiva com cerca de quatro anos de evolução. Sem agudizações prévias, sem insuficiência respiratória crónica. Sem outras comorbilidades relevantes. Admitida no Serviço de Urgência por agravamento de dispneia até esforços mínimos, tosse irritativa, não produtiva, com um mês de evolução, sem resposta sustentada a dois ciclos prévios de antibioterapia empírica, e pico febril isolado. Analiticamente com parâmetros inflamatórios elevados e insuficiência respiratória hipoxémica ligeira. Radiografia de tórax sem imagens pleuroparenquimatosas agudas. Internada em Pneumologia sob antibioterapia empírica de largo espectro, broncodilatação e corticoterapia sistémica. Ao 5.º dia de internamento, apesar de evolução analítica favorável, agravamento da insuficiência respiratória e sinais de esforço respiratório de novo; TC torácica a evidenciar opacidades pulmonares em vidro despolido. Cumpridos critérios de exacerbação aguda de doença pulmonar difusa (DPD) fibrosante, por precipitante infeccioso, iniciaram-se bólus de metilprednisolona e VNI. Apesar de estabilidade clínica, persistência de hipoxemia muito significativa não corrigível por cânula nasal e dispneia para mínimos esforços. Efetuado *trial* de ONAF ao 10.º dia de internamento com fluxo 30 L/min e FiO<sub>2</sub> 35%, com correção imediata da hipoxemia e excelente tolerância pela doente. Ao 16.º dia de internamento, transição bem-sucedida para cânula nasal a 4 L/min, com que permaneceu durante 12 dias, pers-

petivando-se alta com oxigenoterapia convencional de longa duração. Agravamento clínico por intercorrência infecciosa nosocomial; a ONAF foi utilizada, por opção da doente, com intento paliativo. Óbito ao 40.º dia de internamento.

**Discussão:** A ONAF é eficaz, bem tolerada e utilizável fora do ambiente de doente crítico, tendo potencial papel na insuficiência respiratória por DPD exacerbada e na palição. A exequibilidade domiciliária desta terapêutica e a sua eficácia nas diferentes causas de insuficiência respiratória permanecem sob investigação.

**Palavras-chave:** Doenças pulmonares difusas fibrosantes. Oxigenoterapia nasal de alto fluxo. Insuficiência respiratória hipoxêmica. Cuidados paliativos.

### P63. ADENOCARCINOMA DO PULMÃO EM DOENTE COM ESCLEROSE SISTÊMICA

M.J. Pereira<sup>1</sup>, C. Cabo<sup>1</sup>, J. Freitas<sup>2</sup>, T. Nogueira<sup>2</sup>, A.L. Garcia<sup>2</sup>, P. Ferreira<sup>2</sup>, J. Bernardo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia A; <sup>2</sup>Centro de Cirurgia Cardiorádica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução:** A esclerose sistêmica (ES) consiste numa doença multissistêmica crônica do tecido conjuntivo, de etiologia desconhecida e caracteriza-se por graus variáveis de vasculite, inflamação e fibrose da pele e órgãos internos, envolvendo mais frequentemente o pulmão, o rim e o coração. A associação entre ES e cancro é rara mas conhecida, sendo o cancro do pulmão a neoplasia mais frequente nestes doentes.

**Caso clínico:** Mulher de 67 anos, caucasiana, não fumadora, com ES limitada diagnosticada há 20 anos, sem terapêutica imunossupressora, seguida em consulta de Pneumologia há cerca de 2 anos por nódulo solitário de 6mm no segmento superior do lobo inferior direito. Realizou TC tórax de reavaliação após 6 meses, tendo-se verificado crescimento da lesão para 9mm, sem outras alterações de relevo. Referenciada para Cirurgia Torácica com vista à realização de ressecção em cunha e respetivo exame extemporâneo. A TC craneo-encefálica realizada em tempo pré-cirúrgico não mostrou lesões expansivas e a cintigrafia óssea não revelou sinais de metastização óssea. O resultado anatomo-patológico foi compatível com adenocarcinoma minimamente invasivo, pelo que dado os antecedentes patológicos da doente optou-se pela realização de uma lobectomia inferior direita. A doente manteve vigilância clínica e imagiológica, sendo que após 12 meses de follow-up não se verificou sinais de recidiva tumoral.

**Discussão:** Salientamos este caso pela relação, apesar de rara, entre a ES e o cancro do pulmão e pela importância de uma vigilância pulmonar cuidadosa, em indivíduos com esta doença reumatológica. O risco acrescido de neoplasia pulmonar, cerca de 16.5 vezes superior ao da população geral, resulta do *status* inflamatório crónico que promove a transformação metaplásica e neoplásica do epitélio pulmonar bem como da terapêutica imunossupressora. A vigilância e intervenção precoce são a chave para atingir um prognóstico favorável nesta patologia.

**Palavras-chave:** Adenocarcinoma do pulmão. Esclerose sistêmica. Lobectomia.

### P64. GANGLIONEUROMA TORÁCICO MACIÇO COMO ACHADO INCIDENTAL

M.J. Pereira<sup>1</sup>, M.I. Matias<sup>1</sup>, J. Freitas<sup>2</sup>, T. Nogueira<sup>2</sup>, A.L. Garcia<sup>2</sup>, J. Bernardo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia A; <sup>2</sup>Centro de Cirurgia Cardiorádica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução:** O ganglioneuroma é um tumor benigno raro, mais frequente em idade pediátrica e com prognóstico favorável. Este tu-

mor é constituído por células ganglionares maduras e representa o estadio final de diferenciação de neuroblastos da crista neural embrionária. A excisão cirúrgica completa é o tratamento de eleição; no entanto, o tamanho e a localização do tumor necessitam ser avaliados para uma melhor abordagem cirúrgica.

**Caso clínico:** Mulher de 39 anos, fumadora de 40 unidades maço/ano, sem outros antecedentes patológicos, recorreu ao serviço de urgência por dor torácica persistente à esquerda com cerca de três dias de evolução. Ao exame objetivo não apresentava alterações de relevo. A radiografia do tórax mostrou uma grande opacidade no hemitórax esquerdo. Com vista ao estudo da massa pulmonar, realizou TC tórax com contraste que mostrou massa volumosa mediastínica superior esquerda de contornos lobulados e bem definidos, sem captação de contraste, envolvendo superiormente o eixo braquicefálico arterial em manga mas sem sinais de invasão vascular. Na tomografia por emissão de positrões com FDG-18F verificou-se a massa paravertebral esquerda com captação ligeira de FDG-18F, sem outras lesões hipermetabólicas. A doente foi submetida com sucesso à ressecção do tumor por toracotomia esquerda, tendo sido removido na sua totalidade. A peça cirúrgica consistia num tumor fibroso ovoide com 233 gramas, encapsulado, de 12 × 11 × 4,5 cm. A histopatologia revelou células ganglionares, fibras nervosas e células de Schwann em matriz mucosa e as células neoplásicas expressavam S100 e enolase neuro-específica, compatível com ganglioneuroma. O pós-operatório decorreu sem complicações.

**Discussão:** Os autores descrevem um caso raro de um ganglioneuroma torácico volumoso em idade adulta, alertando para a importância de considerar este diagnóstico diferencial em tumores do mediastino. Estes tumores são na sua maioria assintomáticos, no entanto podem originar sintomas compatíveis com o fenómeno compressivo devido à sua extensão. Embora a ressecção cirúrgica completa seja a melhor opção de tratamento, a ressecção em etapas deve ser considerada em tumores volumosos e/ou múltiplos, com *follow-up* constante.

**Palavras-chave:** Ganglioneuroma torácico. Tumores do mediastino. Cirurgia torácica.

### P65. PNEUMONIA ORGANIZATIVA: UM POSSÍVEL DIAGNÓSTICO ESCONDIDO POR TRÁS DE UM MAIS EVIDENTE

M. Barbosa, A. Ferreira, M. Carreira, A. Ribeiro, L. Melão, P. Lourenço

*Serviço de Medicina Interna, Hospital São João.*

**Introdução:** A pneumonia organizativa corresponde a um processo errático de cicatrização tecidual, idiopático ou secundário. Esta entidade clínica está associada a um padrão histológico característico, mas a sintomatologia, achados imagiológicos e anormalidades nas provas de função respiratória (PFR's) não específicos.

