

35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 001 **DISTINGUIR A DOENÇA PULMONAR BENIGNA RELACIONADA COM A EXPOSIÇÃO AO AMIANTO DA MALIGNA - A PERSPECTIVA RADIOLÓGICA**
Pág.6

PC 002 **TRATAMENTO DA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA COM ANTIFIBRÓTICOS: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE BRAGA**
Pág.7

PC 003 **CARDIOVERSÃO ELÉTRICA: UMA CAUSA QUASE DESCONHECIDA DE HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA**
Pág.8

PC 004 **HEMOSIDEROSE PULMONAR IDIOPÁTICA NUM ADULTO COM DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA - COINCIDÊNCIA OU UMA ASSOCIAÇÃO DESCONHECIDA?**
Pág.8

PC 005 **BRONQUIOLITE CRÔNICA OCUPACIONAL SECUNDÁRIA À DECAPAGEM METALÚRGICA COM ÁCIDO NÍTRICO**
Pág.9

PC 006 **A IMPORTÂNCIA DO LAVADO BRONCOALVEOLAR NA ABORDAGEM DAS DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS**
Pág.10

PC 007 **FIBROSE PULMONAR FAMILIAR: DESCRIÇÃO DE UMA FAMÍLIA PORTADORA DE MUTAÇÃO NO GENE TERT**
Pág.11

PC 008 **APRESENTAÇÕES DÍSPARES DA SARCOIDOSE**
Pág.12

PC 009 **FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA E REMODELAÇÃO EPITELIAL: RECONHECIMENTO E PROBABILIDADE DE ERRO**
Pág.13

PC 010 **DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO NUM DOENTE COM PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO**
Pág.14

PC 011 **EOSINOFILIA PARANEoplásica, CAUSA SUFICIENTE DE DISFUNÇÃO PULMONAR?**
Pág.14

PC 012 **CARACTERIZAÇÃO DA CONSULTA DE INTERSTÍCIO PULMONAR DO HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA.**
Pág.15

PC 013 **ANTICORPOS MONOCLONAIS NO TRATAMENTO DA GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE (EGPA)**
Pág.16

PC 014 **ACHADOS MICROBIOLÓGICOS NAS DOENÇAS INTERSTICIAIS**
Pág.16

PC 015 **CONTRIBUTO DIAGNÓSTICO DAS BIÓPSIAS PULMONARES TRANSBRÔNQUICAS CONVENCIONAIS NO DIAGNÓSTICO DE UMA COORTE DE DOENTES COM PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE**
Pág.17

PC 016 **ANTI-FIBRÓTICOS NA FPI E OUTRAS DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS FIBROSANTES: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO**
Pág.18

PC 017 **O ÍNDICE ILD-GAP COMO PREDITOR DE MORTALIDADE NA PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA**
Pág.19

PC 018 **PNEUMONIA ORGANIZATIVA E PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA - SIMILARIDADES E DIFERENÇAS DE UMA SÉRIE DE CASOS**
Pág.19

PC 019 **FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA COMO OUTRA MANIFESTAÇÃO DE TOXICIDADE PULMONAR INDUZIDA PELA AMIODARONA**
Pág.20

PC 020 **AVALIAÇÃO DOS DOENTES COM PADRÃO RADIOLÓGICO UIP (USUAL INTERSTITIAL PNEUMONIA) - DIFERENÇAS ENTRE FPI (FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA) E OUTRAS DOENÇAS INTERSTICIAIS PULMONARES**
Pág.21

PC 021 **APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA MIMETIZANDO NEOPLASIA PULMONAR**
Pág.22

PC 022 **FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA FILIADA EM SEQUELAS DE TUBERCULOSE PULMONAR**
Pág.23

PC 023 **PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE - ANÁLISE CASUÍSTICA**
Pág.24

PC 024 **PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA: AVALIAÇÃO DA CORRELAÇÃO ENTRE OS ACHADOS DO LAVADO BRONCO-ALVEOLAR E O PADRÃO RADIOLÓGICO**
Pág.24

PC 025 **DOENÇA TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA, UMA ENTIDADE DESAFIANTE**
Pág.25

PC 026 **CRÔNICA DE UM DIAGNÓSTICO (POUCO) ANUNCIADO**
Pág.25

PC 027 **OMALIZUMAB E PROVAS DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA EM DOENTES COM ASMA GRAVE**
Pág.26

PC 028 **EXPLORANDO O POTENCIAL DE UMA METODOLOGIA BASEADA EM MEPS / UHPLC NA ANÁLISE DE BIOMARCADORES DE PEROXIDAÇÃO LIPÍDICA RELACIONADOS À ASMA**
Pág.26

PC 029 **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA ASMA EM ADULTOS ANGOLANOS**
Pág.27

PC 030 **OMALIZUMAB NA GRAVIDEZ**
Pág.28

PC 031 **O PODER DA IMAGEM NA AVALIAÇÃO DA INFLAMAÇÃO NA ASMA. FIRST STEPS...**
Pág.29

PC 032 **PERFIL CLÍNICO DA ASMA DE INÍCIO TARDIO**
Pág.30

PC 033 **UM CASO RARO DE GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE ASSOCIADA A ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA E ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA.**
Pág.31

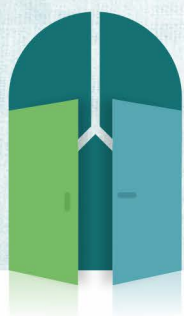
PC 034 **SAOS E ASMA GRAVE: CASUALIDADE OU COMORBILIDADE?**
Pág.32

PC 035 **AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA AOS 12 MESES DE MEPOLIZUMAB - A REALIDADE DE UM CENTRO HOSPITALAR PORTUGUÊS**
Pág.33

PC 036 **UM MAL NUNCA VEM SÓ!**
Pág.34

PC 037 **OMALIZUMAB NOS CUIDADOS INTENSIVOS: UM CASO CLÍNICO**
Pág.35

PC 038 **MEPOLIZUMAB: AVALIAÇÃO CLÍNICA, FUNCIONAL E DE IDADE PULMONAR NO PRIMEIRO ANO DE TRATAMENTO**
Pág.36



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS**PC 039 TRATAMENTO COM MEPOLIZUMAB NA ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA COM POLIPOSE NASAL**

Pág.37

PC 040 O PAPEL DA TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA DE TÓRAX NA ASMA

Pág.37

PC 041 CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES COM CANCRO DO PULMÃO SUBMETIDOS A ABORDAGEM CIRÚRGICA NUM HOSPITAL DISTRITAL

Pág.38

PC 042 SÍNDROME DRESS (DRUG REACTION WITH EOSINOPHILIA AND SYSTEMIC SYMPTOMS) SECUNDÁRIA AO OSIMERTINIB – UM CASO CLÍNICO

Pág.39

PC 043 EXUBERANTES MASSAS PULMONARES BILATERAIS – O MESMO PROTAGONISTA?

Pág.40

PC 044 SOBREVIDA DA NEOPLASIA DO PULMÃO EM ESTADIO PT1N0 EM DOENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO

Pág.41

PC 045 QUIMIOTERAPIA NO CANCRO DO PULMÃO ESTÁDIO III – REVISÃO DE 6 ANOS

Pág.41

PC 046 ESPLENOSE PULMONAR, UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Pág.42

PC 047 HIPERPLASIA IDIOPÁTICA DIFUSA DE CÉLULAS NEUROENDÓCRINAS PULMONARES (DIPNECH) – UMA ENTIDADE COM POTENCIAL CANCERÍGENO A NÃO ESQUECER

Pág.43

PC 048 CANCRO DO PULMÃO EM ESTADIO IV – SERÁ A CURA POSSÍVEL?

Pág.44

PC 049 TERAPÊUTICA COM PEMBROLIZUMAB NO CARCINOMA DO PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS – EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Pág.45

PC 050 NÓDULOS PULMONARES – PROTOCOLO DE SEGUIMENTO: FAZ SENTIDO EM TODOS OS DOENTES?

Pág.46

PC 051 TRANSFORMAÇÃO EM CÉLULAS PEQUENAS COMO MECANISMO DE RESISTÊNCIA NO CARCINOMA PULMONAR DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS COM MUTAÇÃO DO EGFR TRATADO COM INIBIDORES DE QUINASE DA TIROSINA: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Pág.47

PC 052 EFICÁCIA DO OSIMERTINIB NO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS COM MUTAÇÃO T790M DO EGFR, PREVIAMENTE TRATADO COM INIBIDORES DA QUINASE DA TIROSINA DE 1ª/2ª GERAÇÃO E SEU PERFIL DE RESISTÊNCIA

Pág.48

PC 053 CARCINÓIDE TÍPICO DO PULMÃO METASTIZADO – UMA ENTIDADE RARA

Pág.49

PC 054 FIBROMATOSE DESMÓIDE INTRATORÁCICA: UM TUMOR RARO

Pág.50

PC 055 TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO DO PULMÃO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Pág.50

PC 056 UM DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL NUM JOVEM ADULTO

Pág.51

PC 057 TRANSFORMAÇÃO HISTOLÓGICA DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO PARA CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUENAS COMO MECANISMO DE RESISTÊNCIA AOS TKIS – RELATO DE DOIS CASOS

Pág.52

PC 058 A EXPERIÊNCIA COM ALECTINIB NO CONTROLO DA METASTIZAÇÃO CEREBRAL DO CPNPC ALK+

Pág.53

PC 059 PEMBROLIZUMAB EM PRIMEIRA LINHA NO TRATAMENTO DE DOENTES COM CARCINOMA PULMONAR DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS

Pág.53

PC 060 QUALIDADE DE VIDA COMO A PRIORIDADE: O CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO NO DERRAME PLEURAL MALIGNO

Pág.54

PC 061 CARCINOMA PLEOMÓRFICO DO PULMÃO, UM SUBTIPO RARO E AGRESSIVO: APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

Pág.55

PC 062 TUMORES SÍNCRONOS – AS METÁSTASES NO CENTRO DA DISCUSSÃO

Pág.56

PC 063 AVALIAÇÃO DO PERFIL DE SEGURANÇA DO OSIMERTINIB EM DOENTES COM CARCINOMA PULMONAR DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS PREVIAMENTE TRATADO COM INIBIDORES DA QUINASE DA TIROSINA DE 1ª/2ª GERAÇÃO

Pág.57

PC 064 DABRAFENIB E TRAMETINIB – UMA TERAPÊUTICA INOVADORA, EFICAZ E BEM TOLERADA

Pág.58

PC 065 METASTIZAÇÃO DE ADENOCARCINOMA – NEM SEMPRE O PULMÃO É O “MAU DA FITA”

Pág.58

PC 066 EXPERIÊNCIA COM NIVOLUMAB EM DOENTES COM CARCINOMA NÃO-PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO

Pág.59

PC 067 UMA RARA MANIFESTAÇÃO REUMATOLÓGICA NA NEOPLASIA PULMONAR

Pág.60

PC 068 IMUNOEXPRESSÃO DE PD-L1 SELECIONA DOENTES PARA TRATAMENTO COM INIBIDORES DA TIROSINA QUINASE EM CARCINOMAS PULMONARES

Pág.61

PC 069 CARCINOMA ADENÓIDE QUÍSTICO PULMONAR E DA TRAQUEIA: REVISÃO DE 8 CASOS

Pág.61

PC 070 TUMORES CARCINOIDES DO PULMÃO OPERADOS – ANÁLISE DE 2005-2018 DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Pág.62

PC 071 ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO QLQ-LC29 PARA A LÍNGUA E POPULAÇÃO PORTUGUESA

Pág.63

PC 072 METASTIZAÇÃO CARDÍACA DE NEOPLASIA DO PULMÃO – UM DIAGNÓSTICO RARO MAS NEFASTO

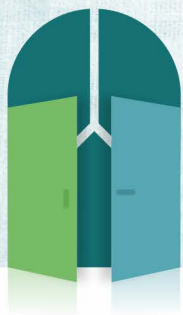
Pág.64

PC 073 LENT SCORE NA AVALIAÇÃO PROGNÓSTICA NO DERRAME PLEURAL MALIGNO – O IMPACTO DA TERAPÊUTICA COM TKIS

Pág.65

PC 074 AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO INICIAL N/L E SOBREVIVÊNCIA EM DOENTES TRATADOS COM IMUNOTERAPIA NO CANCRO DO PULMÃO

Pág.66



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 075 **LINFOMA EXTRANODAL DA ZONA MARGINAL DO PULMÃO – UM DIAGNÓSTICO POUCO FREQUENTE**

Pág.67

PC 076 **RETIRADO**

Pág.68

PC 077 **O USO DO QUESTIONÁRIO STOP-BANG NOS DOENTES HIPERTENSOS**

Pág.68

PC 078 **MECANISMOS CELULARES E MOLECULARES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO**

Pág.69

PC 079 **AValiação DA TERAPIA COM NIGHT SHIFT NO TRATAMENTO DA SAOS POSICIONAL**

Pág.70

PC 080 **COMPARAÇÃO DA PRECISÃO E USABILIDADE DE 2 DISPOSITIVOS DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIA – ALICE PDX VERSUS ALICE NIGHTONE**

Pág.71

PC 081 **AValiação DE DOENTES COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO USANDO UMA APLICAÇÃO MÓVEL– ESTUDO ESAMOBAPP**

Pág.72

PC 082 **DA SUSPEITA AO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE APNEIA DO SONO – ANÁLISE DE DOENTES REFERENCIADOS A CONSULTA HOSPITALAR**

Pág.72

PC 083 **ESTRATÉGIAS CHAVE DE ADAPTAÇÃO À VENTILOTERAPIA DE ACORDO COM PERFIS E BARREIRAS DOS INDIVÍDUOS COM SAOS: A REALIDADE DOMICILIÁRIA**

Pág.73

PC 084 **ALTERAÇÃO DE TERAPIA DE AUTO-CPAP DE LONGA DURAÇÃO PARA CPAP EM INDIVÍDUOS COM EFICÁCIA TERAPÊUTICA: QUAL A INFLUÊNCIA NA ADESÃO?**

Pág.74

PC 085 **IMPORTÂNCIA DO TABAGISMO NO SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO**

Pág.75

PC 086 **SCREENING DE DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA**

Pág.76

PC 087 **QUALIDADE DE VIDA E SONO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL CENTRAL**

Pág.76

PC 088 **ATIVIDADE AGRÍCOLA E INFECÇÃO FÚNGICA CRÔNICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Pág.77

PC 089 **DETEÇÃO DE VÍRUS RESPIRATÓRIOS DURANTE A ÉPOCA DA GRIPE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA**

Pág.77

PC 090 **AMICACINA INALADA NA DOENÇA PULMONAR POR MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS**

Pág.78

PC 091 **FATORES INDIVIDUAIS E RESPOSTA CLÍNICA NA PNEUMOCISTOSE: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA**

Pág.79

PC 092 **PNEUMONIA NO DOENTE IMUNOCOMPROMETIDO – CASO CLÍNICO**

Pág.79

PC 093 **PNEUMONIA A PASTEURELLA MULTOCIDA: A IMPORTÂNCIA DA ANAMNESE**

Pág.80

PC 094 **TOSSE CRÔNICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO**

Pág.81

PC 095 **ACTINOMICOSE PULMONAR – A GRANDE IMITADORA**

Pág.81

PC 096 **UM CASO INCOMUM DE PNEUMONIA OBSTRUTIVA**

Pág.82

PC 097 **DOENÇA RESPIRATÓRIA AGUDA NA DREPANOCITOSE: INFECÇÃO VERSUS VASO-OCCLUSÃO**

Pág.83

PC 098 **DA RARIDADE À REALIDADE: PNEUMONIA A RAOULTELLA ORNITHINOLYTICA**

Pág.84

PC 099 **ABCESSOS PULMONARES E EMPIEMA A FUSOBACTERIUM NECROPHORUM**

Pág.85

PC 100 **NEUTROPENIA FEBRIL SECUNDÁRIA A PNEUMONIA POR ROTHIA MUCILAGINOSA: A PROPÓSITO DE UM CASO**

Pág.86

PC 101 **PNEUMONIA REDONDA: APRESENTAÇÃO INCOMUM DE PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA**

Pág.87

PC 102 **AFINAL ERAM FUNGOS!**

Pág.87

PC 103 **PNEUMONITE POR HIDROCARBONETOS APÓS SIFONAGEM DE GASOLINA**

Pág.88

PC 104 **ASPERGILOSE PULMONAR CAVITÁRIA CRÔNICA**

Pág.89

PC 105 **OLIGOFRENIA E TOSSE CRÔNICA – NO QUE PENSAR?**

Pág.89

PC 106 **A CEREJA NO TOPO DO DIAGNÓSTICO**

Pág.90

PC 107 **PNEUMONIA REDONDA: DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO**

Pág.90

PC 108 **EMPIEMA A SALMONELLA – O RELATO DE UM CASO RARO**

Pág.91

PC 109 **VACINAS BACTERIANAS ESPECÍFICAS – ESTÍMULO ÚNICO VERSUS RE-IMUNIZAÇÃO**

Pág.92

PC 110 **QUAL O IMPACTO DA BACTERIEMIA NA PNEUMONIA A S. PNEUMONIAE?**

Pág.93

PC 111 **TUBERCULOSE NO DOENTE SOB TERAPÊUTICA BIOLÓGICA**

Pág.94

PC 112 **A SILICOSE NA SOMBRA DA TUBERCULOSE: A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA**

Pág.95

PC 113 **TUBERCULOSE, UMA FORMA INVULGAR DE APRESENTAÇÃO**

Pág.96

PC 114 **A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS DE TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAR**

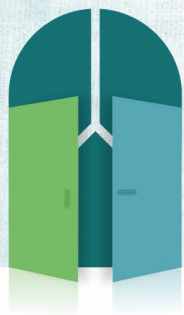
Pág.97

PC 115 **NEOPLASIA DA EPIGLOTE E TUBERCULOSE PULMONAR – CONCOMITANTE OU SEQUENCIAL?**

Pág.98

PC 116 **TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA – UMA APRESENTAÇÃO RARA**

Pág.99



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 117 **TUBERCULOSE DISSEMINADA – É PRECISO SUSPEITAR DA GRANDE IMITADORA!**

Pág.99

PC 118 **TESTE TUBERCULÍNICO VS IGRA NO RASTREIO DE TUBERCULOSE LATENTE EM INDIVÍDUOS CANDIDATOS A TERAPÊUTICA BIOLÓGICA**

Pág.100

PC 119 **UMA CAUSA INESPERADA, RARA, DE DERRAME PLEURAL**

Pág.101

PC 120 **PSEUDOANEURISMA DE RASMUSSEN, UMA CAUSA RARA DE HEMOPTISES COM ORIGEM NA ARTÉRIA PULMONAR.**

Pág.102

PC 121 **TUBERCULOSE LATENTE NOS DOENTES CANDIDATOS A TERAPÊUTICA BIOLÓGICA – RASTREAR PARA EVITAR**

Pág.103

PC 122 **TUBERCULOSE OCULAR – CASUÍSTICA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA DOS ÚLTIMOS 3 ANOS**

Pág.104

PC 123 **TUBERCULOSE: A GRANDE IMITADORA**

Pág.105

PC 124 **PNEUMONIA NECROTIZANTE?**

Pág.105

PC 125 **TUBERCULOSE DISSEMINADA E DOENÇA PULMONAR QUÍSTICA, UMA ASSOCIAÇÃO RARA**

Pág.106

PC 126 **DÉFICE DE SUBCLASSES DE IMUNOGLOBULINA G E BRONQUIECTASIAS – ESTUDO RETROSPECTIVO**

Pág.107

PC 127 **FIBROSE QUÍSTICA NO ADULTO ACIMA DOS 40 ANOS – CASUÍSTICA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA**

Pág.108

PC 128 **ISOLAMENTO DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA EM DOENTES COM FIBROSE QUÍSTICA – O PERFIL DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA**

Pág.109

PC 129 **PERFIL MICROBIOLÓGICO DE DOENTES COM BRONQUIECTASIAS: UMA COORTE PORTUGUESA**

Pág.110

PC 130 **DIVERSIDADE FENOTÍPICA NAS EXACERBAÇÕES DE BRONQUIECTASIAS**

Pág.111

PC 131 **SOLUÇÃO SALINA HIPERTÓNICA NEBULIZADA NO TRATAMENTO DE BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE QUÍSTICA: A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA.**

Pág.112

PC 132 **UTILIDADE DO ÓXIDO NÍTRICO NASAL NO RASTREIO DE DISCINÉSIA CILIAR PRIMÁRIA – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO**

Pág.113

PC 133 **VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NA PREVENÇÃO DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA APÓS EXTUBAÇÃO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Pág.114

PC 134 **TROMBOEMBOLISMO PULMONAR ASSOCIADO A MUTAÇÕES DO GENE MTHFR E PAI-1 – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Pág.115

PC 135 **POLIANGEITE MICROSCÓPICA COM HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: UMA ESTADIA PROLONGADA NUMA UCI**

Pág.116

PC 136 **PSEUDOANEURISMA DE RASMUSSEN. UMA EMERGÊNCIA HEMORRÁGICA IMINENTE**

Pág.117

PC 137 **LAVADO BRONCOALVEOLAR NO DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE PNEUMONIA EM UCI: O TIMING IMPORTA?**