**Caso clínico:** Mulher, 69 anos, trabalhou no processo de corte de algodão durante 30 anos, DM tipo 2, HTA e obesidade. Não fumadora. Apresenta-se por dispneia com 1 semana de evolução e tosse produtiva. Objectivamente com FR 30 cpm, SatO<sub>2</sub> (FiO<sub>2</sub> 21%) 86% e auscultação pulmonar com diminuição global dos sons, sibilos e roncos dispersos, predominantemente na base pulmonar direita. Radiografia torácica: "opacidade na base pulmonar direita". Analiticamente elevação dos marcadores inflamatórios (16 mil leucócitos/ $\mu$ L e PCR de 115 mg/L), BNP de 109 pg/mL. Iniciada antibioterapia para pneumonia adquirida na comunidade, ceftriaxone e azitromicina. Rápida descida dos parâmetros inflamatórios e progressiva melhoria sintomática, mas manutenção da hipoxemia (50 mmHg de O<sub>2</sub> com FiO<sub>2</sub> de 21%). TC tórax revelou sinais de processo infeccioso e provável sobreposição de pneumonia do tipo organizativo. Biópsia transtorácica - colheita de apenas 2 fragmentos - pequeno fragmento de tecido muscular e fragmento de parênquima pulmonar sem alterações valorizáveis. Atendendo aos achados TC e hipóxia mantida às 2 semanas

de internamento, apesar de normalização dos parâmetros inflamatórios, iniciada prednisolona 0,75 mg/kg. Resolução da insuficiência respiratória hipoxémica ao 7º dia de corticoterapia (O<sub>2</sub> = 70 mmHg com FiO<sub>2</sub> 21%). Alta hospitalar com corticoterapia em desmame. Reavaliada em consulta externa, assintomática do foro respiratório, alteração ventilatória obstrutiva de grau ligeiro em PFRs. TC reavaliação aos 5 meses com parênquima pulmonar normal. Actualmente em fase final de desmame corticoterapia.

**Discussão:** Este caso demonstra a importância de não esquecer a possibilidade diagnóstica de pneumonia organizativa, que pode sobrepor-se a outros diagnósticos, condicionando a ausência de melhoria ou um curso clínico não expectável. A pneumonia organizativa, quando tratada de forma dirigida com corticoterapia, cursa com melhoria sintomatológica, radiológica e bom prognóstico.

**Palavras-chave:** *Pneumonia organizativa. Insuficiência respiratória hipoxémica.*

### P66. ENVOLVIMENTO PULMONAR PROGRESSIVO NA DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO-CASO CLÍNICO

J.D. Cardoso, A. Machado, C. Martins, C. Bárbara

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** A doença mista do tecido conjuntivo (MCTD) é uma doença autoimune reumatológica cujo diagnóstico é estabelecido pela presença de autoanticorpos contra U1 ribonucleoproteína (anti-RNP) associado a fenómeno de Raynaud, edema das mãos e ainda 2 das seguintes manifestações: artrite, miosite, linfopenia, disfunção esofágica, pleuresia, pericardite, doença pulmonar intersticial ou hipertensão pulmonar. Como se depreende o pulmão é um dos órgãos mais afetados pela MCTD, sendo um desafio diagnóstico.

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso de um homem de 60 anos, natural de Cabo Verde, reformado de pedreiro, não fumador, enviado em 2013 à consulta de Pneumologia por derrame pleural direito diagnosticado em estudo imagiológico. Foi submetido a toracocentese seguido de toracosopia para estudo do derrame, sendo o líquido pleural um exsudado com predomínio linfocitário, estudo microbiológico e citológico negativos e as biópsias pleurais sem evidência de neoplasia. Nessa data realizou estudo de autoimunidade que foi negativo e por resolução do derrame manteve-se em vigilância. Em janeiro de 2016 é admitido no serviço de urgência por insuficiência renal aguda realizando biópsia renal que evidencia glomerulonefrite crescêntica aguda associada a autoimunidade positiva com um título de anti-RNP de 300 e clinicamente com edema das mãos e Raynaud secundário. Em TC tórax apresentava alterações quísticas com perda da normal arquitetura pulmonar e formação bolhosa sem derrame pleural. Foi submetido a 6 ciclos de ciclofosfamida seguido de azatioprina e prednisolona com recuperação função renal. Em outubro 2016 nova recidiva de derrame pleural direito cujo estudo do líquido pleural foi compatível com exsudado e as biópsias pleurais negativas no estudo microbiológico e citológico.

**Discussão:** As manifestações torácicas ocorrem em 20 a 80% dos doentes com MCTD, contudo pela natureza transitória e autolimitada do derrame pleural o diagnóstico nem sempre é fácil e é o envolvimento de outros órgãos que permite o diagnóstico.

**Palavras-chave:** *Doença mista. Tecido conjuntivo. Anti-RNP. Derrame pleural.*

### P67. DOENÇA PULMONAR QUÍSTICA E DOENÇA TECIDO CONJUNTIVO - A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

J.D. Cardoso, J. Martins, A.C. Mendes, C. Bárbara

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** As doenças quísticas pulmonares são um grupo diversificado de patologias pulmonares caracterizadas pela presença de

múltiplas estruturas parenquimatosas esféricas regulares ou irregulares de parede fina que possuem uma interface bem definido com pulmão normal. Trata-se de uma condição clínica e radiológica pouco comum com uma grande quantidade de diagnósticos diferenciais. Apesar de doenças como a linfangioleiomiomatose, a histiocitose de células de Langerhans e a síndrome de Birt-Hogg-Dubé continuarem a ser o protótipo da doença quística, a presença de quistos pulmonares deve ser considerada nas doenças do tecido conectivo em especial na artrite reumatoide e na síndrome de Sjögren, desconhecendo-se os mecanismos fisiopatológicos envolvidos.

**Caso clínico:** Descrevemos dois casos. O primeiro de uma mulher de 60 anos com o diagnóstico de artrite reumatoide aos 30 anos de idade associado a síndrome de Sjögren secundário sob prednisolona e micofenolato de mofetil enviada a consulta de Pneumologia por apresentar no estudo imagiológico torácico “imagens quísticas extensas, irregulares e difusas e presença de padrão reticular”. O segundo de uma mulher de 66 anos com artrite reumatoide e síndrome de Sjögren secundário sob prednisolona, com gamapatia monoclonal IgA e amiloidose brônquica, cuja tomografia computadorizada de tórax evidenciava “imagens quísticas de parede fina, padrão reticular por espessamento do interstício interlobular com localização subpleural basal posterior, com ausência de vidro despolido”

**Discussão:** A presença de quistos pulmonares foi reportada em associação com o síndrome de Sjögren contudo a alteração pulmonares quística isolada é rara, encontrando-se frequentemente outras alterações parenquimatosas. A existência de co-morbilidades, como descrito no segundo caso, a presença de gamapatia monoclonal e amiloidose dificultam um diagnóstico preciso, e são uma alternativa causal à presença de doença quística.

**Palavras-chave:** *Doença quística pulmonar. Síndrome Sjögren. Doença tecido conjuntivo.*

### P68. GRANULOMATOSE COM POLIANGÉITE: DESAFIO DIAGNÓSTICO

S. Pereira<sup>1</sup>, J. Machado<sup>1</sup>, D. Marado<sup>2</sup>, C. Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pneumologia B;* <sup>2</sup>*Serviço de Medicina Interna B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** A granulomatose com poliangeíte é uma doença potencialmente fatal se não tratada. A sua apresentação com sintomas inespecíficos é uma das causas para o difícil diagnóstico desta entidade. Com este caso clínico pretende-se demonstrar uma apresentação desta doença rara e o estudo efectuado até ao diagnóstico definitivo.

**Caso clínico:** Homem, 48 anos, não fumador, sem antecedentes pessoais, familiares ou medicação habitual relevantes e sem contactos epidemiológicos infecciosos conhecidos. História recente de pneumonias de repetição e otites médias agudas supurativas medicado com vários ciclos de antibioterapia. Recurso ao serviço de urgência por quadro com 3 meses de evolução de emagrecimento, sudorese nocturna, cefaleia fronto-parietal bilateral e surdez progressiva. Apresentava também tosse com expectoração hemoptóica com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo, febril, eupneico, SpO<sub>2</sub> em AA de 98% e auscultação pulmonar sem alterações. Analiticamente sem leucocitose, PCR elevada (24,6 md/dL). Radiografia de tórax mostrou opacidade heterogénea no andar médio direito com área de menor densidade central sugestiva de cavitação, já evidenciada em estudos radiológicos prévios recentes. Por suspeita de tuberculose pulmonar realizou broncofibroscopia que revelou irregularidade da mucosa, sinais inflamatórios acentuados difusos e necrose. Cultura de micobactérias na expectoração, aspirado brônquico e LBA negativas. Biópsia brônquica revelou metaplasia epidermóide de difícil caracterização. Realizou TC torácica que revelou duas lesões cavitadas no pulmão direito com parede espessada e contornos espiculados. Repetiu broncofibroscopia que mostrou inflamação da mucosa bilateralmente. As biópsias brônquicas revela-

ram granulomas epitelióides com necrose central e células multinucleadas de Langerhans concluindo-se provável granulomatose de Wegener. Do estudo analítico efetuado, a destacar anticorpos ANCA -c positivo forte, anti PR3 positivo. Excluído envolvimento renal. Estudo funcional respiratório sem alterações. Prova da marcha sem dessaturação. Iniciou corticoterapia com metilprednisolona 1 mg/Kg/dia com melhoria das queixas respiratórias. Posteriormente iniciou Rituximab, com desmame actual de corticóides.

**Discussão:** É importante o reconhecimento da granulomatose com poliangeíte na prática clínica. Este caso alerta para a dificuldade diagnóstica desta patologia, com apresentação imagiológica semelhante a outras patologias mais frequentes, reforçando a importância da suspeição clínica. Um diagnóstico precoce e uma introdução rápida de terapêutica imunossupressora são indispensáveis para um melhor prognóstico e redução da mortalidade.

**Palavras-chave:** *Granulomatose com poliangeíte. Diagnóstico.*

### P69. PNEUMONIA NECROTIZANTE ASSOCIADA A CORTICOTERAPIA SISTÊMICA

S.M. Cabral, B.G. Gonçalves, D. Madama, T.M. Alfaro, F. Gamboa, M.C. Alcobia, C. Robalo-Cordeiro

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

**Introdução:** A pneumonia necrotizante é uma complicação rara e grave da pneumonia bacteriana, caracterizada pelo desenvolvimento de focos de necrose em áreas de consolidação e associando-se a elevada morbidade e mortalidade. Os agentes causais mais frequentes são o *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Nocardia*, *Klebsiella pneumoniae* e *Streptococcus pneumoniae*. O tabagismo, alcoolismo, idade avançada, diabetes mellitus, doença pulmonar crónica, doença hepática e outras condições que conduzam a compromisso da imunidade, como administração de corticoterapia sistémica, constituem fatores de risco.

**Caso clínico:** Doente de 71 anos, género masculino, com bom estado geral, que recorre ao serviço de urgência por tosse seca e dispnéia de agravamento progressivo, com uma semana de evolução. Tratava-se de um ex-fumador com carga tabágica de 80 unidades maço ano, DPOC GOLD 3 D, diabetes mellitus tipo 2, fibrilhação auricular e hipertensão arterial e sob terapêutica com brometo de aclidínio/formoterol, aminofilina, losartan, amlodipina, bisoprolol, apixabano e alogliptina + metformina. Ao exame objetivo encontrava-se polipneico, SpO2 84% em ar ambiente, apresentando marcado broncospasma bilateral e aumento do tempo expiratório à auscultação pulmonar. A gasometria arterial mostrava insuficiência respiratória global compensada e a radiografia tórax não apresentava focos de condensação. Analiticamente sem parâmetros de inflamação. Foi internado no Serviço de Pneumologia por exacerbação aguda de DPOC, tendo sido medicado com antibioterapia empírica e corticoterapia sistémica em dose elevada. Ao 8º dia de internamento apresentou agravamento clínico, analítico e radiológico tendo a TC torácica confirmado pneumonia nosocomial bilateral extensa e necrotizante, e sido isolado em hemoculturas *Staphylococcus aureus* meticilino-sensível. Associava-se descompensação grave da diabetes mellitus. Iniciou antibioterapia dirigida com flucloxacilina e levofloxacina com boa evolução global tendo tido alta ao 36º dia de internamento.

**Discussão:** O conhecimento dos fatores de risco para desenvolvimento de pneumonia complicada com necrose, nomeadamente a iatrogenia medicamentosa relacionada com elevadas doses de corticoterapia sistémica, doença pulmonar crónica, diabetes mellitus, presentes no caso apresentado, permitem o reconhecimento e implementação precoce da terapêutica adequada, associando-se a melhor prognóstico e menor morbimortalidade.

**Palavras-chave:** *Pneumonia necrotizante. Staphylococcus aureus. Imunossupressão. Corticoterapia sistémica.*

### P70. ADENOMEGALIA TORÁCICA EM DOENTE IMUNODEPRIMIDA

B.G. Gonçalves<sup>1</sup>, J.F. Gomes<sup>2</sup>, R. Pimentel<sup>2</sup>, S. Cabral<sup>2</sup>, B. Barbosa<sup>2</sup>, J.P. Moura<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia A; <sup>2</sup>Serviço de Medicina Interna A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Caso clínico:** Mulher de 72 anos, não-fumadora, agricultora, com antecedentes de lupus eritematoso sistémico incompleto sob imunossupressão com hidroxicloroquina e azatioprina desde há 6 anos, bronquiectasias de tração no lobo médio e padrão micronodular predominantemente nos lobos superiores, alguns cavitados centralmente, de etiologia não esclarecida em TAC torácica de há dois anos. Por quadro de anemia, hemoptises e perda ponderal de 14% em 12 meses, foi realizada TAC-toracoabdominal-pélvica evidenciando uma formação nodular subcarínica 5,5 × 4,1 cm e uma adenopatia hilar direita de 1,3 cm sem outras alterações de novo ou assinaláveis ao restante exame. Realizada videobroncoscopia com cultura do lavado broncoalveolar positiva para *Haemophilus influenzae*. Foi efetuada biopsia do nódulo via mediastinoscopia com diagnóstico histológico de antracose sem características neoplásicas. Uma semana após o procedimento, iniciou quadro de astenia e febre persistente com aumento de parâmetros inflamatórios e pequeno derrame pleural direito sem outras queixas associadas. As culturas de sangue e urina e o *interferon gamma release assay* (IGRA) foram negativos, a enzima conversora de angiotensina (ECA) e o complemento encontravam-se dentro dos valores de referência. Houve apenas cedência da febre após a instituição de ibuprofeno ao 13º dia de internamento, apesar de diferentes ciclos de antibioterapia, motivo pelo qual se propôs a doente a exérese da massa por toracotomia lateral, cuja histologia foi um linfoma B difuso de células grandes com rearranjo IRF4. A biopsia de medula óssea não mostrou sinais de envolvimento por linfoma.

**Discussão:** Tratando-se de uma doente imunodeprimida, com antracose, perda ponderal, fraca resposta antibiótica, febre e histórico de hemoptises, a nossa principal hipótese diagnóstica seria a de tuberculose pulmonar. Outros diagnósticos como sarcoidose ou *flare* lúpico também foram pesquisados. O linfoma B difuso de células grandes é o linfoma mais comum, no entanto, a sua manifestação com rearranjo IRF4 apenas localizada ao mediastino é muito rara.