Pág.118

PC 138 **PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE NA UCI: 4 ANOS EM RETROSPECTIVA**

Pág.118

PC 139 **PNEUMONIA À ADMISSÃO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DE UM ANO**

Pág.119

PC 140 **A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO PROCESSO DE DESMAME VENTILATÓRIO (VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA PROFILÁCTICA E FACILITADORA)**

Pág.120

PC 141 **COMPLICAÇÕES E SEGURANÇA NA REALIZAÇÃO DE BRONCOSCOPIA TERAPÊUTICA POR ESTENOSE TRAQUEO-BRÔNQUICA MALIGNA: EXPERIÊNCIA DA VIDA-REAL**

Pág.121

PC 142 **ENCERRAMENTO DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA POR AMPLATZER OCCLUDER – PRIMEIRO CASO DESCRITO EM PORTUGAL**

Pág.122

PC 143 **UTILIDADE CLÍNICA E SEGURANÇA DO EUS-B NA ABORDAGEM DE LESÕES MEDIASTÍNICAS E PULMONARES**

Pág.123

PC 144 **BRONCOFIBROSCOPIA NA ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DE DERRAME PLEURAL**

Pág.123

PC 145 **PLEURODESE NO DERRAME PLEURAL MALIGNO: DUAS ABORDAGENS TÉCNICAS NUM ESTUDO RETROSPECTIVO**

Pág.124

PC 146 **CRIOBIÓPSIA PULMONAR TRANSBRÔNQUICA NAS DOENÇAS PULMONARES DIFUSAS: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 24 CASOS**

Pág.124

PC 147 **UM CASO DE DOENÇA DE DIEULAFOY BRÔNQUICA**

Pág.125

PC 148 **ESTENOSE SUB-GLÓTICA CONGÊNITA – A PROPÓSITO DE DISPNEIA DE ESFORÇO NO ADULTO**

Pág.125

PC 149 **CORPOS ESTRANHOS NA ÁRVORE BRÔNQUICA: EXPERIÊNCIA DA UNIDADE DE PNEUMOLOGIA DE INTERVENÇÃO DO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO**

Pág.126

PC 150 **O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Pág.127

PC 151 **VALOR PREDITIVO NEGATIVO DO EBUS PARA N2 NA NEOPLASIA DO PULMÃO**

Pág.128

PC 152 **ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO APÓS ACIDENTE DE VIAÇÃO DE ALTA CINÉTICA**

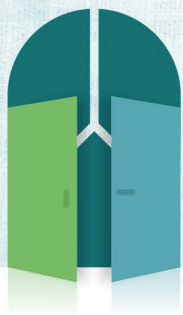
Pág.129

PC 153 **QUALIDADE BIOLÓGICA: A IMPORTÂNCIA DO NÚMERO DE CONTROLOS**

Pág.130

PC 154 **QUANDO AS PROVAS FUNCIONAIS NÃO CUMPREM CRITÉRIOS DE QUALIDADE – UM CASO INCOMUM**

Pág.130



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 155 **CORRELAÇÃO DA PROVA DA MARCHA DE 6 MINUTOS COM PARÂMETROS FUNCIONAIS RESPIRATÓRIOS NOS DOENTES COM DPOC**
Pág.131

PC 156 **PAPEL DA CONDUTÂNCIA NA PROVA DE BRONCODILATAÇÃO**
Pág.131

PC 157 **TERAPIA DE ALTO-FLUXO NASAL | UMA REALIDADE NO DOMICÍLIO?**
Pág.132

PC 158 **DEFICIÊNCIA EM ALFA-1-ANTITRIPSINA: O GENÓTIPO PI*ZZ É O ÚNICO VILÃO?**
Pág.133

PC 159 **DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA ASSOCIADA À VARIANTE MMALTON/MPALERMO - VARIABILIDADE GENÉTICA E CLÍNICA NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA**
Pág.133

PC 160 **UMA PRIMEIRA CONSULTA EM GRUPO NA CESSAÇÃO TABÁGICA - SOLUÇÃO À VISTA?**
Pág.134

PC 161 **CONHECIMENTOS E ABORDAGEM AO TABAGISMO POR INTERNOS DE UM HOSPITAL**
Pág.134

PC 162 **MIELOLIPOMA MEDIASTÍNICO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**
Pág.135

PC 163 **TORÇÃO PULMONAR ESPONTÂNEA - RELATO DE UM CASO RARO**
Pág.136

PC 164 **MASSAS MEDIASTÍNICAS ANTERIORES E O PAPEL DA RM**
Pág.137

PC 165 **TUMOR DESMÓIDE - CASO RARO DE MASSA TORÁCICA GIGANTE**
Pág.138

PC 166 **UM LÍQUIDO PLEURAL ELÁSTICO - O QUE PODERÁ SER?**
Pág.139

PC 167 **PNEUMOTÓRAX PÓS-BIÓPSIA TRANSTORÁCICA GUIADA POR TC - AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO DE CONTROLO RADIOLÓGICO**
Pág.140

PC 168 **DURAÇÃO DE DRENAGEM TORÁCICA NO PNEUMOTÓRAX SECUNDÁRIO**
Pág.141

PC 169 **CAUSAS RARAS DE DERRAME PLEURAL EXSUDATIVO BENIGNO: A PROPÓSITO DE 5 CASOS CLÍNICOS**
Pág.141

PC 170 **PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO - DIFERENTES FACES, O MESMO QUADRO**
Pág.142

PC 171 **PLACAS BACTERIANAS PLEURAS POR TRANSLOCAÇÃO DIAFRAGMÁTICA - UM ACHADO TORACOSCÓPICO**
Pág.143

PC 172 **DERRAME PLEURAL DE NOVO NA DOENÇA HEPÁTICA TERMINAL: NÃO ESQUECER TUBERCULOSE!**
Pág.144

PC 173 **DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE - QUANDO A ETIOLOGIA NÃO É EVIDENTE**
Pág.145

PC 174 **DERRAME PLEURAL MALIGNO: A IMPORTÂNCIA DO PH COMO MARCADOR PROGNÓSTICO.**
Pág.146

PC 175 **PNEUMOTORAX BILATERAL ASSOCIADO A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA E IN-EXSUFLADOR MECÂNICO EM DOENTE NEUROMUSCULAR**
Pág.146

PC 176 **FIBRINÓLISE INTRAPLEURAL VS VATS NA ABORDAGEM DE DERRAME PLEURAL PARAPNEUMÔNICO COMPLICADO OU EMPIEMA**
Pág.147

PC 177 **DERRAME PLEURAL BILATERAL E PNEUMOTÓRAX RECIDIVANTES - UM CASO RARO DE ENDOMETRIOSE TORÁCICA**
Pág.148

PC 178 **CONTROVÉRSIAS NA DRENAGEM TORÁCICA: INQUÉRITO SOBRE ABORDAGEM DO PNEUMOTÓRAX**
Pág.149

PC 179 **TORACOSCOPIA MÉDICA: UM RECURSO ÚTIL MAS DE ACESSO LIMITADO NUM HOSPITAL PERIFÉRICO**
Pág.149

PC 180 **O "NASCER" DE UM TERATOMA**
Pág.150

PC 181 **DERRAME PLEURAL COMO MANIFESTAÇÃO RARA DA SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA IDIOPÁTICA - RELATO DE CASO**
Pág.151

PC 182 **O IMPROVÁVEL DIAGNÓSTICO DE UM NUT MIDLINE CARCINOMA**
Pág.152

PC 183 **UM CASO RARO DE HIDROTÓRAX NA SÍNDROME DE BUDD-CHIARI**
Pág.153

PC 184 **QUILOTÓRAX TRANSUDADO: ASSOCIAÇÃO RARA NA CIRROSE HEPÁTICA**
Pág.154

PC 185 **PREDITORES ASSOCIADOS AO SUCESSO DA PLEURODESE E SOBREVIVÊNCIA NO DERRAME PLEURAL MALIGNO**
Pág.155

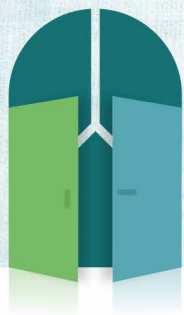
PC 186 **ÍNDICE DE AUTOEFICÁCIA ADAPTADO PARA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA (PRAISE) - VALIDAÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA**
Pág.155

PC 187 **MÍNIMA DIFERENÇA DE IMPORTÂNCIA CLÍNICA DA BRIEF-BESTEST EM PESSOAS COM DPOC DEPOIS DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA**
Pág.156

PC 188 **A FADIGA PREDIZ EXACERBAÇÕES DURANTE PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO EM DOENTES COM DPOC.**
Pág.157

PC 189 **TELEMONITORIZAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA VIDA DIÁRIA: BENEFÍCIOS ACRESCIDOS PARA O DOENTE EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA**
Pág.158

PC 190 **OS PRIMEIROS PASSOS DA TELEREABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA DOMICILIÁRIA NO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE**
Pág.158



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 001

DISTINGUIR A DOENÇA PULMONAR BENIGNA RELACIONADA COM A EXPOSIÇÃO AO AMIANTO DA MALIGNA – A PERSPECTIVA RADIOLÓGICA

Autor do trabalho:

RUTE MARTINS

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Co-Autores do trabalho:

MAFALDA MACHADO; PEDRO ALVES; CLÁUDIA GUERREIRO; GRAÇA AFONSO; ISABEL RUIVO; ULISSES BRITO

Palavras-chave: AMIANTO, RADIOLOGIA, PATOLOGIA PLEURAL, PATOLOGIA DO PARÊNQUIMA PULMONAR

Introdução: O termo amianto refere-se a um grupo de fibras minerais que foram tradicionalmente utilizadas na produção industrial, minas e construção. Quando inalados, os pós de amianto podem ser eliminados pelo sistema mucociliar do trato respiratório superior, mas quando as fibras atingem os alvéolos, uma resposta imune é despoletada. Esta reação inflamatória, mediada essencialmente por macrófagos e fibroblastos, é perpetuada como um processo de inflamação crónica que pode originar fibrose pulmonar e aumentar o risco de neoplasias.

Atualmente são bem conhecidos os efeitos adversos para a saúde da inalação das fibras de amianto, sendo as consequências mais graves as neoplasias do pulmão e o mesotelioma. Apesar da sua utilização ter sido banida ou fortemente restringida em mais de 50 países, dado o longo período de latência desde a exposição até ao aparecimento da doença (até 60 anos), os estudos indicam que a patologia associada ao amianto não irá diminuir nos próximos 10-15 anos.

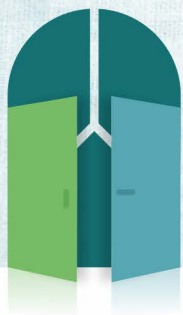
Objetivos: Os objetivos deste trabalho foram os seguintes: 1) fornecer uma breve revisão pictórica das alterações do parênquima pulmonar e da pleura associadas à exposição ao amianto, encontradas na radiografia de tórax e na tomografia computadorizada (TC) e 2) apresentar características discriminatórias que permitam distinguir doença benigna de maligna.

Métodos: Realizámos uma revisão dos casos de doença benigna e maligna pulmonar associada à exposição ao amianto observados na consulta de Pneumologia ou admitidos no Serviço de Pneumologia no Centro Hospitalar Universitário do Algarve durante um período de 10 anos. Destes, foram escolhidos os casos mais representativos (n=7) por forma a fornecer uma clara revisão pictórica das doenças pleuro-parenquimatosas mais frequentes e os achados radiológicos mais importantes que auxiliam os clínicos a diferenciar a patologia benigna da maligna.

Resultados: A doença benigna tem como apresentação radiológica o derrame pleural, o espessamento pleural difuso, a atelectasia redonda (síndrome de Blesovsky), bandas fibróticas e a asbestose (fibrose intersticial difusa do pulmão). A doença neoplásica associada à exposição ao amianto manifesta-se através do mesotelioma da pleura, apesar de também poder surgir no peritórax e no pericárdio (entre outros tecidos), e o carcinoma broncogénico. Apesar da radiografia de tórax poder ser suficiente para alguns diagnósticos como o derrame pleural benigno e as placas pleurais calcificadas, a TC convencional e de alta resolução são mais sensíveis e específicas.

As características definidas como mais discriminatórias para distinguir espessamento pleural maligno relativamente ao benigno são as seguintes: a presença de um “anel” pleural, nodularidade pleural, espessura pleural maior que 1 cm e envolvimento da pleura mediastínica.).

Conclusão: O reconhecimento das manifestações radiológicas das doenças pleuro-parenquimatosas associadas à exposição ao amianto é essencial a todos os médicos que acompanhem doentes com queixas respiratórias e exposição prévia ao amianto conhecida (ou mesmo desconhecida). Por outro lado, é essencial identificar os critérios imagiológicos discriminatórios da patologia maligna relativamente à benigna.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 002

TRATAMENTO DA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA COM ANTIFIBRÓTICOS: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE BRAGA

Autor do trabalho:

DIANA PIMENTA

Hospital de Braga

Co-Autores do trabalho:

RUI ROLO; LURDES FERREIRA; DANIELA RODRIGUES; MARIA JOÃO ARAÚJO; FILIPA AGUIAR; RAQUEL PEREIRA

Palavras-chave: FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA, ANTIFIBRÓTICOS, PIRFENIDONA, NINTEDANIB

Introdução: A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma pneumonia intersticial idiopática crônica, progressiva, com uma sobrevida média após o diagnóstico de 2 a 5 anos. Caracteriza-se por um padrão radiológico e histopatológico de pneumonia intersticial usual. O objetivo do tratamento é reduzir a taxa de progressão da doença assim como diminuir eventos graves como a exacerbação aguda. Neste sentido, a introdução da pirfenidona e do nintedanib ofereceram um avanço significativo no tratamento da FPI.

Objectivo: Avaliar retrospectivamente doentes com FPI submetidos a tratamento com pirfenidona e nintedanib, no Serviço de Pneumologia do Hospital de Braga.

Métodos: Incluídos no estudo os doentes com FPI seguidos na consulta de interstício pulmonar que iniciaram terapêutica com pirfenidona ou nintedanib. A caracterização da amostra teve por base dados demográficos, clínicos, laboratoriais e testes de função pulmonar. Os resultados foram registados no início do tratamento e em avaliações periódicas posteriores (T0, T1, T2 e T3), com testes de função respiratória e frequência de efeitos laterais reportados.

Resultados: Identificaram-se 41 doentes com FPI, dos quais 22 iniciaram tratamento com antifibróticos: pirfenidona (6) ou nintedanib (16); 16 homens e 6 mulheres, com idade média ao diagnóstico de 67.2 ± 9.2 anos. A dispneia foi o sintoma mais referido (86.4%) e 54.5% dos doentes referiram tosse seca. A maioria dos doentes era ex-fumador (64%). Registou-se uma média de 28 meses entre o início dos sintomas e o diagnóstico.

O intervalo médio entre as avaliações (T0-T1-T2-T3) foi de 6 meses. Após o início do tratamento verificou-se estabilidade da FVC, FEV1, TLC e DLCO ao longo das três avaliações realizadas nos doentes sob terapêutica com os antifibróticos.

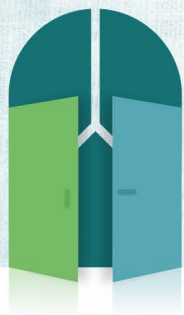
No doentes sob tratamento com pirfenidona, observou-se estabilidade da FVC (64.5%, 70.4%, 73.3%, 68%) e diminuição progressiva da DLCO (53.7%, 35.7%, 23.7%, 29.3%), nas respectivas avaliações. Resultados semelhantes foram registados no grupo tratado com nintedanib, mas com estabilidade da DLCO: FVC (75.3%, 85.1%, 83.7%, 80.8%) e DLCO (35.7%, 33%, 31.1%, 38%).

Os principais efeitos laterais registados foram: as náuseas, a diarreia, a dor abdominal, o emagrecimento e as alterações hepáticas. Registaram-se efeitos laterais em 50% dos doentes. Estes efeitos foram mais frequentes nos doentes sob terapêutica com nintedanib. No grupo sob tratamento com nintedanib registaram-se os seguintes efeitos laterais: diarreia (7 doentes), náuseas (5 doentes), emagrecimento (3 doentes), toxicidade hepática (3 doentes), dor abdominal (2 doentes). No grupo sob tratamento

com pirfenidona registaram-se náuseas (1 doente) e emagrecimento (1 doente). Foi suspensa terapêutica em 5 doentes medicados com nintedanib; definitivamente em 4 doentes (por diarreia e toxicidade hepática) e temporariamente num doente. A pirfenidona não foi suspensa em nenhum doente. O tempo médio de tratamento registado foi de 19.7 ± 14.8 meses. Da amostra estudada registaram-se 9 óbitos, em consequência de exacerbação aguda, numa média de 16.5 meses após início do tratamento. Como $n < 30$, não foi possível estabelecer comparações entre ambos os fármacos.

Discussão: Este estudo corrobora que ambos os fármacos parecem ser uma boa escolha terapêutica no que respeita à estabilidade funcional dos doentes com FPI.

O maior número de efeitos laterais registados nos doentes sob terapêutica com nintedanib pode estar relacionado com uma maior amostra de doentes submetidos a esta terapêutica, comparativamente com a amostra de doentes sob pirfenidona.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 003

CARDIOVERSÃO ELÉTRICA: UMA CAUSA QUASE DESCONHECIDA DE HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA

Autor do trabalho:

RAQUEL VIANA

Centro Hospitalar de Leiria

Co-Autores do trabalho:

JOÃO CORDEIRO DA COSTA; SALVATO FEIJÓ

Palavras-chave: HEMOPTISES, HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA, CARDIOVERSÃO ELÉTRICA

Introdução: A cardioversão elétrica é um procedimento amplamente utilizado em Cardiologia para reversão de arritmias, com baixa taxa de complicações. A hemorragia alveolar difusa após cardioversão elétrica é muito rara, tendo sido reportado apenas um caso na literatura.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 47 anos, com antecedentes de dislipidemia, fibrilhação auricular paroxística e história de hemoptises após cardioversão elétrica em 2016. Recorreu ao Serviço de Urgência por palpitações e cansaço fácil para pequenos esforços. Realizado eletrocardiograma, que revelou fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida. Após quatro tentativas de cardioversão elétrica sem sucesso, o doente teve alta clínica sob apixabano e amiodarona. Horas depois desenvolveu quadro de ortopneia e hemoptises de médio volume. A radiografia do tórax evidenciou opacidades heterogêneas bilateralmente. Realizada tomografia computadorizada do tórax, que mostrou opacidades em vidro despolido com distribuição peribronquial, difusas e bilaterais, sugestivas de hemorragia alveolar, e derrame pleural bilateral de pequeno volume. A ecocardiografia transtorácica demonstrou disfunção ventricular esquerda grave por hipocinésia difusa, com fração de ejeção de 25%. Não foi efetuada broncofibroscopia por disfunção cardíaca grave.

Suspendeu anticoagulação e foi iniciada perfusão de ácido aminocapróico, com cessação de hemoptises. Foram excluídas etiologias como bronquiectasias, vasculites ou infecção (parâmetros inflamatórios, ANAs e ANCAs negativos). Realizada tomografia computadorizada do tórax de reavaliação após 2 semanas, evidenciando melhora significativa das opacidades em vidro despolido. Realizada nova avaliação imagiológica 5 meses após alta clínica, sem alterações no parênquima pulmonar.

Conclusão: A hemorragia alveolar difusa surge por sangramento difuso diretamente no espaço alveolar. No presente caso o doente tinha risco hemorrágico acrescido devido a anticoagulação. O diagnóstico diferencial incluiu edema agudo do pulmão por disfunção cardíaca grave. Contudo, o quadro de hemoptises não se enquadrava nesta hipótese de diagnóstico, motivando a suspeita de hemorragia alveolar.

A associação ente cardioversão elétrica e hemorragia alveolar difusa é quase desconhecida, podendo estar subestimada por ausência de perdas hemáticas visíveis. Concluindo, a hemorragia alveolar difusa deve ser um diagnóstico a considerar num doente com hemoptises após cardioversão elétrica.

PC 004

HEMOSIDEROSE PULMONAR IDIOPÁTICA NUM ADULTO COM DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA – COINCIDÊNCIA OU UMA ASSOCIAÇÃO DESCONHECIDA?

Autor do trabalho:

FRANCISCO VIANA MACHADO

Centro Hospitalar Universitário São João

Co-Autores do trabalho:

MARIA SUCENA; HÉLDER NOVAIS-BASTOS

Palavras-chave: HEMOSIDEROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 46 anos de idade, trabalhadora em limpezas, com história de depressão. Recorreu ao serviço de urgência por hemoptises de pequeno volume desde há uma semana, referindo também dois episódios auto-limitados nos meses anteriores. O exame físico, estudo analítico e radiografia não mostraram alterações relevantes. Teve alta medicada com anti-tússico e encaminhada para consulta de Pneumologia.