**Palavras-chave:** *Adenomegalia. Imunossupressão. Linfoma.*

### P71. ENFATIZANDO ADENOCARCINOMAS DE PADRÕES SÓLIDOS E MICROPAPILARES PARA IMUNOTERAPIA DE PRIMEIRA LINHA

V. Sousa<sup>1-3</sup>, A.F. Ladeira<sup>1-3</sup>, L. Teixeira<sup>1</sup>, F. Silva<sup>4</sup>, J.M. Ruivo<sup>4</sup>, P. Teixeira<sup>4</sup>, A. Alarcão<sup>1-3</sup>, L. Carvalho<sup>1-3</sup>

*<sup>1</sup>Institute of Anatomical and Molecular Pathology, Faculty of Medicine of the University of Coimbra. <sup>2</sup>CIMAGO-Research Center for Environment, Genetics and Oncobiology, Faculty of Medicine, University of Coimbra. <sup>3</sup>Centre of Pulmonology, Faculty of Medicine of the University of Coimbra. <sup>4</sup>University Hospital Anatomical Pathology, Coimbra.*

**Introdução:** Espera-se que no futuro o cancro do pulmão possa ser considerado como uma doença crónica, mas atualmente continua a ser uma das principais causas de morte. O diagnóstico precoce e os desenvolvimentos no tratamento estão amplamente relacionados com o aumento da sobrevivência. Essa melhoria é devida ao uso de terapias dirigidas. Um novo campo da medicina personalizada está-se a expandir em direção ao microambiente imunológico e à resposta imune do paciente/hospedeiro. Os avanços da imunoterapia incluem o desenvolvimento de anticorpos que bloqueiam a interação

PD1/PD-L1, desencadeando uma resposta imune anti tumoral pelo paciente, tendo já comprovados benefícios terapêuticos.

**Objetivos:** Interpretação de biópsias de carcinomas bronco-pulmonares com expressão (imunomarcação) de PD-L1  $\geq$  50%, para seleção de doentes para tratamento em primeira linha.

**Métodos:** O anticorpo PD-L1 22C3 Dako foi aplicado na plataforma Ventana a 104 biópsias de carcinomas bronco-pulmonares seguindo o protocolo do fabricante definido e validado para Anatomia Patológica. As lâminas foram avaliadas por dois patologistas treinados para a avaliação de imunexpressão de PD-L1 da seguinte forma: 0%; 1-5%; 5 a 50%; > 50% de imunexpressão.

**Resultados:** Dos 104 casos estudados, 28 casos apresentaram expressão de PD-L1 > 50% em células epiteliais malignas, correspondendo a 28,8% de incidência. Os principais tipos histológicos que apresentaram este nível de expressão de PD-L1 22C3 Dako foram: Adenocarcinoma com padrão sólido representado 10/23 positivos, seguido por Adenocarcinoma onde o padrão micropapilar mostrou-se positividade (5/7) e carcinoma pleomórfico (4/7). Os carcinomas epidermóides queratinizados não apresentaram expressão  $\geq$  50% de PD-L1 22C3 Dako.

**Conclusões:** Actualmente, a decisão da terapia anti-PD-1/PD-L1 é validada pela expressão imunohistoquímica de PD-L1. Assim, tornou-se importante entender e saber interpretar a expressão de PD-L1. No futuro, o padrão histopatológico particular observado nos carcinomas bronco-pulmonares poderá ser discutido como próximo parâmetro para a validação da imunoterapia em primeira linha, o que pode ser útil também para ultrapassar as implicações da heterogeneidade tumoral. Neste estudo preliminar, pode-se discutir se os padrões sólido e micropapilar do adenocarcinoma não devem ser, em biópsia, avaliados em conjunto com os padrões frequentemente negativos, se estes estiverem presentes nas biópsias.

**Palavras-chave:** Carcinoma bronco-pulmonar. Padrões sólido e micropapilar. 22C3 DAKO. Imunoterapia.

## P72. AFINAL NÃO ERAM METÁSTASES...

M.I. Matias<sup>1</sup>, J. Barata<sup>2</sup>, A.J. Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Cova da Beira.

**Introdução:** A traqueobroncopatia osteocondroplásica é uma doença benigna e rara da via aérea, que se estima afectar 2 a 7 pessoas por 1.000 habitantes. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de nódulos submucosos ósseos e/ou cartilagosos que por norma comprometem a parede anterior e/ou lateral da traqueia e brônquios principais. Não há predominância de género. Em cerca de metade dos casos, o intervalo entre os primeiros sintomas e o diagnóstico é de aproximadamente 4 anos. Relatamos um caso de traqueobroncopatia osteocondroplásica diagnosticada durante o follow-up de um adenocarcinoma do cólon, sendo a metastização uma das suspeitas diagnósticas.

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso de um doente, género masculino, 64 anos, não fumador, com antecedentes de hipertensão arterial e de adenocarcinoma do cólon, de baixo grau, diagnosticado e submetido a cirurgia curativa em 2014. Manteve seguimento em consulta de Cirurgia, apresentando ligeira elevação do marcador tumoral CA 19-9 sem, contudo, existir a identificação de doença activa na tomografia por emissão de positões (PET). Quatro anos após o diagnóstico, a tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica, evidenciou espessamentos nodulares da traqueia a esclarecer por observação directa. Por este motivo realizou videobroncoscopia onde se observavam múltiplas irregularidades da parede anterior da traqueia em toda a sua extensão e também na parede anterior do brônquio principal direito, local onde se realizaram múltiplas biópsias e escovado brônquico. O estudo anátomo-patológico concluiu tratar-se de uma traqueobroncopatia osteo-

condroplásica. O doente apresenta-se assintomático do ponto de vista respiratório, motivo pelo qual mantém apenas seguimento clínico.

**Discussão:** Os nódulos traqueais associados à traqueobroncopatia osteocondroplásica são de origem benigna e crescimento lento e progressivo, podendo apresentar-se localizados ou difusos, sem comprometimento da parede posterior, mas com possibilidade de progressão para os brônquios principais. Os autores apresentam este caso pelo diagnóstico diferencial com metastização do adenocarcinoma do cólon (hipótese inicialmente colocada) e também pela raridade do diagnóstico neste caso, na ausência de sintomatologia respiratória.

**Palavras-chave:** Traqueobroncopatia osteocondroplásica. Broncoscopia.

## P73. APRESENTAÇÃO IMAGIOLÓGICA POUCO ESPERADA DE CANCRO DO PULMÃO

J. Borges, A. Catarino, F. Fradinho

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

**Introdução:** O diagnóstico diferencial de cavitações pulmonares inclui infeções bacterianas, micobacterianas e fúngicas, doenças autoimunes e neoplasia, entre outras causas. As lesões cavitadas malignas podem ocorrer em qualquer parte do pulmão e estão associadas a uma maior espessura da parede, realçando-se que de todos os carcinomas broncogénicos, 10-15% podem cavar.

**Caso clínico:** Mulher de 54 anos, não fumadora e reformada de doméstica, referenciada pelo Médico Assistente para consulta de Pneumologia em dezembro/2015, para esclarecimento de alterações em tomografia computadorizada (TC) do tórax. Sem queixas respiratórias e/ou constitucionais ou alterações ao exame objetivo. Portadora de TC do tórax, efetuada na sequência de PAC direita, que evidenciava consolidação parenquimatosa segmentar e vários nódulos de contorno regular infracentimétricos no lobo inferior direito (LID). Dos exames complementares efetuados: TC do tórax com colapso parcial e densificação heterogénea associada a bronquiectasias e broncograma aéreo e micronódulo do LID; videobroncoscopia sem alterações morfológicas e estudo bacteriológico, micobacteriológico (EBM) e citológico do aspirado negativos. Proposta para biópsia transtorácica (BTT) em fevereiro/2016, à qual faltou. Em agosto/2017 foi referenciada de novo a consulta, mantendo-se assintomática. Após discussão clínica e disponibilidade da doente em prosseguir o estudo, repetiu videobroncoscopia sem alterações morfológicas; EBM, pesquisa de *Pneumocystis jirovecii* e CMV do lavado bronco-alveolar (LBA) negativos; estudo citológico do LBA e aspirado sem células neoplásicas; EBM e pesquisa de fungos do aspirado negativos. TC do tórax atualmente mostrava múltiplas cavitações dispersas, de parede espessa e contornos irregulares, consolidação alongada cavitada no lobo superior esquerdo, colapso e densificação com bronquiectasias do LID, sem adenopatias mediastínicas ou hilares. Estudo analítico com autoimunidade, imunoglobulinas, serologias VIH e ECA e estudo funcional ventilatório sem alterações. Para esclarecimento consentiu BTT que revelou EBM negativos e estudo anátomo-patológico compatível com adenocarcinoma mucinoso com padrão bronquiolo alveolar.