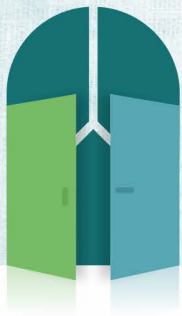
Durante os meses seguintes a doente manteve hemoptises de pequeno volume, mas persistentes. A broncofibroscopia não mostrou anomalias morfológicas, mas o lavado bronco-alveolar foi compatível com hemorragia alveolar. A TC torácica mostrou algumas opacidades em vidro despolido dispersas, inespecíficas. O estudo autoimune, incluindo anticorpos anti-citoplasma dos neutrófilos (ANCA), foi negativo. Devido a história familiar de deficiência de alfa-1 antitripsina (AAT) (irmão diagnosticado com enfisema severo), a doente foi testada, apresentando um genótipo PiZZ. A função hepática e ecografia abdominal foram normais. A única anormalidade no estudo funcional foi um défice de difusão (DLCO 40% do previsto).

Devido a agravamento das hemoptises a doente foi internada, apresentando nesta altura uma anemia ferropénica severa. Foi iniciada suplementação com ferro e a doente foi submetida a arteriografia brônquica, com embolização de uma pequena fístula arterio-arterial. Nos dois meses seguintes a doente manteve hemoptises persistentes de pequeno volume, mas recuperou da anemia. Uma segunda arteriografia não mostrou outras alterações na circulação brônquica.

A doente foi então submetida a criobiópsia pulmonar transbrônquica, que mostrou preenchimento alveolar com sangue, mas sem indícios de vasculite ou outras causas de hemorragia alveolar. Após o procedimento a doente teve uma exacerbação do quadro, com dispneia agravada e aparecimento de opacidades em vidro despolido difusas na TCAR torácica. Foram iniciados pulsos de metilprednisolona, com grande melhora clínica e radiológica após a primeira toma.

Dados os resultados descritos, na ausência de uma etiologia específica, foi assumido o diagnóstico de Hemosiderose Pulmonar Idiopática (HPI) e foi iniciado tratamento com ciclofosfamida intravenosa pulsada.

Apesar de a deficiência de alfa-1 antitripsina estar associada a vasculites ANCA-positivas, a sua associação com a HPI não foi previamente reportada. É pouco provável que estas duas entidades raras possam coexistir sem uma ligação fisiopatológica. Apesar de a etiologia da HPI ser ainda desconhecida, a resposta a terapêuticas imunossupressoras sugere um processo imunomediado. A AAT tem um papel imunomodulador



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

comprovado através da redução da produção de citocinas pró-inflamatórias, inibição da apoptose, bloqueio da desgranulação e migração dos leucócitos e modulação da resposta inflamatória local e sistêmica. É necessária mais evidência para ajudar a clarificar esta possível interação e esclarecer a patogénese da HPI.

PC 005

BRONQUIOLITE CRÓNICA OCUPACIONAL SECUNDÁRIA À DECAPAGEM METALÚRGICA COM ÁCIDO NÍTRICO

Autor do trabalho:

EDUARDA SEIXAS

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Co-Autores do trabalho:

PEDRO GONÇALO FERREIRA

Palavras-chave: BRONQUIOLITE, ÁCIDO NÍTRICO, NO₂, TOXICIDADE PULMONAR, OCUPACIONAL

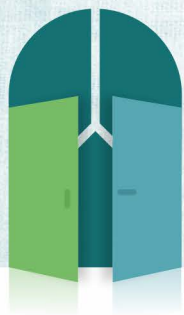
Introdução: A toxicidade pulmonar por mecanismo inalatório pode resultar da exposição a uma multiplicidade de compostos químicos. Na indústria metalúrgica, várias substâncias utilizadas nos processos de galvanização, podem causar graves efeitos ao nível das vias aéreas e parênquima pulmonar. O curso clínico, patofisiologia e tratamento de formas de toxicidade pulmonar secundárias a ácido nítrico encontram-se parcamente documentados na literatura.

Caso Clínico: Mulher, 50 anos, não fumadora e sem historial médico relevante. Orientada para consulta de Pneumologia por dispneia de esforço grau 2 mMRC e tosse crónica improdutiva, contumaz e refratária a prescrições de antitússicos, broncodilatadores e corticosteroide inalado (Leicester Cough Quest: total 10.6 (físico-3.75;psicológico-3.57;social-3.25). Trabalhava como operária fabril metalúrgica na secção de cromagem, manipulando ácido nítrico para decapagem de peças metálicas. Radiograficamente com padrão intersticial retículo-micronodular difuso com focos de consolidação alveolar subsegmentares nos andares médios. ATC torácica mostrava áreas de opacificação "tree-in-bud", focos de densificação alveolar peribronquicos e bronquiectasias no lobo superior direito, lobo médio e língula. Funcionalmente com índice Tiffeneau-Pinelli de 0.86, FEV₁-109%, FVC-106%, TLC-104%, RV-107%, DLCOsb-77%, KCO-93%. Estudo autoimune negativo. Broncofibroscopia sem alterações endoscópicas, sendo o estudo microbiológico invasivo negativo.

Sob suspeita de bronquiolite inalatória e para documentação, realizou biópsia pulmonar cirúrgica por VATS (lobo superior e inferior direitos). Esta evidenciou parênquima com preservação da arquitetura, infiltrado linfoplasmocitário na parede bronquiolar com polimorfonucleares, hipertrofia da camada muscular brônquica e fibrose da parede bronquiolar, sem focos de pneumonia organizativa/pólipos miofibroblásticos ou aspetos de inflamação intersticial. Após discussão multidisciplinar foi diagnosticada com bronquiolite crónica inalatória a ácido nítrico/NO₂, originada pelo contacto do ácido nítrico com metais.

Iniciou terapêutica com prednisolona e azitromicina em regime de imunomodulação, em paralelo com medicação paliativa da tosse. Apresentou melhoria progressiva da dispneia e resolução da tosse. A TCAR mostrou resolução parcial das lesões. Encontra-se atualmente com dose de manutenção de prednisolona (5 mg) e inaloterapia, mantendo-se em seguimento na consulta de Pneumologia/Interstício.

Conclusão: A toxicidade pulmonar inalatória depende da concentração, peso e estrutura moleculares bem como a duração e estreiteza da exposição. O ácido nítrico é frequentemente utilizado na indústria metalúrgica na decapagem química que precede a fase de revestimento químico/



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

eletroquímico de metais (cromagem, niquelagem ou zincagem). Além da elevada solubilidade, gera vapores de NO₂ em contacto com metais, que podem ser inalados pelos operários, sobretudo sob ventilação inadequada ou não utilização de equipamento de proteção.

A exposição inalatória a tóxicos/irritantes é causa conhecida de bronquiolite, havendo na literatura casos secundários a ácido nítrico/NO₂, provavelmente resultantes da lesão oxidativa nos bronquíolos terminais/alvéolos. Geralmente a bronquiolite é do tipo constritivo e pouco responsiva aos corticosteróides. Clinicamente pode ter instalação aguda ou mais insidiosa, como foi o caso, sendo frequente o atraso diagnóstico por interpretações prematuras de possível asma/DPOC.

Este caso ilustra uma situação de doença parenquimatosa difusa onde uma história ocupacional minuciosa é elemento fulcral para o reconhecimento final do elo causal. Apesar da correta suspeição diagnóstica inicial, a confirmação histológica foi útil para o reconhecimento da doença como ocupacional (e alavancar a justa compensação da trabalhadora lesada), assim como contributo prognóstico/expectativa de cortico-responsividade.

PC 006

A IMPORTÂNCIA DO LAVADO BRONCOALVEOLAR NA ABORDAGEM DAS DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS

Autor do trabalho:

SÓNIA ISABEL SILVA GUERRA

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Co-Autores do trabalho:

RITA FERRO; MARIANA CONCEIÇÃO; ÂNGELA CUNHA; JOANA CORREIA; JORGE VALE; CARLA ANTÓNIO; ANTÓNIO SIMÕES TORRES

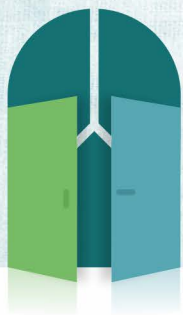
Palavras-chave: DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS. LAVADO BRONCOALVEOLAR. FIBROSE PULMONAR.

Introdução: O lavado broncoalveolar (LBA) é comumente usado na abordagem diagnóstica de doenças pulmonares intersticiais (DPI), em conjugação com a história clínica e achados imagiológicos, podendo confirmar ou apoiar o diagnóstico diferencial. Em doentes com DPI com fibrose pulmonar, a sua contribuição pode ser importante, dado o diagnóstico desafiante desta patologia.

Objetivos: Avaliar o valor diagnóstico do LBA nas diferentes DPI, através da comparação do perfil celular alveolar. Avaliar as diferenças citológicas entre os grupos de DPI com fibrose pulmonar.

Métodos: Análise retrospectiva dos casos em que foi realizado LBA por suspeita de DPI, entre janeiro 2017 e dezembro 2018. Foram incluídos todos os doentes em que foi realizada imunofenotipagem do LBA e com diagnóstico definitivo de DPI estabelecido.

Resultados: Foram incluídos 165 doentes, com idade média de 64 anos, dos quais 60,6% eram homens. Foram analisados os seguintes grupos patológicos: pneumonite de hipersensibilidade (PH; n= 70), dos quais 18,8% correspondiam a pneumonite de hipersensibilidade crónica (PHC); pneumoconiose (n= 36), dos quais 6,1% tinham fibrose maciça; sarcoidose (n= 20), dos quais 1,8% pertenciam ao estadio IV; doenças do tecido conjuntivo associadas a DPI (DTC; n=13), dos quais 1,2% apresentavam padrão fibrosante; fibrose pulmonar idiopática (FPI; n= 7); outras pneumonias intersticiais idiopáticas (PII), que incluíram pneumonia intersticial não específica, pneumonia organizativa criptogénica, bronquiolite respiratória associada a doença pulmonar intersticial e pneumonia intersticial descamativa (n= 19), dos quais 21,1% eram fibrosantes. A análise celular do LBA revelou linfocitose nos grupos de PH, sarcoidose, DTC e pneumoconiose, com diferença significativa entre os valores médios (36%, 35,2%, 22% e 15%, respetivamente, com p= 0,001). Observou-se também uma maior percentagem de neutrófilos nos grupos de FPI (14%), PII (7%) e DTC (6,5%). Contudo, não existe diferença estatística significativa entre os grupos estudados (p= 0,407). Da análise do perfil celular das DPI com fibrose (n= 57) e sem fibrose (n= 108), constatou-se maior neutrofilia no primeiro grupo (5% versus 3%), com significância estatística (p= 0,026). Os doentes com PH aguda/ subaguda tinham maior contagem de linfócitos face à PHC (p= 0,009), não havendo diferença na contagem de neutrófilos (p= 0,413). Comparativamente com a FPI (16,6%), verifica-se também uma diferença na percentagem de linfócitos na PHC (26,9%), pneumoconiose com fibrose maciça (20%) e sarcoidose estadio IV (45%), embora apenas com significância estatística para esta última (p= 0,009).



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

Conclusões: Neste estudo, o LBA teve um papel importante na abordagem das diferentes DPI, verificando-se alveolite linfocítica na PH e sarcoidose e alveolite mista nas DTC. As DPI com fibrose pulmonar, bem como a FPI, apresentaram um aumento significativo de neutrófilos, estando de acordo com a literatura. Na comparação entre PH aguda/ subaguda e PHC constatou-se diminuição significativa da contagem de linfócitos com a cronicidade da doença. Este facto pode dificultar o diagnóstico diferencial, nomeadamente com FPI, levando muitas vezes à realização de procedimentos mais invasivos.

PC 007

FIBROSE PULMONAR FAMILIAR: DESCRIÇÃO DE UMA FAMÍLIA PORTADORA DE MUTAÇÃO NO GENE TERT**Autor do trabalho:****SARA SOFIA ALMEIDA HELENO**

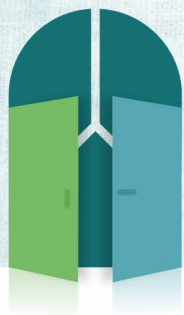
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real

Co-Autores do trabalho:**RITA ROSA; FRANCISCO VIANA MACHADO; NATÁLIA MELO; PATRÍCIA MOTA; JOSÉ MIGUEL PEREIRA; ANDRÉ CARVALHO; SUSANA GUIMARÃES; CONCEIÇÃO SOUTO MOURA; ANTÓNIO MORAIS; HÉLDER NOVAIS BASTOS**

Palavras-chave: FIBROSE PULMONAR FAMILIAR; TELOMERASE; TERT

A Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) constitui a forma mais comum de pneumonia intersticial idiopática. Apesar de ocorrer maioritariamente de forma esporádica, em cerca de 10% dos casos são identificados clusters em famílias – forma denominada fibrose pulmonar familiar (FPF). As mutações mais frequentemente observadas na FPF envolvem genes do complexo de telomerase, nomeadamente os genes TERT e TERC, sendo também associadas a manifestações hematológicas, hepáticas e cutâneas. Apresenta-se o caso de uma mulher de 60 anos (probanda), com trabalho em aviação no passado, não fumadora e sem história de autoimunidade, diagnosticada com FPF. Apresentava padrão imagiológico de pneumonia intersticial usual (UIP) provável e défice moderado da capacidade de difusão alvéolo-capilar de monóxido de carbono, à data do diagnóstico. A sua história familiar estava repleta de casos confirmados e/ou presumidos de doença pulmonar fibrótica, incluindo um tio materno e 5 irmãos, todos falecidos com idade média de 58 anos (intervalo 45 a 75 anos) por causa atribuída a complicações de fibrose pulmonar. A informação disponível mais completa diz respeito ao tio materno, que faleceu aos 75 anos, por exacerbação da doença, apenas 2 meses após estabelecido o diagnóstico de FPI. Na sua primeira avaliação, apresentava um quadro de dispneia de esforço e tosse seca com três meses de evolução, padrão imagiológico de UIP definitiva na tomografia computadorizada de alta resolução e lavado broncoalveolar com elevação da contagem de neutrófilos e eosinófilos. Prosseguiu-se com estudo genético através do painel de NGS multigénico Mendelioma (exoma clínico) do probando, no qual foi detetada a variante patogénica do gene TERT – c. 1630T>C no exão 3. Por referência a consanguinidade com o marido (seria neto do tio materno da doente), este foi avaliado em consulta de rastreio, apresentando-se assintomático, porém igualmente portador de alterações imagiológicas de UIP provável. Tem atualmente o seu estudo genético em curso. Tanto o probando como o seu tio materno apresentavam síndrome de apneia obstrutiva do sono, não havendo registo de outras manifestações (incluindo extrapulmonares) descritas como associadas a FPF. Havia sido documentado no probando sela turca vazia por involução glandular assim como alterações encefálicas enquadráveis em síndrome de Joubert.

Ainda que presente apenas numa pequena percentagem de casos de FPI, as alterações do gene TERT têm sido identificadas sobretudo em casos de FPF. Torna-se importante o aconselhamento genético nas famílias afetadas, de forma a permitir um diagnóstico e início de tratamento precoces. As variantes genéticas, além de constituírem fatores de risco para a FPI,



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

também influenciam o curso natural da doença. Estudos futuros deverão ter em consideração a presença destas variantes, de forma a estabelecer eventual relação entre genótipo e resposta terapêutica, e assim desenvolver abordagens personalizadas.

PC 008

APRESENTAÇÕES DÍSPARES DA SARCOIDOSE**Autor do trabalho:****RITA QUEIROZ RODRIGUES**

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

Co-Autores do trabalho:**MARGARIDA M. CARVALHO; ANA ISABEL LOUREIRO; ANA FERNANDES**

Palavras-chave: SARCOIDOSE, TC TÓRAX, RADIOLOGIA, APRESENTAÇÕES PULMONARES

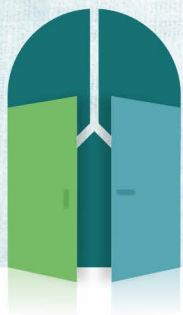
Introdução: A imagiologia é fundamental no diagnóstico e seguimento da sarcoidose. A apresentação típica na TC é a combinação de linfadenopatias hilares bilaterais simétricas e micronódulos bem definidos, de predomínio peribroncovascular, nos lobos superiores. Porém, estão documentadas diversas apresentações atípicas, considerando-se a sarcoidose como “a grande imitadora”.

Caso 1: Mulher, 33 anos, com quadro de dispneia e toracalgia há 5 anos. Assumido o diagnóstico de sarcoidose em consulta privada e na altura realizado corticoterapia com boa evolução. Encaminhada 5 anos após o diagnóstico por agravamento. TC tórax com vidro despolido a toda altura dos campos pulmonares e densificações micronodulares, com distribuição perilinfática sem poupar as bases pulmonares. Realizou biópsia que foi compatível com sarcoidose. Pelo envolvimento extenso e sintomas, iniciou imunossupressão.

Caso 2: Homem, 29 anos, enviado à consulta para estudo de adenopatias. TC tórax a evidenciar nódulos milimétricos dispersos bilateralmente. Biópsia de adenopatia cervical compatível com linfadenopatia crónica granulomatosa, inespecífica. PET a evidenciar marcação exuberante com envolvimento ósseo disseminado (coluna, bacia, esterno, clavículas, omoplatas, costelas, úmeros e fémures) e elevada atividade metabólica, sugerindo como primeira possibilidade doença linfoproliferativa. Porém, pela clínica, LBA, biópsia e ausência de células malignas, assumiu-se o diagnóstico de sarcoidose. Pelo atingimento extenso e astenia iniciou corticoterapia.

Caso 3: Homem, 38 anos, antecedentes de SAF. Síndrome constitucional e tosse seca com 6 meses de evolução. Radiografia torácica com hipotransparências micronodulares dispersas bilateralmente. TC torácico evidenciou múltiplos micronódulos miliares, com predomínio superior. Internado por suspeita de tuberculose pulmonar, que se excluiu. Realizou biópsia pulmonar transtorácica que mostrou infiltrado crónico granulomatoso não necrotizante. Assumido o diagnóstico de sarcoidose, mantém-se em vigilância.

Caso 4: Homem, 52 anos. Seguido em consulta por adenopatias mediastínicas volumosas, consolidações dispersas em ambos os campos pulmonares e hepatoesplenomegalia. Enviado por suspeita de sarcoidose. Realizou EBUS-TBNA, BTT e LBA que foram inconclusivos pelo que realizou biópsia pulmonar cirúrgica que evidenciou granulomas compatíveis com sarcoidose. Sem melhoria com terapêutica imunossupressora, apesar de doença em atividade. Após dois anos, TAC tórax com alteração difusa da arquitetura pulmonar e nódulo com crescente aéreo periférico, sugerindo micetoma; lobos inferiores com espessamento septal e



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

bronquiectasias, indiciando evolução para fibrose. Atualmente sob oxigenoterapia de deambulação.

Discussão: No primeiro caso apresentado, o envolvimento tão difuso do parênquima, com inclusão das bases pulmonares não fazem da sarcoidose o principal diagnóstico.

Cerca de um terço dos doentes com sarcoidose têm adenopatias periféricas palpáveis. Chama-se a atenção para o diagnóstico diferencial entre sarcoidose e linfoma, dado que ambos envolvem gânglios mediastínicos e podem ter apresentações parenquimatosas semelhantes e indistinguíveis. O envolvimento ósseo é incomum e pensa-se que indique um curso clínico crónico e prolongado.

Opacidades miliares constituem um padrão raro na sarcoidose (<1% dos casos), mimetizando outros diagnósticos diferenciais. Opacidades multifocais devidas a sarcoidose pulmonar ocorrem em 10-20% dos doentes. A cavitação destas lesões é um achado muito raro.

Desta forma, a sarcoidose mimetiza uma grande variedade de diagnósticos com diferentes etiologias, sendo, por isso, considerado um diagnóstico de exclusão.

PC 009

FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA E REMODELAÇÃO EPITELIAL: RECONHECIMENTO E PROBABILIDADE DE ERRO**Autor do trabalho:****LINA CARVALHO**

1 – Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal,
2 – Instituto de Anatomia Patológica e Patologia Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Co-Autores do trabalho:

CARLOS FARIA; VÂNIA ALMEIDA; FÁTIMA RAMALHOSA; JOÃO FRAGA;
ANA LAI; M. BEATRIZ PIMENTÃO; RUI ALMEIDA; HELDER MOREIRA;
VITOR SOUSA

Palavras-chave: FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA; REMODELAÇÃO EPITELIAL; PNEUMONIA INTERSTICIAL USUAL

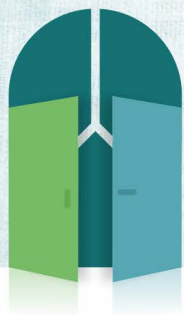
Introdução: Fibroelastose pleuroparenquimatosa é uma entidade rara, cuja patogénese permanece incerta, atualmente. Em lesão pulmonar aguda ou inflamação intersticial, a reparação é reconhecida com reduplicação de fibras elásticas. Mais frequentemente os lobos superiores pulmonares estão comprometidos, predominando em doentes jovens e não fumadores. Contudo, já foram descritos casos em doentes fumadores e de idade avançada, associada a sintomatologia pouco relevante e a melhor prognóstico.

Métodos: Apresentação de caso de doente do género feminino, 29 anos de idade, com pneumotórax direito, submetida a intervenção cirúrgica devido a complicações da doença residual, pelo que foi realizada colheita de tecido pulmonar durante o procedimento cirúrgico.

Resultados: Macroscopicamente, observou-se fragmento pulmonar com 5,5x2,9x2,5cm de dimensões com áreas de enfisema dispersas e de densificação subpleural.

O estudo histopatológico revelou lesões bronco-vasculares com retenção de partículas birrefringentes e bronquiolite constritiva; remodelação lobular com fibroelastose subpleural, fibrose dos septos alveolares e remodelação epitelial assim como infiltrado linfoplasmocítico disperso, também estavam presentes. A imunohistoquímica possibilitou a compreensão de fibroelastose pleuroparenquimatosa envolvendo espaços epiteliais com imunorreação para CK5, TTF1, CK7 e vimentina, correlacionando com bronquiolição pulmonar periférica e bronquiolar.

Discussão: O diagnóstico de fibroelastose pleuroparenquimatosa está bem definido no consenso clínico, radiológico e patológico ATS/ERS (2013). A pneumonia intersticial usual é diagnóstico diferencial, contudo, está associada a um apagamento da arquitectura normal do pulmão, que não se verifica neste caso. O prognóstico desta entidade é reservado com complicações recorrentes, nomeadamente pneumotórax. Atualmente, não há terapêutica efectiva conhecida e especial atenção deverá ser focada em doentes jovens como o presente caso descrito. Outro aspeto a ter em consideração do ponto de vista clínico e patológico é o reconhecimento de focos de remodelação epitelial e de carcinogénese e ainda levar a erro de diagnóstico em exame intra-operatório em lesões com diâmetro inferior a 3cm (Borczuk, A.C., Challenges of Frozen Section in Thoracic Pathology-Lepidic Lesions, Limited Resections, and Margins, 2016).



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 010

DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO NUM DOENTE COM PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO

Autor do trabalho:

MARIA JOÃO SILVA

Leiria

Co-Autores do trabalho:

RAQUEL VIANA; SÓNIA SILVA; SALVATO FEIJÓ

Palavras-chave: DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO; DOENÇA AUTO-IMUNE

A Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC) é uma patologia auto-imune sistémica do tecido conjuntivo caracterizada pela elevação dos títulos de anticorpos anti-U1-ribonucleoproteína (RNP) e manifestações clínicas de Lúpus Eritematoso Sistémico, Esclerodermia, Polimiosite, Dermatomiosite e Artrite Reumatóide.

Apresenta-se o caso de um homem de 28 anos de idade sem antecedentes pessoais de relevo com hábitos tabágicos esporádicos desde os 12 anos de idade.

Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e dor torácica. Objectivamente, eupneico e à auscultação pulmonar com ausência do murmúrio no campo pulmonar esquerdo. A radiografia do tórax evidenciou pneumotórax à esquerda com necessidade de colocação de tubo de toracostomia.

Ao segundo dia de internamento iniciou antibióterápia empírica por febre elevada e persistente com elevação dos parâmetros inflamatórios. A Tomografia Computadorizada (TC) do Tórax evidenciou ainda pneumotórax e derrame pleural moderado à esquerda com enfisema para-septal grave bilateral nos lobos superiores.

Por manter febre e derrame pleural, apesar das medidas instituídas, fez-se estudo mais detalhado do quadro clínico durante o internamento.

Na história pregressa, não valorizada pelo doente, verificou-se um quadro de poliartralgias inflamatórias e aditivas com impotência funcional associadas a rigidez matinal, duração superior a uma hora e melhoria ao longo da manhã, com vários meses de evolução. Simultaneamente, sintomatologia compatível com fenómeno de Raynaud e episódios de diarreia intermitente.

Em avaliação analítica apresentava alfa-1 antitripsina normal, serologias víricas negativas, ANA positivo 1/1280, anti-SM negativos e anti-RNP fortemente positivo.

O ecocardiograma era normal e capilaroscopia demonstrou alterações compatíveis com fenómeno de Raynaud Secundário.

É conhecida a relação entre alteração pulmonar e doenças do tecido conjuntivo. Atendendo à gravidade das alterações pulmonares deste jovem podemos estar na presença de uma nova entidade de envolvimento sistémico e pulmonar condicionando enfisema e pneumotórax.

PC 011

EOSINOFILIA PARANEOPLÁSICA, CAUSA SUFICIENTE DE DISFUNÇÃO PULMONAR?

Autor do trabalho:

ANA FILIPA DOS SANTOS MATOS

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

ANDREA MACHADO; JOANA RODRIGUES; FERNANDA MENDES; SARA SALGADO; LEONARDO FERREIRA; CRISTINA BÁRBARA.

Palavras-chave: EOSINOFILIA, PARANEOPLÁSICO, DOENÇA DIFUSA.

A hiperesoinofilia é um fenómeno associado a grande variedade de condições clínicas. As neoplasias sólidas associam-se ocasionalmente a eosinofilia periférica e lesão de órgão por infiltração tecidual de eosinófilos. Ainda que grau de eosinofilia do sangue periférico não seja preditivo do risco de lesão de órgão, a extensão da síndrome paraneoplásica tende a acompanhar a evolução da neoplasia, associando-se geralmente a um curso agressivo e prognóstico precário.

Mulher caucasiana de 79 anos, nunca fumadora, contabilista reformada. Sem exposições de risco ou alergias conhecidas. Diagnóstico estabelecido de hipertensão arterial essencial, medicada com antagonista dos recetores da angiotensina e diurético. Enviada a consulta de medicina interna após episódio de trombose da veia central da retina para investigação de causas sistémicas / fatores protrombóticos justificativos.

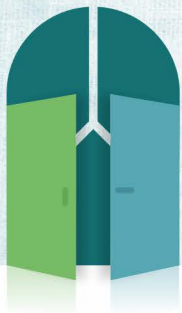
Do inquérito de sintomas, a destacar tosse seca persistente, dispneia para pequenos esforços com cerca de 6 meses de evolução e perda ponderal de 5 kg. Ao exame físico: hipocratismo digital exuberante, crepitações póstero-basais e sibilos dispersos na auscultação de ambos os hemitórax. Edema e eritema bilateral dos membros inferiores até ao joelho e eritema da região abdominal e perineo.

A avaliação analítica revelou eosinofilia periférica (18,6%; $1.88 \times 10^9/L$) e medular (21% da celularidade total) e velocidade de sedimentação elevada (94 mm). A radiografia de tórax mostrava densificação intersticial difusa bilateralmente, melhor caracterizada em tomografia computadorizada (TC) por processo de fibrose intersticial. Estudo funcional respiratório com redução da capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO: 25,6%; DLCO/VA: 50,6%), refletida nas trocas gasosas por insuficiência respiratória parcial. Revelante repercussão funcional, quantificada por prova de marcha dos 6 minutos (20,6% da distância prevista com dessaturação (T90: 64,5%).

Não foram detetadas lesões endobrônquicas na broncofibroscopia e as biópsias brônquicas foram inconclusivas. Lavado broncoalveolar a mostrar alveolite com aumento de eosinófilos (16%). Não foram identificados microorganismos ou células neoplásicas.

Estudo de auto-imunidade, serologias e pesquisa de parasitas nas fezes negativos.

Da restante avaliação, detetada imagem suspeita de "quisto anexial?" em ecografia pélvica que em TC pélvica corresponderia a hidrometra a condicionar aumento das dimensões do corpo uterino. Foi submetida a histerectomia total e ooforectomia bilateral, com diagnóstico anatómico-patológico de adenocarcinoma do endométrio de tipo endometrioides.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

Realizou radioterapia adjuvante. Em consulta de reavaliação aos seis meses, sem evidência de recidiva e sem eosinofilia periférica.

Do ponto de vista pulmonar, as alterações radiológicas sugestivas de extensas áreas de fibrose remetiam para uma longa evolução, ficando a dúvida se a eosinofilia paraneoplásica seria responsável única da eosinofilia pulmonar e progressão para fibrose. A doente progrediu com deterioração clínica e agravamento progressivo da insuficiência respiratória, vindo a falecer dois anos após o diagnóstico.

O pulmão é um dos principais órgãos alvo da doença eosinofílica. A lesão tecidual é provocada por uma variedade de mecanismos, entre eles a libertação de citocinas, fatores de crescimento e interleucinas que interferem na remodelação tecidual e fibrose.

Ainda que rara, a eosinofilia paraneoplásica é uma causa a considerar aquando da investigação de hipereosinofilia.

PC 012

CARACTERIZAÇÃO DA CONSULTA DE INTERSTÍCIO PULMONAR DO HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA.

Autor do trabalho:

MARIA MARTA CARVALHO QUARESMA

Hospital Vila Franca de Xira, Unidade de Pneumologia

Co-Autores do trabalho:

RAFAELA CAMPANHA; DINA GRENCHO; NELSON MARÇAL

Palavras-chave: DOENÇAS DO INTERSTÍCIO PULMONAR

Introdução: A consulta de interstício pulmonar (CIP) do HVFX teve início em 2013. Tem periodicidade semanal e é realizada atualmente por dois pneumologistas. Tem o apoio dos técnicos de cardiopneumologia com realização de exames de função respiratória na véspera da consulta.

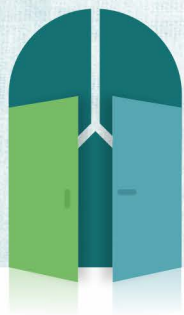
Esta consulta tem como objectivo a prestação de cuidados diferenciados e individualizados a cada doente, com seguimento regular e avaliação sistematizada com vista à otimização da sua abordagem e tratamento.

Objetivo: Caracterização dos doentes com seguimento na CIP

Material e métodos: Estudo longitudinal de coorte, retrospectivo dos doentes observados na CIP entre 2013 e 2018. Para recolha de dados foram consultados os processos clínicos. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, diagnóstico principal, origem de referência e óbitos. Os resultados são apresentados sob a forma de estatística descritiva, obtidos através do programa SPSS® v 20.0.

Resultados: No período analisado foram avaliados 117 doentes, com idade média de 69.1 ± 14.2 anos (54.7% do sexo masculino). A maioria foi referenciada a partir da consulta de pneumologia geral e dos cuidados de saúde primários (23.1% em ambos os casos). O diagnóstico mais frequente foi a pneumonia intersticial não específica (27.4%), seguido da pneumonia de hipersensibilidade (18.8%), sarcoidose (16.2%) e Fibrose Pulmonar Idiopática (12.8%). À data da análise da amostra estudada 67.5% dos doentes estavam vivos.

Conclusões: A multiplicidade e especificidade das patologias do interstício pulmonar, reforçam a necessidade de uma abordagem diferenciada destes doentes, com acompanhamento regular e individualizado, em consulta própria e de forma sistematizada.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 013

ANTICORPOS MONOCLONAIS NO TRATAMENTO DA GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE (EGPA)

Autor do trabalho:

MARGARIDA COSTA E SILVA

Serviço de Pneumologia – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Co-Autores do trabalho:

INÊS SUCENA; SÉRGIO CAMPAINHA; SOFIA NEVES; CARLA NOGUEIRA; INÊS FRANCO

Palavras-chave: GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE; EGPA; MEPOLIZUMAB;

Introdução: Granulomatose eosinofílica com poliangéite (EGPA) é uma vasculite sistémica de pequenos-médios vasos, rara mas potencialmente fatal, de causa desconhecida e associada a eosinofilia proeminente. O tratamento convencional da EGPA consiste em altas doses de corticosteroides sistémicos e tratamento imunossupressor em doentes com doença severa ou refractária. Estudos recentes sugerem que o tratamento com anticorpos monoclonais (anti IgE e anti IL-5) é benéfico, contudo nenhum destes fármacos está indicado formalmente para tratamento da EGPA.

Caso Clínico: Mulher de 52 anos de idade, com excesso de peso (31Kg/m²), e com antecedentes de asma grave não-alérgica, rinossinusite, bronquiectasias colonizadas por *P. aeruginosa* e neoplasia da mama em 2014 (sem recidiva e sob tratamento com Letrozol), diagnosticada com Granulomatose Eosinofílica com Poliangéite (EGPA) em 2013.

Lesões eritematosas maculares pruriginosas localizadas na raiz das coxas associadas a uma eosinofilia marcada (38,6%; 4250/uL) e antecedentes de asma grave/rinossinusite despoletaram a suspeita diagnóstica, que foi mais tarde confirmada através de exames laboratoriais e histológicos (biópsia cutânea e pulmonar).

A doente iniciou tratamento com corticosteroide sistémico (redução gradual da dose até 10mg id), mas manteve frequentes exacerbações da asma. Em junho de 2017 iniciou omalizumab (Xolair® 375 mg de 2 em 2 semanas) com progressiva melhoria sintomática, diminuição da frequência de exacerbações e redução da dose de corticosteroide sistémico e inalado. Devido à manutenção da sintomatologia ORL e respiratória não foi possível a suspensão completa do tratamento com corticosteroide sistémico.

Em agosto de 2018 a doente apresentou uma recidiva da EGPA (Five-Factor Score <2; opacidades em vidro-despolido na TC tórax), tendo sido proposta para tratamento com anticorpo monoclonal anti IL-5 (mepolizumab 300mg). Após início do tratamento apresentou marcada melhoria sintomática e radiológica, permitindo a suspensão da corticoterapia sistémica após 6 meses de tratamento.

Conclusão: Este caso evidencia a eficácia dos anticorpos monoclonais no controlo sintomático da asma em doentes com EGPA e asma não controlada, através da redução das exacerbações e da corticoterapia sistémica. O mepolizumab apresentou-se como o tratamento mais eficaz, em comparação com o omalizumab. Estudos recentes do mepolizumab demonstraram tratar-se de um agente poupador de corticosteroide na EGPA, contudo este caso apresenta novos dados, na medida em que foi alcançada a suspensão completa da corticoterapia sistémica após 6 meses de tratamento com mepolizumab.

PC 014

ACHADOS MICROBIOLÓGICOS NAS DOENÇAS INTERSTICIAIS

Autor do trabalho:

CAROLINA MATOS CABO

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Serviço de Pneumologia

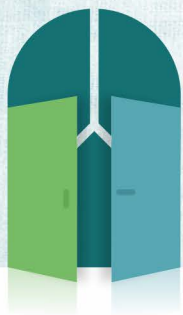
Palavras-chave: MICROBIOLOGIA, INTERSTÍCIO PULMONAR, BRONCOFIBROSCOPIA

Objetivo: Analisar os resultados microbiológicos obtidos através das broncofibroscopias de doentes com doenças intersticiais pulmonares.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com doenças intersticiais pulmonares que realizaram broncofibroscopia de Janeiro a Dezembro de 2014 no serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Resultados: Foram identificados 93 doentes (44 do sexo masculino e 49 do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 27 e os 91 anos, idade média de 61 anos. 32,3% (n=30) dos doentes realizaram o exame em contexto de internamento e 67,7% (n=63) em ambulatório. 35,5% (n=33) dos doentes realizou o exame no contexto de estudo de sarcoidose, 16,1% (n=15) para esclarecimento de padrão de pneumonia intersticial usual em estudo imagiológico, 14% (n=13) para estudo de pneumonite de hipersensibilidade, 9,7% (n=9) por padrão de pneumonia intersticial não específica em tomografia torácica, 8,6% por alterações em vidro despolido (n=8), 5,4% (n=5) para estudo de vasculites e 4,3% (n=4) na abordagem de pneumonia organizativa criptogénica. Ainda, em dois casos (2,2%) foi realizada broncofibroscopia para estudo de envolvimento pulmonar por lúpus eritematoso sistémico e noutros dois em doença intersticial num contexto profissional. Finalmente, foi ainda abordado um caso (1,1%) de doença intersticial associada a bronquiolite respiratória (RBILD) e outro de alterações intersticiais em contexto de artrite reumatóide. Em todos os doentes foi enviado aspirado brônquico para microbiologia e em todos excepto num caso para pesquisa de micobactérias. As lavagens brônquicas dirigidas para cultura e pesquisa de micobactérias foram realizadas em 86 casos (92,5%). Em 84 casos (90,3%) a cultura do aspirado foi negativa ou polimicrobiana sem significado patogénico, em 4 doentes (4,3%) foi identificado *Staphylococcus aureus*, em três dos casos multirresistente, e nos restantes 5 casos foram identificados outros microorganismos, nomeadamente *Enterobacter cloacae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Pseudomonas aeruginosa*. A cultura do lavado broncoalveolar foi positiva em apenas 5 casos (5,8%), com duas identificações de *Staphylococcus aureus* multirresistente, uma de *Enterobacter cloacae*, outra de *Klebsiella pneumoniae*, e a restante com *Pseudomonas aeruginosa*. Em todos os casos de identificação no lavado surgiu a mesma identificação no aspirado brônquico. Relativamente à pesquisa de micobactérias, esta foi positiva em apenas um caso no aspirado brônquico com identificação de *Mycobacterium avium* num doente com artrite reumatóide.

Conclusões: A população analisada apesar de heterogénea, mostra que na maioria destes doentes a análise microbiológica é inocente e semelhante à encontrada nas amostras respiratórias da população em geral (polimicrobiana, sem significado patogénico). O aspirado brônquico é ainda assim mais rentável na identificação microbiológica destes doentes, sendo o *Staphylococcus aureus* o agente mais frequente nesta amostra.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 015

CONTRIBUTO DIAGNÓSTICO DAS BIÓPSIAS PULMONARES TRANSBRÔNQUICAS CONVENCIONAIS NO DIAGNÓSTICO DE UMA COORTE DE DOENTES COM PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE

Autor do trabalho:

EDUARDA SEIXAS

Centro Hospitalar Baixo Vouga

Co-Autores do trabalho:

PAULA SERRA; MARGARIDA FERREIRA; RENATA AGUIAR; PEDRO GONÇALO FERREIRA

Palavras-chave: PNEUMONITE HIPERSENSIBILIDADE, BIÓPSIAS PULMONARES TRANSBRÔNQUICAS, INTERSTÍCIO, MULTIDISCIPLINAR

Introdução: A Pneumonite de Hipersensibilidade(PH) designa um coletivo de doenças inflamatórias granulomatosas pulmonares, resultantes da exposição inalatória e sensibilização imune a antigénios.

Apesar de mais limitada perante formas de PH crónicas/fibrosantes, a biópsia pulmonar transbrônquica (BPTB) tem valia reconhecida nas doenças granulomatosas com distribuição bronquiocêntrica. Vários fatores podem limitar a acuidade diagnóstica: dimensão amostral, artefactos, distribuição/profusão das alterações e dificuldade na obtenção de material periférico.

Objetivo: Estudo retrospectivo do contributo das BPTB convencionais no diagnóstico dos casos de PH seguidos na consulta de Pneumologia/ Interstício (Junho/2015-Agosto/2019) do Centro Hospitalar do Baixo Vouga e avaliados/discutidos em Reunião Multidisciplinar.

Métodos: Recolha de informação dos processos clínicos dos doentes com diagnóstico de PH, com posterior processamento informático.

Resultados: Foram identificados 78 doentes (idade média-66,6 anos) com 59,0% mulheres.

Cerca de 61,5% tinham PH crónica/fibrosante, seguida da PH subaguda(25,6%). Os antigénios mais frequentemente identificados foram: antigénios aviários(59,0%), fungos(20,5%) e outros antigénios (isocianatos, bactérias, combinação de antigénios e casos sem antigénio identificável). Dos 72 doentes submetidos a broncofibroscopia, 36,1%(n=26) realizaram BPTB, a maioria no lobo inferior direito e média de 3,9 biópsias/doente. Destes 26 doentes, 26,9% das amostras foram inadequadas por insuficiente representatividade ou artefactuação, 23,1% mostraram parênquima normal e os restantes 50,0% mostraram material representativo com anormalidade (e contributo diagnóstico). Os achados mais frequentes foram: infiltrado inflamatório linfoplasmocitário(58,3%); alterações fibróticas(38,5%); presença de macrófagos intralveolares(30,8%); espessamento de septos alveolares(30,8%), bronquiolite celular(15,4%) e com 7,7% cada: granulomas laxos mal-formados, focos de pneumonia organizativa/corpos de Masson, células gigantes multinucleadas, focos fibroblásticos e hiperplasia de pneumócitos tipo II.

Em 50,0% dos casos submetidos a BPTB alcançou-se um diagnóstico multidisciplinar com elevado nível de confiança, considerando-se ter existido contributo histológico.

Relativamente aos doentes cujo resultado das BPTB foram considerados desprovidos de contributo ou casos em que não foram realizadas: em 73,1% conseguiu-se diagnóstico de PH (pela história, padrão-TCAR, perfil lavado broncoalveolar (LBA), IgG específicas, visita/colheita domiciliária) sem necessidade de biópsia cirúrgica/criobiópsia; em 15,4% alcançou-se diagnóstico após biópsia cirúrgica/criobiópsia; nos restantes 11,5%, considerados de risco inaceitável ou que não consentiram biópsia cirúrgica/criobiópsia, estabeleceu-se diagnóstico multidisciplinar com nível de confiança satisfatório.

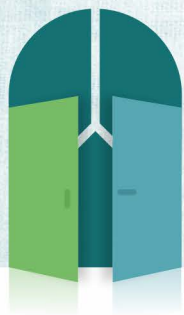
Como complicações verificaram-se dois casos de hemorragia moderada e um pneumotórax.