**Discussão:** Neste caso clínico salienta-se a falta de sintomatologia clínica e constitucional, que levaram a que a própria doente desvalorizasse a situação clínica e a apresentação em TC do Tórax, mais sugestiva de outra patologia, nomeadamente do foro infeccioso. Pretende-se ainda alertar para a importância do reconhecimento das diferentes apresentações imagiológicas do carcinoma broncogénico, nomeadamente do adenocarcinoma bronquiolo alveolar.

**Palavras-chave:** Nódulos. Cavitação. Adenocarcinoma.

**P74. JANTE PERICÁRDICA**

M. Pereira, D. Organista, C. Antunes, F. Paula, F. Froes

*Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** O derrame pericárdico consiste na presença anómala de líquido no espaço pericárdico e pode ter diversas causas locais ou sistémicas identificáveis ou ser idiopático. Conforme a sua natureza aguda ou crónica pode apresentar-se com diferente sintomatologia como toracalgie, palpitações, tosse, dispneia ou síncope. Na maioria dos casos, o derrame pericárdico é considerado idiopático, de origem infecciosa, neoplásica ou iatrogénica (após cirurgia cardíaca). A neoplasia do pulmão é uma das principais causas de derrame pericárdico de origem neoplásica.

**Caso clínico:** Os autores apresentam um caso de uma doente com 83 anos de idade com o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão estadio IV com metastização óssea e ganglionar com cerca de 2 anos de evolução (sem intervenção terapêutica até então por decisão da doente.) Foi internada no serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital Pulido Valente por insuficiência cardíaca descompensada, com edema dos membros inferiores, dispneia de agravamento progressivo e insuficiência respiratória parcial. Do estudo efetuado, realçava-se agravamento de derrame pleural esquerdo e surgimento de derrame pericárdico importante em TC-torácico. Nesse contexto realizou ecocardiograma transtorácico que revelou derrame pericárdico importante, circunferencial, com aparentes sinais de tamponamento. A doente foi submetida a drenagem de derrame pericárdico pela Cirurgia Torácica através de janela pericárdica e drenagem de derrame pleural esquerdo por toracotomia, com melhoria clínica. A suspeição clínica foi peponderante neste caso, com a investigação diagnóstica através de exames auxiliares de diagnóstico e intervenção terapêutica com melhoria clínica, dada a provável cronicidade e subtil e inespecífica sintomatologia associada ao derrame pericárdico desta doente em contexto de neoplasia do pulmão.

**Discussão:** De destacar a forma de apresentação do derrame pericárdico com envolvimento circunferencial completo em redor do coração.

**Palavras-chave:** Derrame pericárdico. Adenocarcinoma.

**P75. HIPERCALCÉMIA MALIGNA REFRACTÁRIA-QUE OPÇÕES TERAPÊUTICAS?**C. Sousa<sup>1</sup>, J. Barbosa<sup>2</sup>, W. Videira<sup>2</sup>, J. Costeira<sup>2</sup>, P. Barradas<sup>2</sup>, C. Bárbara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital Central do Funchal. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

**Introdução:** A hipercalcémia maligna ocorre essencialmente em neoplasias avançadas, acarretando mau prognóstico. Nos doentes com carcinoma pavimentocelular do pulmão a sua incidência pode atingir os 23%. Quando não tratada pode causar lesão renal, alteração do estado mental, coma e morte. O mecanismo desencadeante é a produção de proteína relacionada com a hormona paratiroideia pelas células neoplásicas, que por sua vez leva a reabsorção óssea e a retenção de cálcio a nível renal. O tratamento desta síndrome paraneoplásica implica fluidoterapia, administração de diuréticos de ansa e de bifosfonatos endovenosos.

**Caso clínico:** Os autores relatam o caso de um doente de 67 anos, com o diagnóstico de carcinoma pavimentocelular do pulmão em estágio IV, com internamento prévio por hipercalcémia (15,6 mg/dL) com boa resposta ao ácido zolendrónico, que manteve em ambulatório. Recorre novamente à urgência, quatro meses depois do primeiro internamento, por quadro de cansaço, desequilíbrio, náuseas, vômitos e anorexia, tendo ficado internado por suspeita de metastização cerebral. No primeiro dia de internamento, foi detectado cálcio corrigido de 14,3 mg/dL. A tomografia computadorizada

crânio-encefálica descartou metastização cerebral. Iniciou fluidoterapia e diuréticos, e repetiu a administração do ácido zolendrónico. Apesar dessas medidas, verificou-se aumento da calcémia até 15 mg/dL, tendo-se ponderado alternativas como a calcitonina, não disponível na farmácia hospitalar. Optou-se por pedir autorização à comissão de farmácia para utilizar o Denosumab®, um anticorpo anti-RANKL que inibe a reabsorção óssea, em estudo de fase III para a correção de hipercalcémia maligna, mas já aprovado para terapêutica na metastização óssea, que o doente não apresentava. Obteve-se essa autorização uma semana depois, quando o cálcio corrigido do doente atingia um máximo de 16,6 mg/dL. Nessa altura, o doente encontrava-se prostrado e previa-se um desfecho desfavorável. Administrou-se o Denosumab® e ao terceiro dia após a sua administração o doente apresentava uma calcémia de 13,6 mg/dL. Apesar destas medidas, o doente acabou por falecer.

**Discussão:** Este caso enfatiza a existência de novos recursos disponíveis no tratamento desta síndrome paraneoplásica e o mau prognóstico associado à mesma. Os autores consideram que este desfecho foi independente da administração do anticorpo.

**Palavras-chave:** Hipercalcémia maligna. Carcinoma pavimentocelular. Denosumab®.

**P76. SINAL DE LHERMITTE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO**J. Barbosa<sup>1</sup>, C. Sousa<sup>2</sup>, W. Videira<sup>3</sup>, J. Costeira<sup>1</sup>, P. Barradas<sup>4</sup>, C. Bárbara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital Central do Funchal. <sup>4</sup>Unidade de Oncologia Pneumológica, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

**Introdução:** As neoplasias da mama, pulmão, próstata, rim, leucemia/linfoma são as principais causas de doença neoplásica metastática associada a compressão medular, afectando predominante a coluna torácica. Esta compressão, que ocorre em cerca de 5 a 10% dos casos, quando sintomática é uma emergência oncológica. Os sintomas caracterizam-se pela presença de dor intensa e disfunção neurológica com impacto significativo na qualidade de vida dos doentes. O sinal de *Lhermitte* é caracterizado pela sensação de choque eléctrico que ocorre de forma descendente, desde o tronco aos membros. O diagnóstico precoce e tratamento imediato são fulcrais na redução da morbi-mortalidade destes doentes.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso clínico de um homem de 66 anos, com antecedentes pessoais de linfoma Hodgkin em remissão, que iniciou quadro com 2 meses de evolução de parestesias dos membros inferiores e sinal de *Lhermitte* com posterior evolução para paraparesia súbita associada a hipostesia. Realizou ressonância magnética da coluna cervical-dorsal que evidenciou massa paravertebral esquerda a nível de D2, com compressão medular associada e invasão vertebral múltipla. Foi avaliado pela Neurocirurgia e submetido de urgência a remoção subtotal da manga epidural tumoral. O resultado anátomo-patológico revelou a presença de adenocarcinoma papilar do pulmão. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica evidenciou adenopatias mediastínicas e hilares à esquerda, lesão pulmonar centrada no lobo inferior esquerdo, incontáveis nódulos pulmonares bilaterais sugestivos de metastização miliar, metastização hepática e óssea múltipla. Após intervenção cirúrgica, manteve dexametasona já instituída previamente e iniciou quimioterapia e reabilitação física, com melhoria gradual dos défices neurológicos.