Conclusão: As BPTB realizaram-se apenas em 36,1% dos casos provavelmente pelo facto terem sido dispensadas: nos casos de PH crónica/fibrosante pela baixa-valia adicional (sendo se necessário, referenciados para biópsia cirúrgica/criobiópsia) e nos casos com um contexto clínico-radiológico inicial de elevadíssima probabilidade.

Concluiu-se que metade dos casos em que as BPTB foram realizadas estas tiveram contributo diagnóstico.

Perante casos de doença intersticial onde a análise histológica é indispensável ao diagnóstico, a biópsia pulmonar cirúrgica mantém-se o "gold standard". A criobiópsia, embora constitua uma alternativa à biópsia cirúrgica, não a substitui, obriga a reajuste de recursos, associa-se a uma percentagem de complicações relevante, além de não ser uma técnica disponível na maioria dos centros.

Este estudo suporta que as BPTB podem ainda desempenhar um papel no diagnóstico da PH, designadamente das formas agudas/inflamatórias, com a vantagem de serem uma técnica universalmente disponível, de baixo risco e passível de obtenção simultânea ao LBA.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 016

ANTI-FIBRÓTICOS NA FPI E OUTRAS DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS FIBROSANTES: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Autor do trabalho:

ANA CATARINA ALVES MOREIRA

Serviço de Pneumologia; Hospital Garcia de Orta

Co-Autores do trabalho:

JOÃO PORTELA; PAULA PEDRO; GABRIELA SANTOS; MIGUEL LOPES;
JORGE SOARES; JOSÉ DUARTE

Palavras-chave: DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS; FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA; DOENÇAS REUMÁTICAS SISTÊMICAS; ANTI-FIBRÓTICOS

Introdução: As Doenças Pulmonares Intersticiais representam um grupo heterogêneo que contempla diversas entidades clínicas. A Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) assume grande destaque no grupo supracitado, mas outras entidades como a pneumonia intersticial não específica (NSIP), as doenças reumáticas sistêmicas (DRS) com envolvimento pulmonar, a pneumonite de hipersensibilidade crônica (PHc) e as pneumoconioses. O desenvolvimento de fármacos anti-fibróticos foi o precursor de uma nova era terapêutica com grande impacto na evolução da doença, predominantemente na FPI, com diversos estudos a demonstrar benefícios consistentes e comprovados. No respeitante ao tratamento de outras DPI fibrosantes têm surgido alguns estudos recentes no uso de anti-fibróticos, a sugerir potenciais benefícios.

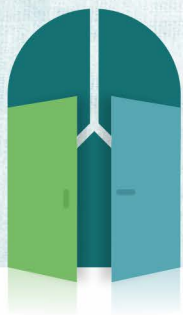
Objetivo: Caracterizar a experiência de um Centro e apresentar os resultados obtidos com o uso de anti-fibróticos nos doentes com FPI e outras DPI fibrosantes.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com FPI e outras DPI fibrosantes sob terapêutica anti-fibrótica, em seguimento na Consulta de Doenças Pulmonares Difusas do Serviço de Pneumologia do Hospital Garcia de Orta. A colheita de dados clínicos incluiu dados demográficos, diagnóstico, evolução clínica, função pulmonar basal, evolução funcional, ocorrência de exacerbações, efeitos adversos da terapêutica e mortalidade.

Resultados: Foram incluídos 23 doentes, com predominância do sexo masculino (81,8%, n = 18), idade mediana de 69 anos (mín 48, máx 86). A grande maioria dos (73,9%, n = 17) eram FPI, 4 tinham envolvimento pulmonar secundário a DRS- ES (n=1), Síndrome de Sjogren (n = 1), Overlap ES/ Síndrome de Sjögren (n = 1) e Artrite reumatóide (n = 1). Refere-se ainda 1 caso de PHc com padrão UIP-like e 1 caso de fibrose pulmonar e enfisema concomitantes (CPFE). A Pirfenidona foi o anti-fibrótico escolhido em 52% dos casos (n=12) e nos restantes, Nintedanib (n=11). Dos doentes com FPI, 9 estavam sob Nintedanib e os restantes 8 sob Pirfenidona. Nos 2 casos de ES e sobreposição ES / Sjogren, o anti-fibrótico foi associado à terapêutica imunossupressora em curso (Micofenolato Mofetil e Rituximab), respectivamente. As reações adversas mais comuns foram a diarreia (n = 2) e náusea (n = 1) (com necessidade de redução da dose para 100 mg num caso) com o Nintedanib; a dor abdominal (n = 2), perda ponderal (n = 2) e náusea (n = 1) foram os mais comuns com a Pirfenidona. Houve 1 caso de angioedema secundário à Pirfenidona, com suspensão definitiva do fármaco. Na avaliação basal, 14 doentes apresentavam padrão restritivo, na maioria dos casos, moderado

(n = 8) a grave (n = 3). A função pulmonar permaneceu estável em 12 casos (6 com Pirfenidona; 6 com Nintedanib). Houve 4 óbitos, todos eles nos doentes com FPI, 2 por progressão da doença, 1 por exacerbação aguda e outro de causa desconhecida.

Discussão: Os estudos têm vindo a demonstrar benefícios consistentes da terapêutica anti-fibrótica nos doentes com FPI, no entanto, nas outras DPI fibrosantes os dados existentes são ainda escassos. Estão atualmente a decorrer diversos ensaios clínicos nas DPI fibrosantes não- FPI, cujos resultados poderão revelar-se promissores e exercer um grande impacto prognóstico e na sobrevida.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 017

O ÍNDICE ILD-GAP COMO PREDITOR DE MORTALIDADE NA PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA

Autor do trabalho:

GONÇALO SAMOUCO

Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde da Guarda

Co-Autores do trabalho:

REBECA NATAL; MARCOS OLIVEIRA; FILIPA CARRIÇO; FILIPA FERNANDES; LUÍS VAZ RODRIGUES

Palavras-chave: PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA; ILD-GAP

Introdução: Os mecanismos patológicos da pneumonite de hipersensibilidade crônica (PHC) ainda não estão completamente esclarecidos e a sua evolução clínica é heterogênea e frequentemente difícil de prever. O índice ILD-GAP foi validado como score preditor de mortalidade nas doenças intersticiais pulmonares crônicas.

Objetivos: Caracterização do outcome clínico dos doentes com PHC em função do índice ILD-GAP na altura do diagnóstico.

Metodologia: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes com PHC em seguimento na consulta de Patologia do Interstício Pulmonar da Unidade Local de Saúde da Guarda. Foram recolhidos e analisados dados demográficos, clínicos, imagiológicos e funcionais respiratórios. Tempo de seguimento inferior a um ano foi critério de exclusão. A análise estatística foi efetuada com recurso ao software SPSS v23.

Resultados: Foram identificados 23 doentes com o diagnóstico de PHC, dos quais 4 foram excluídos por tempo de seguimento insuficiente ou perda de seguimento. Os 19 doentes incluídos apresentavam idade média de $66,5 \pm 8,6$ anos e predomínio do sexo feminino (57,9%). Foi identificada exposição inalatória suspeita em 89,5%, embora apenas documentada com precipitinas séricas em 57,9% dos doentes (na maioria para proteínas aviárias). Imagiologicamente, 15,8% apresentava um padrão UIP típico e adicionalmente 10,5% apresentavam um padrão UIP provável. O tempo médio de seguimento foi de 43,8 meses. Relativamente ao índice ILD-GAP na altura do diagnóstico, 13 (68,4%) doentes encontravam-se no score 0-1, 5 (26,3%) no score 2-3 e 1 doente no score 4-5. Nenhum doente apresentou índice >5. Os doentes com padrão imagiológico de UIP apresentaram índices ILD-GAP mais elevados, com 60,0% destes doentes apresentando scores ≥ 2 , contrapondo com 27,3% nos que não apresentavam padrão UIP. A mortalidade global a 1 ano foi 5,3%, a 2 anos foi 11,8% e a 3 anos foi 33,3%. A mortalidade a 1, 2 e 3 anos no score 0-1 foi, respetivamente, de 7,7%, 7,7% e 18,2%. Nos doentes com score ≥ 2 , foi de 0%, 25,0% e 75,0%, respetivamente.

Conclusão: Na nossa experiência, apesar da pequena dimensão amostral, a maior gravidade no índice ILD-GAP esteve associada a maior taxa de mortalidade, indo de encontro ao publicado na literatura. Parece ainda existir uma maior prevalência de índice ILD-GAP elevado nos doentes com padrão imagiológico UIP, que é um reconhecido preditor independente de mortalidade nestes doentes.

PC 018

PNEUMONIA ORGANIZATIVA E PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA - SIMILARIDADES E DIFERENÇAS DE UMA SÉRIE DE CASOS

Autor do trabalho:

TIAGO VALENTE

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro

Co-Autores do trabalho:

EDUARDA SEIXAS; PEDRO FERREIRA

Palavras-chave: PNEUMONIA ORGANIZATIVA, PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA, CRIPTOGÉNICA, AMIODARONA, NITROFURANTÓINA, LAVADO BRONCOALVEOLAR, EOSINOFILIA, ANTIBIOTERAPIA, CORTICOTERAPIA, PNEUMONIA DA COMUNIDADE

Introdução: A Pneumonia Eosinofílica Crônica (PEC) e a Pneumonia Organizativa (PO) são formas de doença parenquimatosa difusa raras que se apresentam com clínica respiratória e constitucional inespecíficas na presença de alterações radiológicas de novo, havendo frequentemente atraso diagnóstico por confundimento com pneumonia da comunidade (PAC). Têm um prognóstico variável com alguns doentes a seguir um curso de remissão-recidiva.

Objetivos: Caracterização de uma série de casos de PO (criptogénica ou secundária) e PEC relativamente à apresentação clínica, demografia, atraso diagnóstico, alterações laboratoriais, perfil do lavado broncoalveolar (LBA), terapêutica e comportamento longitudinal da doença.

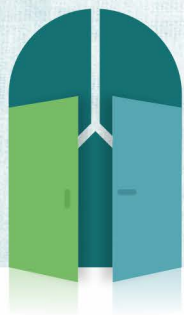
Métodos: Consulta do processo clínico eletrónico dos doentes diagnosticados com PO ou PEC na consulta de Pneumologia/Interstício do Centro Hospitalar Baixo Vouga de 01/2015 a 06/2019.

Resultados: Identificaram-se 10 doentes com PO e 3 com PEC. Na PO, 60% eram do sexo masculino com uma idade média de 71 anos; 40% eram PO criptogénica e 60% eram secundários: 3 a amiodarona, 1 a nitrofurantóina, 1 a dermatomiosite e 1 a síndrome antisintetase. Três casos apresentavam uma variante histológica AFOP (PO fibrinóide aguda). Na PEC 100% eram do sexo feminino, com idade média de 42 anos. Os sintomas de apresentação mais frequentes foram tosse e dispneia seguidos da febre (no caso da PEC) e astenia (no caso da PO). Na PEC todos os casos apresentavam eosinofilia periférica (média de $3,51 \times 10^9/L$) e uma VS mais elevada (69 vs 52 mm) ao passo que na PO havia linfopenia (média de $1,37 \times 10^9/L$) e maior elevação da PCR (7,32 vs 3,03 mg/dL). 100% dos doentes com PEC e 70% com PO foram alvo de antibioterapia por hipótese inicial de PAC. O atraso diagnóstico médio foi de 5 meses para ambas as patologias.

Em TC de alta resolução o padrão mais encontrado na PEC foi de consolidação alveolar periférica de predomínio superior; no grupo de PO foram a hiperatenuação em vidro despolido e consolidação alveolar de predomínio inferior, com 2 casos de variante radiológica "peri-lobular".

Na PEC o LBA mostrou uma contagem total média de 290 cels/ μL com 60% eosinófilos; na PO mostrou 355 cels/ μL , com 40% linfócitos (rácio CD4/CD8 1.1), 10% neutrófilos e 4% eosinófilos.

No grupo de PO foram efetuadas biópsias pulmonares transbrônquicas em 4 casos, com contributo para o diagnóstico em 100% dos casos.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

Todos os doentes com PEC iniciaram corticoterapia (CCT) sistémica versus 70% na PO. Na PEC, após remissão sob CCT dois casos vieram a recidivar após suspensão ou redução de prednisolona. Na PO ocorreram recidivas em 33% dos casos, com necessidade de introdução de azatioprina (n=1), micofenolato de mofetil (n=2) ou ciclofosfamida (n=1).

A taxa de mortalidade durante o seguimento foi 0% na PEC e 20% na PO.

Discussão: A PEC e a PO são entidades raras que exigem um elevado índice de suspeição para um diagnóstico correto e atempado. O grupo de PO foi o único onde existiram casos de mortalidade, provavelmente motivados por variantes mais agressivas (AFOP) e apresentação clínica fulminante. O LBA comprovou ser uma ferramenta diferenciadora entre estas duas entidades.

PC 019

FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA COMO OUTRA MANIFESTAÇÃO DE TOXICIDADE PULMONAR INDUZIDA PELA AMIODARONA**Autor do trabalho:**

MARCOS OLIVEIRA

Serviço de Pneumologia - Unidade Local de Saúde da Guarda

Co-Autores do trabalho:

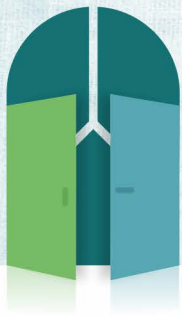
ANDRÉ TERRAS ALEXANDRE; ANA CLÁUDIA PIMENTA; JOANA CORREIA; NATÁLIA MELO; PATRÍCIA CAETANO MOTA; HELDER NOVAIS E BASTOS; JOSÉ MIGUEL PEREIRA; ANDRÉ CARVALHO; SUSANA GUIMARÃES; CONCEIÇÃO SOUTO MOURA; ANTÓNIO MORAIS

Palavras-chave: FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA, AMIODARONA, TOXICIDADE PULMONAR

Introdução: A fibroelastose pleuroparenquimatosa (PPFE) é uma doença rara que se manifesta como espessamento pleural e fibrose subpleural nos lobos superiores, com envolvimento ausente ou menos acentuado dos lobos inferiores. É frequentemente associada a uma multiplicidade de entidades clínicas, nomeadamente outras doenças do interstício pulmonar (DPI), bronquiectasias, distúrbios do tecido conjuntivo, infeções recorrentes, transplante de medula óssea/órgão ou exposição ambiental. A PPFE também pode estar associada à toxicidade induzida por medicamentos, como quimioterapia associada ou não à radiação e metotrexato. Apresentamos aqui um caso de PPFE diagnosticado num doente sob prescrição de amiodarona, uma associação não descrita anteriormente.

Caso clínico: Doente caucasiana, género feminino de 68 anos, com episódios recorrentes de tosse seca e focos de consolidações nos dois lobos superiores da TCAR torácica é enviada à consulta de DPI. Diagnóstico de fibrilhação atrial desde há cinco anos, sob amiodarona e varfarina. A radiografia de tórax com espessamento subpleural nos lobos superiores; achados mais evidentes na TCAR torácica, associados a reticulação parenquimatosa e bronquiectasias de tração periférica nos lobos superiores, sem alterações nos lobos inferiores. Nas radiografias de tórax realizadas anteriormente e durante a prescrição de amiodarona não são descritas características relevantes. A histologia obtida pela biópsia aspirativa transtorácica por TC mostrou fibrose, com um padrão de colagénio denso e fibras elásticas, compatível com PPFE. Após discussão em reunião multidisciplinar, apresentando clínica, imagiologia e histologia compatíveis com PPFE, esse diagnóstico foi estabelecido. De seguida foi efetuada uma avaliação cuidadosa e, não se encontrando nenhuma das causas potenciais anteriormente descritas, a amiodarona foi então considerada como uma causa provável. Após uma reavaliação cardíaca, e com base nessa hipótese, a amiodarona foi suspensa. Em seguida, foi relatada pela doente uma diminuição significativa na frequência e intensidade dos episódios de tosse e, durante 12 meses de acompanhamento, foi observada uma estabilidade clínica, funcional e imagiológica.

Discussão: A associação da PPFE à amiodarona ainda não foi descrita, mas, dada a quantidade de casos de toxicidade pulmonar induzida pela amiodarona, a multiplicidade de apresentações clínicas observadas,



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

associado à descrição da PPFE como possível padrão de toxicidade pulmonar induzida por drogas, sustenta a hipótese que a PPFE pode ser a expressão da toxicidade pulmonar causada pela amiodarona. Além disso, a regressão dos sintomas após a suspensão da amiodarona e a ausência de alterações radiológicas antes da prescrição da amiodarona corroboram a hipótese da associação entre PPFE e ingestão de amiodarona neste caso clínico.

PC 020

AVALIAÇÃO DOS DOENTES COM PADRÃO RADIOLÓGICO UIP (USUAL INTERSTITIAL PNEUMONIA) - DIFERENÇAS ENTRE FPI (FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA) E OUTRAS DOENÇAS INTERSTICIAIS PULMONARES

Autor do trabalho:

INÊS SUCENA PEREIRA

CHVNG/E

Co-Autores do trabalho:

ADELAIDE ALVES; INÊS DIAS MARQUES; AGOSTINHO SANCHES; CARLA NOGUEIRA; SÉRGIO CAMPAINHA; SOFIA NEVES

Palavras-chave: UIP, FPI, INTERSTÍCIO

Introdução: O padrão UIP no TC tórax de alta resolução pode existir em diferentes doenças intersticiais pulmonares e está geralmente associado a pior prognóstico.

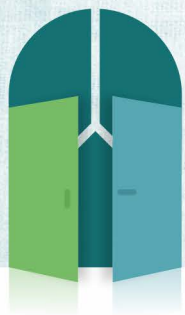
Objectivo: Avaliar as diferenças entre os doentes com UIP-FPI e UIP-não FPI no que diz respeito à evolução funcional, exacerbações e mortalidade em 2 anos de follow-up.

Métodos: Estudo retrospectivo de coorte dos doentes com padrão radiológico UIP.

Resultados: Foram avaliados um total de 33 doentes, 16 com diagnóstico de FPI (todos tratados com fármacos anti-fibróticos). Nos doentes do grupo com FPI, 87.5%(n=14) eram do sexo masculino e apresentavam uma idade média 72.88+-8.59 anos. Já nos doentes do grupo não FPI, 94.1%(n=16) eram do sexo masculino e apresentavam uma idade média de 67.76+-9.46 anos.

Apresento nas tabelas em anexo os resultados da variabilidade funcional, exacerbações e mortalidade nos dois grupos e a comparação entre eles.

Conclusão: Apesar de se observar uma deterioração funcional nos dois grupos, parece haver um maior declínio nos doentes do grupo não FPI (resultados não são estatisticamente significativos provavelmente pelo pequeno tamanho amostral). Foi observado uma maior percentagem de internamentos nos doentes não FPI, o que pode ter relação com a utilização de terapêutica imunossupressora. Estes resultados podem refletir também o efeito positivo da terapêutica anti-fibrótica nos doentes com FPI.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 021

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA MIMETIZANDO NEOPLASIA PULMONAR

Autor do trabalho:

DIOGO MIGUEL MONTEIRO CANHOTO

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autor do trabalho:

MARIA CELESTE ALCOBIA

Palavras-chave: PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA, NEOPLASIA PULMONAR.

Introdução: A pneumonia eosinofílica crônica é uma patologia intersticial rara, caracterizada por acumulação eosinofílica pulmonar. O seu diagnóstico é clínico e baseado num elevado índice de suspeição. Alterações analíticas e radiológicas características guiam a marcha diagnóstica, mas nem sempre se encontram presentes, por vezes exibindo padrões que mimetizam patologia de outra natureza, como a neoplásica.

Caso clínico: Mulher de 85 anos, não fumadora e sem antecedentes relevantes, foi referenciada à Pneumologia por suspeita de neoplasia pulmonar identificada em TC torácica realizada por clínica respiratória arrastada. À entrevista, a doente enfatizava um síndrome gripal de resolução demorada há 6 meses, mantendo sintomas residuais de dispneia para pequenos esforços, tosse produtiva de expectoração mucosa, anorexia e perda ponderal involuntária >10% do seu peso basal. Não se apurou história de atopia, asma, contexto epidemiológico para parasitose, nem se identificou exposição farmacológica tipicamente associada a eosinofilia pulmonar ou sistêmica.

À gasometria, apresentava hipoxémia ligeira.

Constatou-se anemia normocítica normocrômica, eosinofilia (~400/mL) e trombocitose. Adicionalmente, existia elevação dos parâmetros inflamatórios.

A radiografia torácica mostrava uma volumosa opacidade lobar superior direita de bordos mal delimitados. Na TC torácica, era aparente uma massa com 7 cm, envolvendo o brônquio lobar superior direito, contactando com o ramo direito da artéria pulmonar, com extensão para a pleura mediastínica.

A doente foi internada para estudo e foram obtidos ecografia abdominal e cintigrama ósseo, não sugestivos de metastização.

Não foi encontrada elevação significativa dos biomarcadores tumorais.

O exame parasitológico das fezes foi negativo.

A broncofibroscopia revelou uma lesão infiltrativa a nível do brônquio lobar superior direito de aspecto neoplásico, estenosante do segmento. A microbiologia do lavado broncoalveolar e do aspirado brônquico foi negativa, incluindo pesquisa de micobactérias e fungos. Não se observou eosinofilia no lavado. Foram colhidas biópsias lesionais múltiplas que revelaram inflamação brônquica inespecífica. No entanto, a citologia do aspirado brônquico em cell-block foi suspeita de carcinoma epidermóide, pelo que se prosseguiu para biópsia transtorácica.

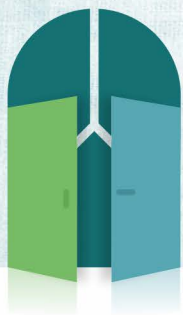
Apenas a terceira biópsia foi diagnóstica, mostrando um infiltrado inflamatório com eosinófilos dispersos, sediado em matriz colagenosa.

Foi instituída corticoterapia sistémica com melhoria sintomática quase imediata. Verificou-se remissão completa da eosinofilia periférica e dos infiltrados radiológicos.

Com o tempo, a anemia da doente veio a adquirir um padrão sugestivo de sideropenia e os infiltrados radiológicos revelaram-se bilaterais e de padrão migratório. Apesar de uma resposta inicial favorável e um prognóstico favorável, o percurso da doença tem sido pautado por exacerbações e períodos de corticodependência.

Discussão: O diagnóstico foi confundido por existir uma idade de apresentação atípica e ausência de comorbilidades associadas com inflamação eosinofílica, relativamente pouco expressiva no sangue periférico. As alterações analíticas e radiológicas iniciais eram características da pneumonia eosinofílica crônica, sugerindo processo neoplásico, tal como a citologia do aspirado brônquico. A resposta completa à corticoterapia, aliada ao surgimento de alterações típicas em seguimento vieram a substanciar o diagnóstico.

Apresentamos, portanto, um caso de pneumonite eosinofílica crônica que mimetizou, até ao momento do diagnóstico histológico, uma neoplasia pulmonar, enfatizando a necessidade de manter um elevado índice de suspeição clínica para o seu diagnóstico.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 022

FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA FILIADA EM SEQUELAS DE TUBERCULOSE PULMONAR

Autor do trabalho:

DIOGO MIGUEL MONTEIRO CANHOTO

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autor do trabalho:

MARIA CELESTE ALCOBIA

Palavras-chave: FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA, TUBERCULOSE PULMONAR.

Introdução: A fibroelastose pleuroparenquimatosa constitui uma entidade nosológica controversa, tendo sido incluída como forma rara de pneumonia idiopática intersticial na mais recente classificação de doenças pulmonares intersticiais. A sua etiologia e fisiopatogénese permanecem largamente desconhecidas. Recentemente, tem sido proposta a sua relação com estímulos infecciosos recorrentes.

Caso clínico: Mulher de 62 anos, com antecedentes de tuberculose pulmonar sequestrar tratada há 15 anos e patologia osteoarticular degenerativa, foi investigada em regime ambulatorio por queixas de anorexia e perda ponderal involuntária de >10% do seu peso usual num período de 2 meses. Apresentava adicionalmente história de astenia, fadiga para esforços progressivamente menores e tosse não produtiva, não acessual. À auscultação pulmonar, apresentava ferveores crepitantes no ápice direito. Não apresentava alterações significativas no restante exame objectivo. O estudo analítico não mostrou alterações e a gasometria em ar ambiente era normal.

Realizou radiografia de tórax, na qual era aparente uma opacidade heterogénea justapleural no segmento apical posterior do lobo superior direito, grosseiramente nodular e espiculada. Tomografia computadorizada torácica, de que era portadora, corroborava a suspeita de neoplasia, descrevendo nesta localização uma massa irregular de 36 mm.

A doente foi internada para investigação desta alteração, com suspeita de neoplasia primária do pulmão enxertada em sequelas fibrocatriciais de tuberculose.

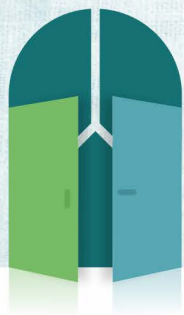
O estudo por broncofibroscopia não mostrou lesões endobrônquicas. Foram colhidos aspirado brônquico e lavado broncoalveolar, o último dirigido a RB1, que foram enviados para bacteriologia e micobacteriologia com resultados negativos. Não foram encontradas células neoplásicas nas citologias das amostras.

Complementou-se a investigação com a obtenção de 18F-FDG PET/CT, que identificou 2 formações nodulares adicionais no lobo inferior pulmão esquerdo, caracterizáveis pela sua dimensão, e que revelou captação discreta de radiofármaco da lesão-alvo.

Por fim, foi obtida biópsia lesional por via transtorácica com apoio tomografométrico. A histologia da biópsia veio a revelar-se compatível com fibroelastose pleuroparenquimatosa, descrevendo um fragmento de tecido pulmonar com 9 mm de maior dimensão caracterizado por matriz fibroelástica com antracose, envolvendo espaços aéreos com macrófagos, também com antracose.

Discussão: Apresentamos um caso de fibroelastose pleuroparenquimatosa com apresentação clínica e radiológica sugestivas de neoplasia pulmonar

ou reactivação de tuberculose pulmonar. Neste caso, a infecção prévia por *Mycobacterium tuberculosis* constitui um factor de risco amplamente conhecido para malignização, mas menos comumente equacionado como favorável ao diagnóstico de fibroelastose pleuroparenquimatosa. É expectável que, com o reconhecimento crescente da fibroelastose pleuroparenquimatosa como entidade patológica distinta, surjam estudos prospectivos na população infectada por tuberculose pulmonar com vista à definição mais concreta do papel desta infecção como factor de risco para esta patologia. Este caso sublinha ainda a necessidade de seguimento a longo prazo do doente tratado com sucesso para tuberculose pulmonar pelo risco vitalício de surgimento de patologia respiratória de índole tão variada como a maligna ou a intersticial.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 023

PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE – ANÁLISE CASUÍSTICA

Autor do trabalho:

REBECA MARTINS NATAL

Unidade Local de Saúde da Guarda

Co-Autores do trabalho:

GONÇALO SAMOUCO; JOÃO FERNANDES COSTA; FILIPA CARRIÇO;
FILIPA FERNANDES; LUÍS VAZ RODRIGUES

Palavras-chave: PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE, DOENÇA DO INTERSTÍCIO PULMONAR

Introdução: A Pneumonite de Hipersensibilidade (PH) é uma doença do interstício pulmonar (DIP) heterogênea, tanto na sua apresentação clínica e radiológica como na sua distribuição geográfica, uma vez que depende de condições climáticas, hábitos sócio-culturais, atividade laboral e outros. Por este motivo, pensa-se que a sua prevalência se encontra subestimada, assim como o seu real impacto clínico, tornando-se importante a realização de estudos de casuística desta patologia, como o que apresentamos.

Objetivo: Caracterizar a população de doentes com PH seguidos na consulta de DIP na Unidade Local de Saúde da Guarda.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes seguidos na consulta de DIP, entre janeiro de 2015 e julho de 2019, sendo incluídos os doentes com o diagnóstico de PH. Foram colhidos dados demográficos, de exposições ambiental e tabágica, analíticos, histológicos, funcionais respiratórios, de terapêutica implementada e de seguimento.

Resultados: De um total de 255 doentes seguidos no período de estudo, a PH foi o segundo diagnóstico mais prevalente na consulta com 26 (10.2%) casos diagnosticados, a maioria apresentando a forma crónica da doença (84.6%). Os doentes eram predominantemente do sexo feminino (57.7%), com idade média de 67.7 ± 8.1 anos e não fumadores (61.5%). A exposição suspeita a agentes ambientais inalatórios foi identificada em 88.5%, mais frequentemente às proteínas aviárias (73.1%), sendo documentada com precipitinas séricas em 50.0% dos doentes. Do estudo funcional respiratório, 57.7% apresentava padrão restritivo. Imagiologicamente, 19.2% apresentava um padrão de pneumonia intersticial usual (PIU) típico ou PIU provável e foi obtida histologia em 46.2%. Metade dos doentes foi discutido em reunião multidisciplinar e obteve-se diagnóstico de definitivo PH em 30.8%, diagnóstico clínico confiante em 3.8%, PH provável em 38.5% e PH possível em 26.9%. A corticoterapia sistémica foi iniciada em 76.9% dos doentes, sendo necessária a associação de outro imunossupressor em 23.1%. Continuam em seguimento 65.4% dos doentes, com um tempo médio de 36.1 meses, e verificaram-se 6 óbitos (23.1%).

Discussão: Na nossa experiência, a PH é um diagnóstico mais frequente do que o publicado em séries internacionais, indo de encontro aos dados apresentados por outros centros nacionais. Trata-se de uma patologia heterogênea na sua forma de apresentação e evolução, sendo que a prevalência de doença progressiva culminando no óbito não é desprezível.

PC 024

PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÓNICA: AVALIAÇÃO DA CORRELAÇÃO ENTRE OS ACHADOS DO LAVADO BRONCO-ALVEOLAR E O PADRÃO RADIOLÓGICO

Autor do trabalho:

ANA CATARINA ALVES MOREIRA

Serviço Pneumologia, Hospital Garcia de Orta

Co-Autores do trabalho:

NATÁLIA MARTINS; PATRÍCIA MOTA; HÉLDER BASTOS; NATÁLIA MELO; ANTÓNIO MORAIS

Palavras-chave: PNEUMONITE HIPERSENSIBILIDADE; CORRELAÇÃO; LINFOCITOSE; IMAGIOLOGIA; UIP-LIKE

Introdução: A Pneumonite de Hipersensibilidade (PH) crónica é um dos principais desafios no contexto do diagnóstico das doenças do interstício pulmonar, dada nomeadamente a sobreposição das alterações imagiológicas com as pneumonias crónicas fibrosantes. A presença de linfocitose no lavado broncoalveolar (LBA), característica na PH, nomeadamente acima de 30%, constitui um bom marcador de diferenciação. No entanto, existe um significativo número de casos, nunca devidamente quantificado, em que o LBA apresenta as mesmas características que nas pneumonias crónicas fibrosantes, com ausência de linfocitose ou linfocitose ligeira.

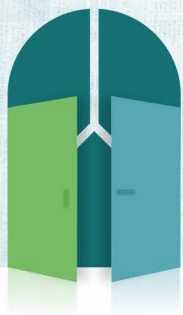
Objetivo: Foi nosso objetivo avaliar a presença e o grau de linfocitose na PH crónica e a sua correlação com os padrões imagiológicos habitualmente presentes.

Material e Métodos: Análise retrospectiva de doentes com o diagnóstico de PH crónica, seguidos na consulta de doenças do interstício pulmonar.

Resultados: Foram incluídos 69 doentes, 43 (62,3%) do género feminino, com uma média etária de $60,8 \pm 11,2$ anos. A exposição ambiental mais frequentemente implicada foram os antígenos aviários (63,8%, n=44) e fungos (11,6%, n=8).

Apenas 51% (n=35) dos casos apresentaram linfocitose no LBA, sendo ligeira/moderada em 7,2% e intensa em 42% dos casos. No respeitante ao padrão imagiológico, em 33% (n=23) estavam presentes aspetos sugestivos de PH crónica, nomeadamente a combinação de opacidades em vidro despolido, padrão de atenuação em mosaico e reticulação periférica; em 38% (n=26) as alterações imagiológicas apresentavam uma maior sobreposição com as pneumonias crónicas fibrosantes, nomeadamente pela presença de reticulação e 'favo de mel', configurando um padrão habitualmente designado de UIP-like. Dos 26 doentes com padrão imagiológico UIP-like, apenas 9 (34,6%) tinham linfocitose, 6 (23%) de forma intensa e 3 (11,5%) ligeira/moderada. No grupo de 23 doentes que apresentavam predominantemente padrão de vidro despolido alternado com mosaico e reticulação, todos tinham linfocitose, sendo intensa em 21 (91,3%) e ligeira em 2 (8,69%). A existência de padrão imagiológico UIP-like associou-se de forma estatisticamente significativa à ausência de linfocitose no LBA ($p=0.011$).

Conclusão: A linfocitose no LBA é globalmente um componente relevante no diagnóstico diferencial na PH, mesmo nas formas crónicas, de acordo com a análise desta coorte de doentes. No entanto, naqueles que apresentam maior sobreposição imagiológica com as pneumonias crónicas fibrosantes, a linfocitose intensa esteve presente apenas em cerca de $\frac{1}{4}$ dos doentes, comprovando-se assim a sua escassa influência no diagnóstico diferencial deste subgrupo de doentes com PH crónica.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 025

DOENÇA TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA, UMA ENTIDADE DESAFIANTE

Autor do trabalho:

MARGARIDA BARATA

Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

Co-Autor do trabalho:

MARIA JOSÉ LOUREIRO

Palavras-chave: DOENÇA TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA, ANGIOPLASTIA PULMONAR POR BALÃO

A Doença Tromboembólica Crônica (DTEC) resulta da insuficiente resolução dos trombos após uma embolia pulmonar, resultando em oclusão vascular crônica. Os sintomas são semelhantes aos da Hipertensão Pulmonar Tromboembólica Crônica, mas sem hipertensão pulmonar (HP) em repouso. Doentes sintomáticos seleccionados beneficiam de endarterectomia pulmonar (EAP). A angioplastia pulmonar por balão (APB) tem surgido como opção terapêutica em doentes não operados.

O presente caso reporta um homem de 68 anos, referenciado à consulta de HP em 2016 por quadro de cansaço para os esforços (classe funcional WHO – II). Como antecedentes pessoais apresentava um episódio de tromboembolismo pulmonar não provocado em 2013, tendo sido submetido a fibrinólise e anticoagulação durante dois anos. Dos exames realizados a destacar NT pro BNP: 113pg/mL, paO_2 (FiO_2 21%): 82.7 mmHg, ECG: ritmo sinusal, sem sinais sugestivos de sobrecarga direita. O ecocardiograma transtorácico destacava regurgitação tricúspide ligeira (gradiente RV/RA 9mmHg, TAPSE: 19mm) e o ecocardiograma de esforço revelava regurgitação tricúspide ligeira e sinais sugestivos de HP (gradiente RA/RA 66mmHg, TAPSE 26mm, PSAP estimada de 70mmHg). A cintigrafia ventilação/perfusão mostrava múltiplos defeitos de perfusão segmentares e sub-segmentares bilaterais que se mantiveram após 3 meses de anticoagulação. A angio-TC pulmonar destacava irregularidades mínimas do calibre dos ramos lobares e segmentares, imagens tipo membrana envolvendo os ramos segmentares apicais do lobo superior direito, artéria lobar inferior direita e ramo segmentar basal posterior do lobo inferior esquerdo, e oligoemia periférica de todos os lobos pulmonares. No angiograma coronário não foram observadas alterações. A prova de esforço cardio-respiratória (PECR) revelou VO_2 pico 29.9ml/min/kg (99%), $PETCO_2$: 30mmHg em repouso e 37 mmHg no pico do exercício, classe ventilatória II, VE/VC_2 slope 35, sem dessaturação durante o exercício. O cateterismo cardíaco direito em repouso revelou PA média: 17mmHg, PECP média: 10 mmHg, índice cardíaco 2.13 L/min/m² e resistência vascular pulmonar 4.1 UWood. Admitiu-se o diagnóstico de DTEC, com indicação para EAP, que o doente recusou. Foi incluído em programa de APB tendo realizado um total 5 sessões, tecnicamente complicadas por existência de doença proximal. Na reavaliação funcional após APB, o doente encontrava-se em classe funcional I, com critérios de bom esforço na PECR. Ecocardiograficamente mantinha a HP com o esforço (PSAP estimada de 61 mmHg), sem melhoria da função sistólica global do ventrículo direito.

Este caso destaca a DTEC, como uma entidade recente, de diagnóstico difícil, cuja história natural e abordagem terapêutica ainda não se encontram totalmente estabelecidas. A APB poderá surgir como opção terapêutica, contudo, com resultados mais satisfatórios em doentes sem indicação para EAP e com doença de predomínio distal.

PC 026

CRÔNICA DE UM DIAGNÓSTICO (POUCO) ANUNCIADO

Autor do trabalho:

CATIA PEREIRA

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

A DIAS; A MINEIRO; M ALVARENGA

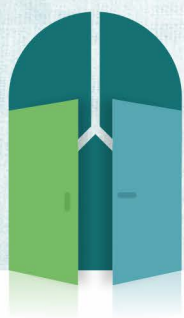
Palavras-chave: HIPERTENSÃO PULMONAR, DOENÇA PULMONAR CRÔNICA

Introdução: A hipertensão pulmonar (HP) do grupo 3 é comum na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) avançada. No entanto, pode ocorrer associada a quadros de DPOC menos graves. Nestes, a DPOC será uma co-morbilidade ou parte de uma síndrome em que a DPOC é apenas mais uma manifestação, como alguns autores propõem.

Caso Clínico: Homem, 69 anos, ex-fumador (80 UMA) com os diagnósticos de DPOC GOLD 2, grupo B (FEV_1 pós-BD 65,3%, $DLCO/VA$ 60,2%), Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono corrigida sob ventiloterapia com Pressão Automática Positiva (PAP). Apresentava insuficiência respiratória parcial sob oxigenoterapia de longa duração com necessidade de aporte de 4L/min em repouso/ noturno; no esforço havia marcado agravamento: prova de marcha 6 minutos com oxigénio suplementar a 8L/min apresentando dessaturação até 80%. O ecocardiograma transtorácico revelou baixa probabilidade para hipertensão pulmonar e apresentava avaliação ventricular esquerda normal. Foi referenciado à Consulta de HP para avaliação. Efectuou os seguintes exames: cintigrafia ventilação/perfusão pulmonar que mostrou baixa probabilidade para tromboembolismo pulmonar (TEP); angioTC torácica que evidenciou tronco da artéria pulmonar com dimensões aumentadas (diâmetro transversal 41mm); novo ecocardiograma que confirmou resultados prévios.

Atendendo à gravidade e desproporção da insuficiência respiratória face aos resultados dos exames complementares efectuou cateterismo cardíaco direito que revelou pressão média na artéria pulmonar (PmAP) 49mmHg, pressão de encravamento capilar pulmonar (PECP) 19mmHg; resistência vascular pulmonar (RVP) 6,27 UW; gradiente da pressão transpulmonar (GPT) 30, índice cardíaco (IC) 2,26 L/min/m², pressão da aurícula direita (PAD) 12mmHg. Apesar de PECP>15 mmHg, o GTP é elevado e estamos na presença de um estado congestivo que poderá justificar este valor. Neste contexto considerou-se existir HP pré capilar sendo iniciado sildenafil e bosentano, com melhoria clínica da dispneia de esforço. Encontra-se a aguardar cateterismo de reavaliação aos 3 meses de dose máxima da terapêutica dupla.

Conclusão: Os autores apresentam este caso para salientar que o diagnóstico de hipertensão pulmonar em doentes com outras patologias requer um alto nível de suspeição. O atraso no diagnóstico agrava significativamente o prognóstico.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 027

OMALIZUMAB E PROVAS DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA EM DOENTES COM ASMA GRAVE

Autor do trabalho:

MIGUEL FILIPE GUIA

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca

Co-Autores do trabalho:

MIGUEL SILVEIRA; LUÍS CARRETO; CECÍLIA PARDAL

Palavras-chave: ASMA, FUNÇÃO RESPIRATÓRIA, OMALIZUMAB

Introdução: Poucos estudos avaliaram a eficácia do Omalizumab a nível funcional respiratório durante um longo período de seguimento

Objetivos: Avaliação da evolução da função respiratória em doentes sob Omalizumab no início de tratamento e após 1 e 4 anos.

Métodos: Análise retrospectiva dos registos clínicos de 10 doentes adultos, sob Omalizumab, seguidos em consulta de asma grave, quanto ao volume expiratório máximo no primeiro segundo (FEV1), capacidade vital forçada (FVC), volume residual (RV), capacidade pulmonar total (TLC) e resistência (Raw), fazendo-se a comparação estatística entre o início do tratamento e após 1 e 4 anos sob Omalizumab. Foi efetuada a correlação entre dados espirométricos e pletismográficos com oscilometria, aos 4 anos de tratamento, onde se avaliou resistência total (R5) e a capacitância periférica (X5).

Resultados: Dos 10 doentes, 80% era do sexo feminino, com idade média de 48 anos (idade mínima 31 anos, máxima 78). Todos tinham inicialmente síndrome ventilatório obstrutivo. A comparação dos resultados após 1 ano de tratamento com o período pré-tratamento mostrou melhoria significativa (p 0,007) do FEV1 médio (56% para 77%). Aos 4 anos de tratamento houve também melhoria significativa (p 0,036) em comparação com o valor basal (56% para 66%) e uma redução não significativa (p 0,6) em relação à avaliação após 1 ano de tratamento (77% para 66%).

A FVC média teve uma melhoria significativa entre o período basal e 1 ano após terapia (86% para 112%, p 0,018) e aos 4 anos (86% para 108%, p 0,018). A diminuição da FVC aos 4 anos de tratamento em comparação ao de 1 ano não foi significativa (p 0,394).

O RV médio teve uma redução significativa entre o basal e os 4 anos (p 0,034) e um decréscimo não significativo entre o basal e 1 ano (p 0,063) e entre 1 ano e 4 anos (p 0,867).