**Discussão:** O carcinoma pulmonar de não pequenas células é uma das principais causas de morte a nível mundial, constituindo cerca de 80 a 85% das neoplasias do pulmão, sendo o adenocarcinoma o principal tipo histológico. Dada a pouca sintomatologia em fases precoces da doença, cerca de 41-65% dos doentes são diagnosticados numa fase tardia e até 30 a 40% desenvolvem metástases ós-

seas, com uma percentagem significativa de casos associados a compressão medular. O prognóstico é geralmente desfavorável. Este caso clínico enfatiza a multiplicidade de apresentações possíveis para esta doença, a dificuldade no seu diagnóstico precoce e a importância da terapêutica dirigida no alívio de sintomas.

**Palavras-chave:** Sinal de Lhermitte. Adenocarcinoma do pulmão estágio IV. Compressão medular. Metastização miliar.

### P77. UM DESFECHO INESPERADO PARA UMA “NEOPLASIA PULMONAR METASTIZADA”

J. Oliveira Pereira, J. Cravo, T.M. Alfaro

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

**Introdução:** A ossificação pulmonar constitui uma entidade rara definida pela presença histológica de tecido ósseo maduro no pulmão, frequentemente associado a elementos medulares.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 80 anos, não-fumadora, recentemente submetida a exérese de lesão ocupante de espaço cerebral suspeita de lesão metastática. Foi referenciada à consulta por um nódulo espiculado com 6 mm no segmento posterior do LSD na TC-TAP, de natureza indeterminada. Associadamente apresentava alterações fibrocicatríciais apicais predominantes à direita e sinais de tromboembolia atingindo ramos da artéria lobar inferior direita, para a qual havia iniciado enoxaparina terapêutica. Negava sintomatologia respiratória ou outra. O exame objetivo, estudo analítico sumário e o estudo funcional respiratório não demonstraram alterações de relevo. A PET/CT evidenciou hiper captação de FDG-F18 alocada à lesão supramencionada bem como aos hilos pulmonares, sugerindo lesão neoplásica maligna de alto grau metabólico e colocando a possibilidade de adenopatias de etiologia inflamatória/secundária. O resultado anatomopatológico da peça operatória denotou apenas a presença de hemorragia cerebral esquerda, descartando etiologia neoplásica. A biópsia cirúrgica da lesão pulmonar demonstrou áreas de ossificação com formação de medula óssea (infiltração adiposa nos espaços intertrabeculares na presença de todos os elementos celulares representando as três linhas hematopoiéticas) e fibrose paraseptal e justapleural, bem como bronquiólite granulomatosa inespecífica. A doente foi mantida em follow-up, período após o qual teve alta, em virtude da estabilidade clínica e ausência de tratamento específico.

**Discussão:** Apresenta-se um caso de ossificação pulmonar localizada em doente com um diagnóstico presuntivo prévio de neoplasia pulmonar metastizada. Esta entidade é rara e frequentemente assintomática, sendo excepcionalmente diagnosticada *in vivo*. Podendo ser idiopática ou secundária a patologia pulmonar, cardíaca ou sistémica, não se constatou a presença de patologia ativa subjacente no presente caso, embora algumas das alterações descritas sejam compatíveis com sequelas de patologia pulmonar prévia.

**Palavras-chave:** Nódulo pulmonar. PET/CT. Neoplasia do pulmão. Ossificação pulmonar.

### P78. MASSA PARATRAQUEAL-UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

C.M. Cabo<sup>1</sup>, M.J. Pereira<sup>1</sup>, J. Freitas<sup>2</sup>, S. Freitas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia A; <sup>2</sup>Serviço de Cirurgia Cardiorádica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução:** As massas mediastínicas são um diagnóstico frequente, com um amplo leque de diagnósticos diferenciais, sendo os mais frequentes o timoma, tumores neurogênicos e quistos. A tiróide ectópica é uma situação rara, ocorrendo com maior frequência em doentes com patologia tiroideia de base. Em doentes submetidos a

tiroidectomia total, esta situação foi designada de “forgotten goiter”, não estando totalmente clara a sua etiologia.

**Caso clínico:** Mulher, 79 anos, recorre ao serviço de urgência em Outubro de 2016 por síncope. Nesse contexto, para despiste de tromboembolismo pulmonar, realizou Angio-TC torácica que revelou lesão nodular mediastínica bem delimitada localizada à direita da traqueia com 30 × 28 mm e raras calcificações milimétricas. Foi então enviada para consulta de Pneumologia para estudo. Referia apenas cansaço fácil, sem outras queixas. Trata-se de doente com antecedentes pessoais de síndrome vertiginosa, hipertensão arterial, dislipidemia, enfarte agudo do miocárdio em 2016, tiroidectomia total em 2004 por bócio multinodular, safenectomia direita e apendicectomia na infância. Medicada com lisinopril/hidroclorotiazida, beta-histina e levotiroxina. Pedida então PET/CT que mostrou massa heterogênea centrada à região para-traqueal direita com muito discreta captação de FDG-F18, sugerindo lesão de baixo grau metabólico e formações ganglionares mediastino-hilares bilaterais com ligeira captação de FDG-F18. Realizou estudo funcional respiratório, com valores dentro do normal, e broncofibroscopia apenas com aspeto granitado da parede posterior da traqueia, com citologia e microbiologia negativas. Discutida em reunião multidisciplinar de decisão terapêutica, sendo orientada para terapêutica cirúrgica. Realizou exérese da massa mediastínica em Maio de 2017: verificou-se presença de massa bem delimitada na parede lateral da traqueia junto ao desfiladeiro torácico, que se excisou de forma completa. O estudo histológico revelou tratar-se de parênquima tiroideu mantendo grosseiramente a morfologia habitual, com distensão folicular e atrofia das células foliculares, pelo que se concluiu tratar-se de uma tiróide ectópica. A doente manteve estabilidade clínica, com alta da consulta de Pneumologia e seguimento apenas no Médico Assistente.

**Discussão:** Os autores destacam a raridade da ocorrência de uma tiróide ectópica, em localização intratorácica, em doentes com antecedentes de tiroidectomia total. Sublinham o carácter benigno da maior parte dos casos, em doentes assintomáticos, tratando-se de um achado em exames imagiológicos.

**Palavras-chave:** Massa. Paratraqueal. Tiróide.

### P79. UM CASO RARO DE CARCINOSSARCOMA PULMONAR COM MUTAÇÃO EGFR POSITIVA

C. Parra, L. Nascimento, M. Conde, A. Fernandes

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

**Introdução:** O carcinosarcoma pulmonar é um tumor raro de composição bifásica e que representa menos de 1% de todas neoplasias pulmonares. Apresenta comportamento agressivo e quimiorresistência frequente, associando-se a mau prognóstico. Dada a sua raridade não existe informação relativa à incidência de alterações genéticas ou ao impacto da terapêutica-alvo nestes tumores.