A TLC média teve um decréscimo não significativo entre a avaliação basal e 1 ano (p 0,446), basal e aos 4 anos (p 0,176) e entre 1 ano e 4 anos (p 0,553).

A Raw média teve uma variação não significativa, diminuindo entre o basal e 1 ano (p 0,063) e entre o basal e 4 anos (p 0,091), com um aumento entre a avaliação de 1 ano e aos 4 anos (p 0,866).

A oscilometria aos 4 anos revelou forte correlação positiva entre FEV1 e X5 (Co 0,745, p 0,010), forte correlação negativa entre FEV1 e R5 (Co -0,613, p 0,03), correlação positiva moderada entre Raw e R5 (Co 0,547, p 0,04), correlação negativa moderada entre Raw e X5 (Co -0,514, p 0,04) e forte correlação negativa entre RV e X5 (Co -0,674, p 0,01).

Conclusões: Os resultados revelam uma melhoria significativa do FEV1 e do FVC médios em comparação com o status prévio, que se mantém (apesar de diminuição estatisticamente não significativa) ao fim de 4 anos sob Omalizumab. Os dados da comparação entre a oscilometria e a espirometria/pletismografia aos 4 anos carecem de maior validação.

PC 028

EXPLORANDO O POTENCIAL DE UMA METODOLOGIA BASEADA EM MEPS / UHPLC NA ANÁLISE DE BIOMARCADORES DE PEROXIDAÇÃO LIPÍDICA RELACIONADOS À ASMA

Autores do trabalho:

IRENE CAMACHO; PEDRO H. BERENGUER; JOSÉ S. CÂMARA

CQM-Universidade da Madeira

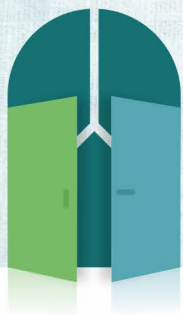
Co-Autores do trabalho:

RITA CÂMARA; SUSANA OLIVEIRA

Palavras-chave: ASMA; BIOMARCADORES; EICOSANÓIDES; MEPS; UHPLC.

A asma é uma doença heterogénea caracterizada por inflamação crónica e remodelação irreversível das vias aéreas a longo prazo. A peroxidação enzimática do ácido araquidónico faz parte da fisiopatologia dessa doença e leva à formação de poderosos mediadores inflamatórios, característicos da asma. O presente trabalho teve como objectivo desenvolver uma estratégia baseada em cromatografia líquida de ultra-alta pressão (UHPLC) fácil de usar de forma a caracterizar biomarcadores de peroxidação lipídica: leucotrienos E4 (LTE4) e B4 (LTB4) e 11 β -prostaglandina F2 α (11 β PGF2 α), eicosanóides presentes na urina de pacientes asmáticos e indivíduos saudáveis (grupo controlo). Um formato semi-automático eVol@-micoextração por sorvente embalado (MEPS) foi desenvolvido de forma a isolar os analitos alvo. O método foi totalmente validado sob condições óptimas de extração (sorvente R-AX, 3 ciclos de condicionamento-equilíbrio com 250 μ L de ACN-H2O a 0,1% FA, com 10 ciclos de extração-descarte de 250 μ L de amostra a um pH de 5,1, eluição com 2 vezes 50 μ L de MeOH e concentração do eluato até metade do seu volume) e cromatográficas (análise de 14 min a uma taxa de fluxo de 300 μ L min⁻¹ num UHPLC-PDA equipado com uma coluna BEH C18). Os nossos resultados indicaram boas recuperações (>95%) além de uma excelente eficiência de extração (>95%) a três níveis de concentração (baixa, média e alta) com precisões (RSDs) menores que 11%. Os testes lack-of-fit, goodness-of-fit e Mandel's fitting revelaram boa linearidade dentro do intervalo de concentração. Uma boa selectividade e sensibilidade foram alcançadas com limites de detecção variando entre 0,04 ng mL⁻¹ para o LTB4 e 1,12 ng mL⁻¹ para o 11 β PGF2 α e limites de quantificação entre 0,10 ng mL⁻¹ para o LTB4 e 2,11 ng mL⁻¹ para 11 β PGF2 α .

O método desenvolvido foi aplicado com sucesso na urina de pacientes asmáticos e indivíduos saudáveis. Em média, a urina de pacientes asmáticos apresentou concentrações significativamente maiores de 11 β PGF2 α (112,96 ng mL⁻¹ vs 62,56 ng mL⁻¹ no grupo controlo), LTE4 (1,27 ng mL⁻¹ vs 0,89 ng mL⁻¹ no grupo controlo) e LTB4 (1,39 ng mL⁻¹ vs 0,76 ng mL⁻¹ no grupo controlo). Estes resultados sugerem o potencial dos eicosanóides-alvo e do método desenvolvido no diagnóstico da asma e no acompanhamento da resposta terapêutica.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 029

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA ASMA EM ADULTOS ANGOLANOS**Autor do trabalho:****MARGARETE ARRAIS**

Departamento de Pneumologia, Hospital Militar Principal, Luanda, Angola; CISA – Centro de Investigação em Saúde de Angola, Caxito, Bengo, Angola; Centro de Matemática e Aplicações, Faculdade de Ciências, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal; Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, Covilhã, Portugal; CICS – Centro de Investigação em Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

Co-Autores do trabalho:**FRANCISCA QUIFICA; OFÉLIA SACHICOLA; JORGE M.R. GAMA; LUIS TABORDA-BARATA****Palavras-chave:** CARACTERÍSTICA CLÍNICAS; ASMA; ANGOLA

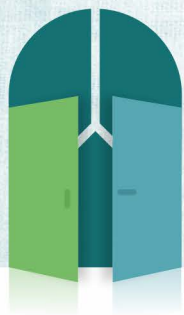
Introdução: A asma é uma das doenças crónicas mais comuns e afecta todas as idades. É também uma das causas mais frequentes de atendimento hospitalar. Estudos epidemiológicos sobre asma em adultos em África são escassos e em Angola, não há nenhum. Assim, o objectivo deste estudo foi avaliar as características clínicas da asma em adultos seguidos em consulta de especialidade.

Metodologia: Estudo observacional, transversal, realizado no Hospital Militar Principal, de Abril de 2018 a Março de 2019, com doentes com idade igual ou superior a 18 anos, seguidos em consulta de pneumologia por asma. A asma foi definida de acordo com os critérios do Global Initiative for Asthma (GINA), a função respiratória (espirometria) definida de acordo com as normas da American Thoracic Society/European Respiratory Society (ATS/ERS) e a sensibilização alérgica definida pela positividade dos testes cutâneos por picada (TCP). Foram excluídos doentes asmáticos com sequelas de tuberculose pulmonar e com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Os dados foram analisados no SPSS Statistics v25.0. A estatística descritiva foi usada para caracterização da amostra e foram efectuadas análises univariadas e multivariadas. A significância estatística foi definida para o $p < 0,05$.

Resultados: A amostra foi constituída por 305 asmáticos [idade média 41,3, mediana 41,0 (18 a 86) anos], sendo 56,1% mulheres. Destes, 6,9% tinham asma intermitente, 61,9% asma persistente leve, 26,9% persistente moderada e 4,3% persistente grave, sem diferenças significativas entre sexos e Índice de Massa Corporal (IMC); porém, a asma moderada e grave foi significativamente mais frequente em doentes com idade superior aos 50 anos. Em 56,1% dos doentes a asma estava associada a rinite alérgica. Em relação ao controlo, 28,2% tinham asma controlada, 36,4% parcialmente controlada e 35,4% não controlada, sem diferenças significativas entre sexos, idade e IMC. Apenas 39,0% dos doentes usavam tratamento inalatório de manutenção, mas muito irregular e 53,1% usavam só na crise. A técnica inalatória mostrou erros major, quer nos aerossóis pressurizados (65,7% dos casos), quer nos inaladores de pó (54,4% dos casos). Cerca de 30% dos doentes tiveram mais de cinco exacerbações no último ano e 44,6% tiveram de efectuar corticoterapia oral. A espirometria foi normal em 21,6% dos doentes, mostrou obstrução leve em 47,9% e entre moderada a obstrução muito grave em 30,5% dos doentes. Cerca

de 67% estavam sensibilizados a aeroalergénios, sendo as sensibilizações mais frequentes a ácaros (*Der.pteronyssinus*, *Der.farinae*, *B.tropicalis*), epitélio de gato e cão e fungos (*C.herbarum*, *M.mucedo*, *A.alternata*, *A.fumigatus*), sem diferenças significativas entre sexos, idade e IMC. Quer a gravidade, quer o mau controlo da asma estavam relacionados com o uso irregular do tratamento inalatório de manutenção, uso frequente de beta 2 agonista de curta ação (SABA), corticoesteróide oral e com a técnica inalatória incorrecta dos dispositivos inalatórios.

Conclusão: A maioria dos asmáticos Angolanos residentes em Luanda têm a sua asma parcialmente controlada ou não controlada, e não usam ou usam irregularmente o tratamento de manutenção. Medidas de monitorização mais aprofundadas destes doentes serão necessárias.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 030

OMALIZUMAB NA GRAVIDEZ

Autor do trabalho:

MARIANA CABRAL

Hospital de Santa Marta - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Co-Autores do trabalho:

BRUNO MENDES; CARLOS FIGUEIREDO; PAULA CRAVO; LUISA SEMEDO; JOÃO CARDOSO; RITA GERARDO

Palavras-chave: ASMA, GRAVIDEZ, OMALIZUMAB

Introdução: A asma é uma das patologias crônicas mais frequentes que ocorre na gravidez. Um controlo inadequado da doença tem efeitos adversos tanto a nível materno como fetal. Na doença grave, há uma maior probabilidade de exacerbações. Geralmente, o tratamento é semelhante em grávidas e não grávidas.

Caso clínico: Mulher de 40 anos, não fumadora, com sintomatologia de asma desde os 5 anos de idade com crises que motivavam recurso ao Serviço de Urgência (SU). Para além da terapêutica farmacológica, efectuou imunoterapia específica para ácaros durante 4 anos com desaparecimento dos sintomas. Aos 14 anos, aquando da menarca houve um agravamento da sintomatologia, sendo seguida em consulta de Pneumologia desde essa altura. Dos exames realizados destacava-se testes de sensibilidade cutânea positivos para ácaros e provas de função respiratória com obstrução moderada tendo-se concluído que apresentava uma asma alérgica persistente moderada. Foi medicada com corticoide inalado e broncodilatadores. Apesar da terapêutica, manteve uma asma de difícil controlo. Dos 14 aos 24 anos manteve seguimento médico irregular, incumprimento terapêutico e exacerbações da doença, com diversas idas ao SU.

Teve duas gravidezes, aos 24 e 26 anos. Após a primeira gravidez, aos 25 anos iniciou corticoterapia oral com doses variáveis por asma não controlada. Na primeira gravidez houve necessidade de aumentar terapêutica broncodilatadora e na segunda incremento da dose de corticoterapia oral. Os partos foram eutócicos de termo e decorreram sem intercorrências do ponto de vista respiratório.

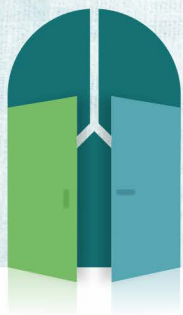
Até aos 31 anos manteve uma asma mal controlada grau 5 com crises frequentes e diversas idas ao SU. As provas de função respiratória revelavam um agravamento progressivo da função pulmonar com obstrução grave e insuflação pulmonar, e IgE de 1778 UI/mL. Foi então iniciada terapêutica com anticorpo monoclonal anti-IgE tendo-se verificado uma melhoria clínica e uma diminuição da gravidade das exacerbações mas sem diminuição da dose de prednisolona.

Aos 36 anos, ficou grávida pela terceira vez, cinco anos após ter iniciado omalizumab. Estava ainda medicada com prednisolona, salmeterol/propionato de fluticasona, brometo de ipatrópio, montelucaste e aminofilina, tendo-se decidido manter o anti IgE dada a gravidade da situação clínica. A registar que houve o diagnóstico de diabetes gestacional, e uma infeção respiratória durante a gravidez tratada com antibióterapia e aumento da corticoterapia oral. Teve parto eutócico às 38 semanas de recém-nascido saudável (peso 3,1 kg) e que decorreu sem intercorrências.

Os três filhos foram amamentados durante o primeiro ano de vida. Os dois mais velhos, atualmente com 14 e 16 anos, tem o diagnóstico de asma.

O mais novo, de 4 anos, não apresenta sintomas de patologia alérgica até à data.

Conclusão: A decisão de manter ou descontinuar o tratamento com anti-IgE deve ser feita caso a caso, tendo em conta o equilíbrio entre os benefícios e os potenciais riscos. Até à data os casos descritos de asmáticas grávidas sob terapêutica com omalizumab têm apresentado resultados favoráveis.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 031

O PODER DA IMAGEM NA AVALIAÇÃO DA INFLAMAÇÃO NA ASMA. FIRST STEPS...

Autor do trabalho:

ANTÓNIO SOUSA FERNANDES

Serviço de Pneumologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

BÁRBARA RAMOS; CLÁUDIA CHAVES LOUREIRO

Palavras-chave: ASMA, ENCARCERAMENTO AÉREO, TCAR

Introdução: O encarceramento aéreo está presente em várias doenças pulmonares obstrutivas com envolvimento das pequenas vias aéreas, nomeadamente na asma. A tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) do tórax desempenha um papel importante na identificação e caracterização destas alterações. No entanto, sendo conhecidos os efeitos dinâmicos da obesidade na função respiratória, nomeadamente na redução da compliance pulmonar, com consequente redução do calibre das vias aéreas, predispondo à ocorrência de encarceramento aéreo e hiperinsuflação dinâmica, este pode constituir um fator confundidor.

Objetivos: Avaliar a relevância do encarceramento aéreo identificado por TCAR enquanto biomarcador de doença em indivíduos asmáticos.

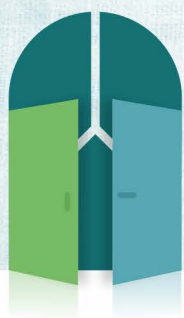
Métodos: Estudo retrospectivo, que incluiu doentes com índice de massa corporal (IMC) ≥ 25 Kg/m² observados na consulta de Asma Severa/Difícil controlo (2014-2019), com TCAR do tórax disponível. Estes foram agrupados em dois padrões radiológicos: com e sem encarceramento aéreo. Foi posteriormente realizada a avaliação e comparação do estudo funcional respiratório (EFR), achados radiológicos, eosinofilia periférica, questionário de sintomas, comorbilidades e terapêutica. Excluíram-se doentes com DPOC. Análise estatística realizada com recurso ao SPSS (nível de significância de 0,05).

Resultados: Foram incluídos 37 doentes, com predomínio do género feminino (n=26, 70.3%) e idade média de 57.8 ± 14.3 anos. Verificou-se a presença de encarceramento aéreo em 17 (45.9%) doentes, sem diferença estatisticamente significativa do IMC quando comparado com os doentes sem encarceramento ($p=0.117$). Os doentes sem encarceramento aéreo, quando comparados com os doentes com encarceramento, apresentaram um valor de eosinofilia periférica superior ($p=0.009$), achado que se manteve quando instituídos cut-offs de eosinofilia periférica: > 150 e > 300 células/microL, $p=0.022$ e $p=0.020$, respetivamente. No que diz respeito ao EFR, os doentes com encarceramento aéreo apresentaram maior obstrução das pequenas vias aéreas (MMEF75/25,%), $p=0.05$.

Não se observou diferença estatisticamente significativa no que diz respeito a comorbilidades (rinossinusite e pólipos nasais), alterações radiológicas (bronquiectasias e espessamento brônquico), atopia, FeNO, questionário de sintomas (CARAT e ACT), dose de corticosteroides inalados ou uso de terapêutica biológica.

Discussão e conclusão: Neste estudo, verificou-se que o encarceramento aéreo é frequente em doentes asmáticos obesos e com excesso de peso. Os doentes com encarceramento aéreo na TCAR apresentaram menores valores de eosinófilos periféricos. Sabendo-se que diferentes tipos de inflamação da via aérea podem relacionar-se com diferentes padrões de resposta à terapêutica, que o perfil eosinofílico está associado a melhor

resposta aos corticosteroides inalados e que a inflamação neutrofílica das vias aéreas relaciona-se com maior corticorresistência, poderá existir um predomínio neutrofílico nos asmáticos com encarceramento aéreo. Tal como observado por Busacker et al. esse fator, conduzindo a menor resposta terapêutica, pode condicionar menor reversibilidade da obstrução das pequenas vias aéreas. Deste modo, serão necessários estudos adicionais, desenhados para avaliar a relação do encarceramento aéreo com os perfis inflamatórios, podendo ser este um novo biomarcador de doença.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 032

PERFIL CLÍNICO DA ASMA DE INÍCIO TARDIO

Autor do trabalho:

ANA CLÁUDIA PIMENTA

Centro Hospitalar de Trás os Montes de Alto Douro - Vila Real

Co-Autores do trabalho:

MARIA ESTEVES BRANDÃO; CATARINA MARQUES; RAFAEL NOYA;
IVONE PASCOAL; DANIELA MACHADO; INÊS FRANCO; INÊS LADEIRA;
RICARDO LIMAPalavras-chave: ASMA DE INÍCIO TARDIO, FENÓTIPOS DE ASMA,
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

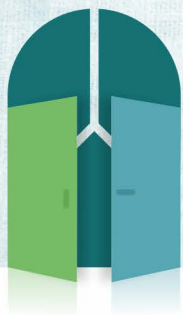
Introdução: A asma de início tardio (LOA) é um fenótipo específico de asma que requer especial atenção – a sua prevalência está a aumentar com o envelhecimento da população e parece apresentar um prognóstico mais desfavorável. Particularmente nos indivíduos com início de sintomas de asma a partir dos 60 anos de idade, parece existir um atraso no diagnóstico, ilustrando o desafio que representa para os clínicos.

Objetivo: Descrever o perfil dos doentes com asma de início tardio, em seguimento em consulta especializada de um hospital terciário.

Métodos: Recolha retrospectiva de dados clínicos, funcionais e laboratoriais, através da consulta do processo clínico eletrónico de doentes asmáticos adultos, seguidos em consulta de Asma entre junho e setembro de 2016. Definimos como LOA o início de sintomas respiratórios após os 18 anos de idade, pelo que excluímos doentes com início de sintomas previamente a esta idade. Foram igualmente excluídos da análise: grávidas, diagnóstico de sobreposição asma/DPOC, granulomatose com poliangite, ABPA e doentes sob investigação diagnóstica. Não foi possível determinar a idade precisa do início dos sintomas em 35 doentes (28,7%). O programa IBM SPSS v.25 foi usado para a realização dos testes estatísticos adequados.

Resultados: Obtivemos uma amostra de 122 doentes com LOA, com média de idades no início dos sintomas de $38,63 \pm 13,25$ anos. Verificou-se significativo predomínio do sexo feminino ($n=108$ (88,5%)). Metade destes doentes tinha atopia confirmada. A co-morbilidade mais comum foi a rinossinusite (30,3%), seguida pela obesidade (22,1%). Foi frequente a existência de história pessoal de tabagismo (22,1%). Observamos airtrapping em 24,6% dos pacientes, enquanto os parâmetros de FEV1, FVC e TLC se apresentaram relativamente preservados. Uma resposta positiva ao broncodilatador foi observada em 37,7% e 43,8% dos doentes apresentaram FeNO elevado (>25 ppb). Verificou-se eosinofilia periférica na maioria dos doentes (69,7%) e mais de metade foi classificado como caso de asma grave (60,7%). Analisamos ainda dois subgrupos: um deles de início de sintomas mais precoce (≤ 59 anos) e o outro com início de sintomas na terceira idade (> 59 anos). Observamos que a asma de início após os 59 anos teve uma predominância significativamente menor do sexo feminino ($p < 0,001$). Também mostramos uma tendência para menor FEV1 em idades mais avançadas (MD FEV1 1,44 L (0,91-2,1) vs 2,11 (1,64-2,52)), um maior volume residual (MD RV 2,61 L (2,28-2,96) vs 2,05 (1,77-2,51)) e menor frequência de eosinofilia ($n_{Eo} > 150 = 3$ (4,9%) vs 59 (73,8%)).

Discussão: Na nossa população, a predominância do sexo feminino para LOA torna-se menos expressiva quando consideramos apenas indivíduos com início dos sintomas após 59 anos. Os restantes resultados estão em linha com a literatura prévia – embora mostremos uma função pulmonar relativamente preservada em ambos os subgrupos de LOA, há uma tendência para pior função pulmonar e menor grau de inflamação eosinofílica nos doentes com início de doença após os 59 anos.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 033

UM CASO RARO DE GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE ASSOCIADA A ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA E ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA.

Autor do trabalho:

IOLANDA ALEN COUTINHO

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

MARIANA LOPES; FILIPA LIMA; ANTÓNIO FERNANDES; CONCEIÇÃO RABADÃO; FREDERICO REGATEIRO

Palavras-chave: GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE, ASMA, RINITE, SINUSITE, ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA, ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA

Introdução: A Granulomatose eosinofílica com poliangéite (GEPA) é uma vasculite sistémica necrotizante, que afeta os vasos de pequeno e médio calibre e se associa a granulomas eosinofílicos extravasculares, eosinofilia periférica, rinosinusite e asma.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 27 anos, de nacionalidade indiana, residente em Portugal desde 2017, com antecedentes de rinosinusite crónica e asma desde a infância.