**Caso clínico:** homem de 68 anos, ex-fumador (50 UMA), sem antecedentes patológicos relevantes. Apresentava quadro caracterizado por dores ósseas generalizadas, astenia e anorexia com 3 meses de evolução, o que motivou a realização TC da coluna que identificou múltiplas lesões osteolíticas a nível da coluna cervical, dorsal e lombo-sagrada compatíveis com metástases. Iniciou estudo adicional em internamento incluindo TC toraco-abdominal que identificou massa com 3 cm e de contornos espiculados ao nível do lobo inferior esquerdo suspeita de lesão primária. Realizada biópsia transtorácica que diagnosticou carcinosarcoma, com componente epitelial com características de adenocarcinoma e mesenquimal maioritariamente com características de osteossarcoma. Por episódio de perda de consciência realizada TC CE que revelou a presença de metástase na calote craniana e de lesão a nível do clívis posteriormente caracterizada por RMN como tendo

também origem metastática. Por queixas de polidipsia e poliúria iniciada investigação adicional que permitiu o diagnóstico de diabetes insípida de origem central. Iniciada terapêutica com desmopressina e radioterapia holocraneana, e posteriormente orientado para a consulta de Pneumologia Oncológica onde se obteve o resultado do estudo genético que detetou mutação L858R no exão 21 do EGFR. Iniciou tratamento com afatinib (40 mg/dia) estando a aguardar reavaliação imagiológica.

**Discussão:** Apresentamos este caso pela sua raridade enquanto caso clínico de carcinossarcoma pulmonar e pela presença de mutação no oncogene EGFR. Embora tenha sido instituída terapêutica dirigida à mutação L858R no exão 21 do EGFR com Afatinib, salientamos que, dada a raridade do diagnóstico, desconhece-se o impacto da mesma terapêutica-alvo nestes tumores.

**Palavras-chave:** Carcinossarcoma pulmonar. Mutação EGFR.

### P80. AS VÁRIAS FACES DA SARCOIDOSE: CASO CLÍNICO COM MIOPATIA SARCOIDE

E. Seixas, R. Aguiar, I. Cunha, P. Ferreira

*Centro Hospitalar Baixo Vouga.*

**Introdução:** A sarcoidose é uma doença granulomatosa multiorgânica de causa desconhecida. Geralmente envolve o pulmão, gânglios linfáticos, pele e olhos. No entanto, em casos raros pode afetar outros sistemas como o muscular.

**Caso clínico:** Homem, 46 anos, não fumador e pedreiro de profissão. Clinicamente com queixas de tosse seca, astenia com 6 meses de evolução e dor ligeira/fraqueza intermitentes ao nível dos gastrocnémios, sem condicionar a atividade profissional. Na telerradiografia do tórax apresentava adenopatias hilares bilaterais e densificação intersticial reticular incipiente. Na TCAR apresentava múltiplas adenopatias mediastino-hilares, com ligeiros focos de densificação subpleurais predominantemente superiores e alguns micronódulos centrilobulares e pericisurais. Apresentava função pulmonar normal, ECA sérica normal, sem alterações analíticas de relevo exceptuando uma rabdomiólise oscilante (CPK: 295- > 96- > 431- > 426- > 343 U/L). Sem nódulos palpáveis a nível muscular/subcutâneo nos membros e sem défices segmentares de força muscular. O LBA mostrou uma celularidade total normal, com linfocitose ligeira (25%, ratio CD4/CD8 1.1). Biópsias brônquicas e transbrônquicas com inflamação linfocitária, sem granulomas. TBNA convencional não documentou granulomas nem células malignas. Realizou biópsia ganglionar por mediastinoscopia que confirmou a presença de granulomas epitelióides não necrotizantes, selando o diagnóstico de sarcoidose. Face à suspeita de envolvimento muscular sarcóide, após discussão em Reunião Multidisciplinar de Interstício, realizou RM muscular das coxas que não revelou alterações conclusivas. Foi orientado para biópsia do músculo deltóide confirmando miosite granulomatosa. Relativamente às queixas clínicas e ao nível de envolvimento intratorácico, não foi julgado merecedor de corticoterapia sistémica, sendo apenas medicado com corticosteroide inalado para controlo da tosse. Apresentou remissão espontânea do envolvimento intratorácico. Relativamente à miopatia, dada a assintomatologia e nível ligeiro de rabdomiólise, optou-se até agora por uma estratégia de vigilância.

**Discussão:** O envolvimento muscular na sarcoidose não é geralmente reconhecido dado ser sintomático em cerca de 1% dos doentes, apesar de em 50% poderem estar presentes granulomas musculares. Reconhecem-se três padrões de envolvimento: a miopatia crónica, a variante com nódulos palpáveis e a miosite aguda. O caso atual parece inscrever-se na miopatia crónica. Não há tratamento específico, baseando-se essencialmente na corticoterapia, devendo essa decisão ser orientada pela gravidade dos sintomas e pelo envolvimento de outros órgãos.

**Palavras-chave:** Sarcoidose. Miopatia sarcóide. Granulomas.

### P81. PNEUMONIA INTERSTICIAL USUAL: CONUNDRUM DECISIVO ENTRE “SECUNDÁRIO A FÁRMACO” E “IDIOPÁTICO”

E. Seixas, M. Ferreira, P. Ferreira

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga.*

**Introdução:** A amiodarona é um antiarrítmico de uso frequente e causa conhecida de doença pulmonar difusa, ainda que por um mecanismo mal elucidado. Perante padrão de Pneumonia Intersticial Usual (UIP), a avaliação/exclusão causas secundárias é um passo necessário porém intrincado, sensível e decisivo a nível diagnóstico e terapêutico.

**Caso clínico:** Homem, 71 anos, não fumador, sem exposições inalatórias de relevo, com antecedentes de fibrilhação auricular, hipocoagulado com rivaroxabano e sob amiodarona há 9 anos. Queixas de tosse seca e dispneia grau 2 mMRC com 4-5 meses de evolução. Objetivamente apresentava ferveres em velcro postero-basais. Estudo funcional respiratório mostrando perda significativa de função em 6 meses (CVF 109%→94%, DLCOsb 65%→59%). A telerradiografia de tórax apresentava padrão interstício-alveolar difuso ao nível dos andares médio-inferiores com perda de volume bilateralmente. A TCAR mostrou reticulação intralobular periférica predominantemente subpleural, com questionável gradiente apico-caudal, bronquiectasias de tração e possível favo microquístico. Autoimunidade negativa. LBA com celularidade normal, sem linfocitose e sem macrófagos espumosos em número significativo. Discutido em Reunião Multidisciplinar de Interstício (RMI) e, pela incerteza do padrão em TCAR (NSIP fibrótica/UIP sem gradiente), pelas possibilidades de diagnóstico (FPI/UIP secundária à toxicidade por amiodarona), foi referenciado para biópsia pulmonar (VATS). Esta confirmou padrão UIP, sem componente inflamatório intersticial acentuado, membranas hialinas, focos de pneumonia organizativa ou fosfolipidose macrofágica exuberante. Após suspensão da amiodarona, efetuada monitorização da função pulmonar que manteve vetor de perda de função. Na RMI considerada que, pelo perfil do doente, pelos achados histopatológicos e pelo comportamento funcional após suspensão do fármaco seria mais indicativo de FPI, estabelecendo-se como diagnóstico de trabalho e iniciada pirfenidona.

**Discussão:** O padrão UIP secundário à amiodarona é uma ocorrência possível embora rara. Perante doente com perfil etário, comportamento funcional típico de FPI, sem achados histopatológicos apontando para determinada droga, a decisão de consignar o diagnóstico pneumotoxicidade é delicada e probabilística. Neste doente, a decisão de impossibilitar o acesso a um antifibrótico é uma decisão crucial com impacto na morbimortalidade. A RMI é, após análise integrada de todos os elementos disponíveis, um cenário ideal para a tomada de decisões.

**Palavras-chave:** UIP. FPI. Amiodarona.

### P82. SARCOIDOSE: QUANDO O LAVADO BRONCOALVEOLAR TRAZ ALGO MAIS QUE O ESPERADO

E. Seixas, A. Vasconcelos, P. Serra, P. Ferreira

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga.*

**Introdução:** A Sarcoidose é uma doença multissistémica complexa, de etiologia não totalmente conhecida e com sintomas inespecíficos, que se pensa surgir em indivíduos geneticamente predispostos expostos a determinados agentes ambientais. O diagnóstico é realizado pela demonstração de inflamação granulomatosa não necrotizante, num contexto clínico e radiológico compatível e após afastadas hipóteses alternativas. Os granulomas são mais comumente encontrados em tecido de biópsias brônquicas, biópsias pulmonares (transbrônquica clássica, criobiópsia, cirúrgica) ou ganglionares (TBNA convencional, EBUS-TBNA ou mediastinoscopia), sendo a sua presença no lavado broncoalveolar um achado já reportado porém extremamente incomum.

**Caso clínico:** Senhora de 54 anos, não fumadora, com antecedentes de neoplasia do cólon há 15 anos, referenciada por dispneia de esforço grau 2 mMRC e astenia. Auscultatoriamente com alguns ferreiros basais predominantes na base esquerda, sem alterações cutâneas ou oculares. Telerradiografia de tórax com adenopatias hilares e mediastínicas. A TCAR apresentava adenopatias supraclaviculares, cervicais, mediastino-hilares, alguns nódulos subpleurais e zonas focais de hiperatenuação em vidro despolido. A nível funcional apresentava espirometria normal, com 62% do previsto de DLCO. Analiticamente com linfopenia e uma ECA de 131 U/L. Anérgica na prova de Mantoux. A broncofibroscopia mostrou apenas sinais inflamatórios grau I tendo o LBA evidenciado uma linfocitose de 53%, com ratio CD4/CD8 de 5,1. Tanto as biópsias brônquicas, como as transbrônquicas e o TBNA não mostraram evidência de granulomas. Contudo, a análise microscópica do LBA apresentava numerosos histiócitos dispersos e dispostos em agregados, por vezes coesos, compatíveis com granulomas não caseosos. Caso discutido em Reunião Multidisciplinar de Interstício, e após integração da forma de apresentação clínica, dados imunológicos e o perfil do LBA, foi assumido o diagnóstico de Sarcoidose.

**Discussão:** O LBA é um importante elemento valorativo nas doenças pulmonares difusas e frequentemente fulcral na avaliação de casos de sarcoidose. Na presente situação reportada, relevamos que a presença de granulomas no LBA em doentes com sarcoidose é um achado muito raro com menos de 5 casos reportados na literatura até ao momento. Foi sugerido que estes achados possam ocorrer pela presença de granulomas nas paredes alveolares e/ou pela sua remoção pelas vias aéreas mais proximais que se encontram inflamadas.

**Palavras-chave:** LBA. Sarcoidose. Granuloma.

### P83. CASO DE PNEUMONIA ORGANIZATIVA CONCOMITANTE COM CARCINOMA PAVIMENTO CELULAR

R.E. Gomes, C. Couto, M. Castanho, M. Barata, C. Monge, F. Menezes, J. Duarte

*Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta.*

**Introdução:** A pneumonia organizativa (OP) é uma síndrome clínica e patológica, caracterizada pela presença de fibrose intra-alveolar, reversível com corticoterapia. Apesar de na maioria dos casos a sua etiologia não ser conhecida, causas secundárias devem ser sempre investigadas.

**Caso clínico:** Homem de 68 anos, caucasiano, fumador (45 UMA), padeiro. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dispneia e tosse seca com início 5 dias antes, associado a sintomas de congestão nasal, rinorreia anterior e perda ponderal não quantificada, com 2 semanas de evolução. Negava outra sintomatologia. Ao exame objetivo, apresentava-se febril, com ferreiros crepitantes da base pulmonar direita e roncos dispersos à auscultação pulmonar. A gasometria arterial em ar ambiente mostrava insuficiência respiratória parcial (PaO<sub>2</sub> = 54 mmHg). Analiticamente, evidenciava leucocitose com neutrofilia e aumento da proteína C-reativa de 20,25 mg/dL, com procalcitonina normal. A radiografia de tórax mostrava a presença de infiltrados reticulares dispersos, bilateralmente. Ficou internado com a hipótese diagnóstica de pneumonia adquirida na comunidade, por provável agente atípico. Iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina com ácido clavulânico e claritromicina, e oxigenoterapia suplementar. Cumpriu 8 dias de antibioterapia sem melhoria clínica ou analítica, pelo que realizou TC-tórax, que evidenciou extensas áreas em vidro despolido nos lobos superiores, bilateralmente, associado a densificações parenquimatosas organizadas, com contorno espiculado, destacando-se uma de 3 cm no lobo inferior esquerdo (LIE). Assumiu-se imagiologia compatível com OP, pelo que o doente iniciou corticoterapia com

hidrocortisona endovenosa com 200 mg/dia e realizou videobroncofibroscopia. Esta revelou carcinoma pavimento celular (CPC) nas biópsias pulmonares transbrônquicas dirigidas à lesão do LIE, em estágio T2a Nx Mx. Teve alta ao fim de 5 dias de corticoterapia, com melhoria clínica e analítica, orientado para cirurgia com intuito curativo do tumor.

**Discussão:** Este caso enfoca a importância da investigação de causas secundárias de OP. Neste doente a manifestação do CPC através de OP permitiu um diagnóstico precoce da doença, com possibilidade de tratamento curativo.

**Palavras-chave:** *Pneumonia organizativa. Carcinoma pavimento celular.*

### P84. HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS FREQUENTES MAS DIAGNÓSTICO RARO

M.I. Matias, J.M. Pereira, F. Gamboa

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

**Introdução:** Sendo a tuberculose um problema de saúde ainda frequente em Portugal e a neoplasia pulmonar uma patologia de incidência crescente, é comum que estas hipóteses de diagnóstico se coloquem ao Pneumologista. Há, no entanto, outras entidades que podem assumir apresentações semelhantes. Os autores relatam um caso de fibroelastose pleuroparenquimatosa (FEPP), uma entidade rara que foi diagnosticada num contexto clínico em que a tuberculose e a neoplasia pulmonar eram as principais suspeitas. A FEPP é uma pneumonia intersticial rara, maioritariamente idiopática que se caracteriza por fibrose e espessamento do tecido pleural e subpleural, predominantemente na periferia dos lobos pulmonares superiores.

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino, de 78 anos, ex-fumador (4UMA), com antecedentes de tuberculose pulmonar com queixas de astenia, anorexia e perda de peso com longo tempo de evolução e agravamento progressivo. Efectuou TC toraco-abdomino-pélvica que revelou áreas de densificação do parênquima pulmonar mais evidentes nos lobos superiores, zonas em vidro despolido, bronquiectasias de tracção e área de densificação irregular com cerca de 4,2 cm no lobo superior direito com captação de contraste. A broncofibroscopia não evidenciou alterações, tendo o estudo citológico do lavado e aspirado brônquico sido negativo e o estudo microbiológico apenas identificado *Aspergillus fumigatus*. A pesquisa de antígeno galactomannan foi negativa, estando os valores de IgE e IgG de *Aspergillus* dentro de valores normais. Realizou posteriormente PET-CT que identificou micronodulação pulmonar bilateral em possível relação com alterações de natureza inflamatória/infecciosa, destacando-se opacidade de maiores dimensões no lobo superior direito com características imagiológicas suspeitas. Efectuou BTT, não tendo o resultado histológico sido conclusivo pelo que foi proposta biópsia cirúrgica cujo resultado foi compatível com fibroelastose pleuroparenquimatosa de morfologia nodular.

**Discussão:** O diagnóstico de FEPP baseia-se em achados clínicos, imagiológicos e histopatológicos. Clinicamente os doentes apresentam queixas respiratórias crónicas nomeadamente tosse seca e dispneia de esforço e frequentemente referem perda ponderal acentuada. A TCAR evidencia espessamento fibrótico pleural e subpleural predominantemente nos lobos superiores e histologicamente identifica-se fibrose subpleural homogénea e abundantes fibras elásticas. Não existe tratamento específico e o prognóstico é geralmente desfavorável, sendo com frequência, rapidamente progressiva.

**Palavras-chave:** *Fibroelastose pleuroparenquimatosa. Nódulo pulmonar. Pneumonia intersticial idiopática.*