Em Abril de 2019, o doente iniciou quadro de dispneia, tosse não produtiva e dor torácica paraesternal direita de início súbito e de agravamento progressivo.

Durante a avaliação inicial foi excluída patologia cardiovascular e a radiografia simples do tórax revelou a presença de área de condensação parahilar direita. Analiticamente apresentava leucocitose de 13.1G/L, PCR de 9.4mg/dL, tendo sido internado para estudo.

Durante a evolução do internamento, o doente iniciou quadro febril e agravamento progressivo do estado geral, iniciando antibiótoterapia empírica com Piperacilina-Tazobactam. Isolado na cultura de expectoração a presença de *Aspergillus niger*. Dada a má resposta clínica e analítica à antibiótoterapia e suspeita de Aspergilose pulmonar invasiva foi iniciada terapêutica antifúngica com Voriconazol 300mg 2id que, por hepatotoxicidade, foi alterada para Itraconazol 200mg 2id.

Em D7 de internamento foi realizada fibroscopia bronquial que revelou a presença de cristais de Charcot-Leyden no aspirado brônquico. A cultura de aspirado traqueobrônquico, lavado broncoalveolar e biópsia brônquica foram positivas para *Aspergillus niger*.

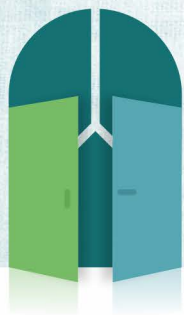
Do estudo realizado, destacam-se testes cutâneos por picada positivos para *Aspergillus fumigatus*, IgE total = 7252 g/L, IgE específica para *Aspergillus fumigatus* = 9.16 KU/L, eosinofilia periférica = 1570 cells/ μ L, anticorpos anti-Mieloperoxidase e anti P-ANCA positivos, TC-AR pulmonar com opacidades difusas na região lobar e hilar, cavitações com múltiplas locas hipodensas e bronquiectasia cilíndricas com impactação mucoide das vias aéreas.

Colocada a hipótese de GEPA e Aspergilose broncopulmonar alérgica, pelo que foi decidido iniciar em D30 de internamento corticoterapia com prednisolona 1mg/Kg/dia. Observou-se melhoria progressiva com apirexia mantida e resolução dos sintomas respiratórios, associada a melhoria dos parâmetros inflamatórios. Alta em D51 sob itraconazol 200mg 2id e

corticoterapia 1mg/Lg/dia que manteve durante 6 semanas até à data, com redução progressiva e sem recidiva do quadro.

Estudo subsequente em consulta, mostrou rinosinusite comprovada imagiologicamente e espirometria com presença de padrão obstrutivo.

Conclusão: A relação da GEPA com a Aspergilose pulmonar invasiva e Aspergilose broncopulmonar alérgica é ainda controversa, contudo alguns relatos raros descrevem a sua associação temporal, embora sem esclarecimento causal.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 034

SAOS E ASMA GRAVE: CASUALIDADE OU COMORBILIDADE?

Autor do trabalho:

JOÃO PEDRO NEIVA MACHADO

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

JOSÉ COUTINHO COSTA; MARIA BRAZ; MARGARIDA VALÉRIO;
LÍDIA GOMES; MARÍLIA RODRIGUES; FÁTIMA TEIXEIRA; ANA MARIA
ARROBAS; JOAQUIM MOITA

Palavras-chave: ASMA GRAVE; APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

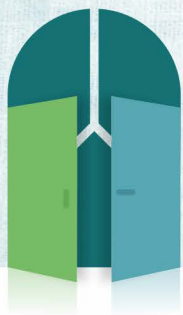
Introdução: Tem-se observado que sintomas dos distúrbios respiratórios do sono, especialmente a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), são comuns em asmáticos; além disso, associam-se com a gravidade da asma. A investigação da SAOS em doentes com asma deve ser realizada sempre que não houver um controlo adequado dos sintomas noturnos da asma com o tratamento recomendado.

Objetivos: Avaliar a prevalência de SAOS nos doentes com Asma Grave.

Material e Métodos: Estudo prospetivo com base numa amostra de conveniência contendo doentes com diagnóstico de asma grave (segundo guidelines GINA), seguidos em consulta no serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital Geral. Recolhidos dados sócio-demográficos e clínicos, preenchidos questionários (Pittsburgh, EQ-5D, Epworth, STOP-BANG, ACT e CARAT) e realizada polissonografia de nível 3.

Resultados: Amostra constituída por 30 indivíduos, 36,7% do sexo masculino, média de idades de 53,2 ($\pm 14,5$) anos, com um FEV1 médio de 66,2% ($\pm 16,7$). Do total, 43,3% com rinite/rino-sinusite, 13,3% com polipose nasal, 23,3% com diabetes, 16,7% com patologia cardiovascular, 10,0% com patologia da tiróide e 3,3% com obesidade. 70,0% cumprem/cumpriram terapêutica biológica. Foi identificado SAOS em 30,0% dos doentes (3 graves) com média de IAH de 9,5 eventos/h ($\pm 11,9$) e em decúbito dorsal de 26,7 eventos/h ($\pm 26,9$), valores médios de SpO2 média de 93,2% e mínima 82,6%. Obteve-se uma taxa total de preenchimento de questionários de 40% (à data da submissão ainda faltam avaliar os restantes doentes em consulta, facto este que justifica a taxa de resposta aos questionários. Os dados finais estarão disponíveis no congresso). Dos dados disponíveis, a pontuação média do questionário de Epworth foi de 8,4 ($\pm 6,1$), com 50,0% dos doentes com sonolência diurna excessiva. No que diz respeito ao STOP-Bang, 41,7% dos doentes apresentavam alto risco para SAOS. Quanto ao controlo da asma, obteve-se um ACT total médio de 20,3 ($\pm 2,5$), com 63,6% dos doentes controlados e um CARAT total médio de 19,8 ($\pm 7,4$) com 33,3% dos doentes controlados. O CARAT médio das vias aéreas superiores foi de 6,8 ($\pm 4,1$) e das inferiores 13,0 ($\pm 4,0$), com 41,7% com queixas nasais controladas e 33,3% com queixas brônquicas controladas. A presença de SAOS correlaciona-se com o sexo (45,5% dos homens asmáticos graves com SAOS vs 21,1% de mulheres e com a presença de patologia CV mas não com o controlo da asma (tanto pela ACT como pelo CARAT) nem com a sonolência diurna excessiva. A idade correlaciona-se com o IAH (correlação positiva moderada, $p < 0,005$, $r = 0,626$).

Conclusão: Na nossa amostra, a prevalência de SAOS é muito superior à descrita na população geral e não parece relacionar-se com o controlo da asma podendo sugerir que se trata mais de uma casualidade do que uma comorbilidade, contudo, pela dimensão da amostra, retirar conclusões deste género é ousado. Nesta população, o STOP-Bang não pareceu ser uma boa ferramenta para prever a presença ou ausência de SAOS nem a sonolência diurna excessiva.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 035

AValiação DA RESPOSTA TERAPêUTICA AOS 12 MESES DE MEPOLIZUMAB – A REALIDADE DE UM CENTRO HOSPITALAR PORTUGUÊS

Autor do trabalho:

BÁRBARA DE FREITAS RAMOS

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Serviço de Pneumologia

Co-Autores do trabalho:

LÍDIA GOMES; ANA ARROBAS; CLÁUDIA CHAVES LOUREIRO

Palavras-chave: ASMA; MEPOLIZUMAB; ANTICORPO MONOCLONAL ANTI-IL5

Introdução: O fenótipo asma grave eosinofílica é caracterizado por uma inflamação eosinofílica das vias aéreas. O mepolizumab, anticorpo monoclonal anti-IL5, tem eficácia no controlo sintomático destes doentes.

Objetivo: Avaliação da resposta clínica, analítica e funcional de doentes com asma grave eosinofílica, aos 12 meses de tratamento com mepolizumab.

Metodologia: Estudo retrospectivo, que incluiu doentes seguidos no CHUC com asma grave eosinofílica, sob mepolizumab, há pelo menos 12 meses. Foram analisados questionários de avaliação de sintomas, agudizações, estudo funcional respiratório e eosinofilia.

Análise estatística realizada com recurso ao SPSS e para um nível de significância de 0,05.

Resultados: Num total de 16 doentes sob mepolizumab, 10 estavam sob este tratamento há mais de 12 meses. Média de idades 54,1(±16) anos e predomínio do género feminino (90%;n=9). Em 50%(n=5) o diagnóstico foi obtido com mais de 40 anos de idade. Destaca-se ainda que 50%(n=5) tinham polipose nasal, 70%(n=7) excesso de peso/obesidade (média IMC=27,8Kg/m²) e 1 tinha hábitos tabágicos no passado. Três doentes tinham TCA positivos, 1 com correlação clínica; 8 doentes com valores de IgE negativos. Relativamente aos achados radiológicos, 60%(n=6) tinham espessamento brônquico e 40%(n=4) encarceramento aéreo. Os doentes encontravam-se todos em STEP 5 (GINA 2019), 3 sob corticoterapia sistémica (média 16mg). Aos 12 meses foi possível a redução da dose diária nos 3 doentes, para uma média de 7mg, com diferença estatisticamente significativa (p=0,035).

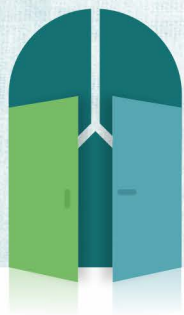
Nos 12 meses prévios ao tratamento, em média, os doentes tiveram 4,5(±2,9) agudizações e 1,1(±1,4) internamentos. Após 12 meses de tratamento, no mesmo grupo, registaram-se 1,3(±2,5) agudizações e 0,1(±0,3) internamentos. A diferença encontrada foi estatisticamente significativa para as duas variáveis (p=0,023;p=0,032).

Já no que respeita ao questionário de sintomas CARAT, na avaliação antes de iniciar o tratamento, o valor médio para as vias aéreas superiores (VAS) foi de 6,25(±2,4) e para as vias aéreas inferiores (VAI) de 4(±2,7). Na avaliação realizada aos 12 meses, a média obtida neste questionário foi de 8,25(±2,6) e 11,1(±5,9), respetivamente. A diferença nos valores obtidos foi estatisticamente significativa para as VAI (p=0,002).

No que se refere à eosinofilia periférica, o valor médio pré-tratamento foi de 623,3(±234,3)cel./microL e na avaliação anual foi de 83,3(±40,6) cel./microL, sendo que este parâmetro diferiu de forma estatisticamente significativa (p=0,000).

Relativamente à função pulmonar, o valor de FEV1, em litros e percentagem, pré-tratamento foi de 1,54(±0,69) e 74,4(±30,8%), respetivamente. Ao fim de 12 meses, o mesmo grupo obteve FEV1 de 1,86(±0,78) e 86,3(±30,9%), respetivamente. Para ambos parâmetros, a diferença encontrada foi estatisticamente significativa (p=0,001;p=0,026). No que respeita ao FEV1/FVC, o valor prévio foi de 64,6(±6,7) e aos 12 meses de 72,6(±10,2). Mais uma vez a diferença encontrada teve significado estatístico (p=0,002). O RV, o RV/TLC, a DLCO e o FeNO, pré e após tratamento, não diferiram de forma significativa (p>0,05).

Conclusão: Podemos concluir que houve uma franca melhoria aos 12 meses de tratamento com mepolizumab em termos de sintomas brônquicos reportados e agudizações registadas, com redução da corticoterapia sistémica. Destaca-se ainda que a diminuição significativa da eosinofilia acompanhou a melhoria funcional registada em termos de FEV1 e FEV1/FVC.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 036

UM MAL NUNCA VEM SÓ!

Autor do trabalho:

BÁRBARA DE FREITAS RAMOS

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Serviço de Pneumologia

Co-Autores do trabalho:

EMILIA FARIA; CLÁUDIA CHAVES LOUREIRO

Palavras-chave: ASMA; HIPERSENSIBILIDADE; TERAPÊUTICA BIOLÓGICA

Caso clínico: Mulher, 50 anos de idade, bióloga (de baixa médica), divorciada, de nacionalidade Brasileira (a residir em Portugal há 15 anos), não fumadora. Seguida em Pneumologia por asma grave. Antecedentes Pessoais: bronquiolites na infância (<2 anos de idade), rinite persistente moderada a grave, sinusite crónica, hipersensibilidade à penicilina/AINEs, alergia ao pólen de gramíneas, DRGE (condicionando laringoespasmo), disfunção das cordas vocais, suspeita de intolerância ao glúten/lactose, síndrome depressiva, dislipidemia, obesidade, DM, Cushing e cataratas secundários à corticoterapia sistémica.

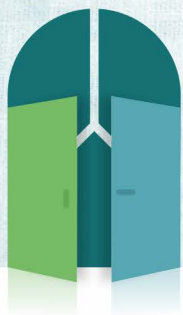
A asma foi diagnosticada na infância, esteve assintomática na adolescência e reapareceu na idade adulta, com múltiplos internamentos, incluindo quatro com necessidade de intubação e ventilação mecânica invasiva. Medicada no degrau máximo do GINA (2019), incluindo todos os add-ons disponíveis e altas doses de corticosteroide sistémico (deflazacort 60-90mg id). Confirmada completa adesão terapêutica, técnica de inalação correta e manuseamento adequado das comorbilidades, apesar de sem controle completo do laringospasmo e da rinite.

Exames complementares de diagnóstico e terapêutica: história de eosinófilos 300 células/ μ L; Testes de cutâneos de alergia (TCA) positivos para os pólenes de gramíneas; Estudo funcional ventilatório: curva espirométrica com valores espirométricos normais, não terminado devido a acentuada hiper-reatividade brônquica; gasometria arterial (FiO₂ 2L/min, em repouso) pH 7.40, paO₂ 96mmHg, paCO₂ 38mmHg; Teste de marcha de 6 minutos (para aferição de oxigénio) suspenso por baixa saturação periférica de oxigénio (89%) e frequência cardíaca de 125bpm (distância percorrida de 25 metros); TC do Tórax com espessamento das paredes brônquicas e encarceramento aéreo, excluindo traqueomalácia; TC dos SPN com sinusite etmoidal; Cintigrafia ventilação/perfusão com pequenos defeitos de perfusão periférica e ventilação preservada; Broncofibroscopia sem alterações; biópsia endobrônquica com infiltrado inflamatório polimorfo da lâmina própria e hiperplasia das células basais.

Resultados e tratamento: Inicialmente medicada com agente biológico anti-IgE (omalizumab 300mg bimensal), suspenso às 16 semanas por falta de eficácia e declínio clínico. Posteriormente medicada com mico-fenolato de mofetil 1G, 2id, como poupador de corticosteroide, mas com resposta apenas parcial, suspenso após 8 semanas. Iniciou mepolizumab, na dose de 100mg mensal, suspenso na segunda toma por suspeita de hipersensibilidade ao medicamento, manifestada por agravamento da sua dispneia basal e tosse. Os testes cutâneos por prick foram positivos para o mepolizumab, o omalizumab e o polissorbato, com controlo negativo em 4 doentes. Feita tentativa de terapêutica com imunossupressor (azatioprina) não tolerado por queixas gastrointestinais.

O benralizumab foi excluído pelo polissorbato. Em setembro de 2018, apesar de não cumprir os critérios de eosinofilia, iniciou, em programa de acesso precoce, o anti-IL5 reslizumab (250 mg mensal) com melhoria sintomática desde a 3ª dose.

Conclusões: Com esta exposição, os autores pretendem destacar o caso clínico de uma doente com asma grave, múltiplas comorbilidades de difícil controlo e com indicação para tratamento com terapêutica biológica. No entanto, outras condições além dos traços tratáveis, podem contraindicar o uso destas terapias, como a hipersensibilidade ao excipiente, tornando essencial a existência de alternativas entre os agentes biológicos disponíveis.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 037

OMALIZUMAB NOS CUIDADOS INTENSIVOS: UM CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

ANDREA SUZANA MACHADO

Serviço de Pneumologia - Departamento do Torác do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

ANA MENDES; CARLOS LOPES; PILAR AZEVEDO; SUSANA LOPES DA SILVA

Palavras-chave: OMALIZUMAB, ASMA GRAVE, CUIDADOS INTENSIVOS

Introdução: Asma é uma doença crónica e heterogénea, que afecta 5-10% da população, sendo os corticóides uma terapêutica fundamental para estes doentes. No entanto, em casos raros de alergia aos corticóides o tratamento da asma pode ser um desafio.

O Omalizumab tem eficácia clínica em doentes com asma alérgica, actuando por ligação à IgE sérica livre e impedindo a sua ligação aos receptores de alta afinidade (FcεRI) e uma posterior diminuição da expressão dos mesmos nos mastócitos e basófilos, o que condiciona uma redução da inflamação alérgica.

Caso clínico: Doente do género feminino, de 37 anos, não fumadora, com antecedentes de valvuloplastia mecânica em 2001 e 2015 por cardiopatia congénita com estenose aórtica e comunicação interventricular. Hipocoagulada com varfarina.

Diagnóstico de asma e rinite alérgicas desde a infância. Em 1999 começou com episódios de hipersensibilidade imediata a hidrocortisona intravenosa e a corticóides inalados (fluticasona e beclometasona), pelo que suspendeu da sua medicação habitual. Por agravamento clínico consequente foi referenciada à Consulta de Imunoalergologia. O estudo alergológico realizado demonstrou alergia aos corticóides inalados, tolerando apenas dose baixa de beclometasona e aos corticóides sistémicos, excepto o deflazacort. Por esse motivo foi proposta para tratamento com Omalizumab que cumpriu de 2009 a 2013, altura em que a doente se ausentou do país e deixou de comparecer ao hospital, deixando também de fazer beclometasona e mantendo-se medicada com formoterol, brometo de tiotrópio, montelucaste e aminofilina.

Em Janeiro de 2018, recorreu ao serviço de urgência após um dia de evolução de tosse produtiva com expectoração muco-purulenta, dispneia progressiva e pieira. À admissão apresentava falência respiratória com broncospasmo e acidémia respiratória (pH 7,14, pCO₂ 70mmHg, pO₂ 61,6mmHg), com necessidade imediata de ventilação mecânica invasiva. Não apresentava outras alterações laboratoriais e foi admitida em unidade de cuidados intensivos.

O suporte ventilatório da doente foi muito dificultado pela grave resistência das vias aéreas, necessitando de curarização durante 5 dias, assim como perfusão de aminofilina e tratamento com deflazacorte. Após 10 dias de suporte ventilatório, sem melhoria, foi administrada uma primeira dose de Omalizumab e realizado protocolo de dessensibilização para a dexametasona intravenosa. A doente apresentou melhoria progressiva do broncospasmo e da mecânica ventilatória, tendo sido extubada após 9

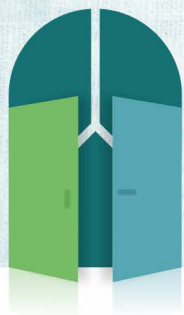
dias da sua administração. Uma segunda dose de Omalizumab foi administrada nos cuidados intensivos 15 dias após a primeira.

A doente teve alta 10 dias após extubação, tendo-se entretanto reintroduzido beclometasona inalada com boa tolerância.

Desde a alta, a doente tem mantido tratamento mensal com Omalizumab, sem exacerbações e com controlo adequado dos sintomas.

Conclusão: Os autores apresentam o caso de uma doente com asma alérgica em mal asmático e alergia aos corticóides, em que o Omalizumab desempenhou um papel fundamental. O Omalizumab pode ser um tratamento importante em doentes asmáticos graves sob ventilação mecânica invasiva.

Do conhecimento dos autores não existe nenhum caso similar descrito na literatura.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 038

MEPOLIZUMAB: AVALIAÇÃO CLÍNICA, FUNCIONAL E DE IDADE PULMONAR NO PRIMEIRO ANO DE TRATAMENTO

Autor do trabalho:

DAVID BARROS COELHO

Centro Hospitalar Universitário de São João

Co-Autores do trabalho:

MARIANA SERINO; MARIA BRANDÃO; MAFALDA VAN ZELLER; MARTA DRUMMOND

Palavras-chave: ASMA GRAVE; MEPOLIZUMAB; EOSINÓFILO; FUNÇÃO PULMONAR; IDADE PULMONAR

Introdução: A asma grave corresponde a 5-10% dos casos de asma, sendo responsável pela maioria da morbidade e custos associados à asma. O mepolizumab é um anticorpo monoclonal humanizado, com elevada especificidade e afinidade à interleucina-5, impedindo a ligação desta com o recetor de IL-5 presente na superfície dos eosinófilos, interrompendo desta forma a cascata inflamatória.

A idade pulmonar é uma ferramenta descrita por Morris e Temple importante no controlo da evolução dos doentes.

Objetivos: Avaliar a resposta clínica, funcional respiratória, idade pulmonar e qualidade de vida após início de mepolizumab. Avaliar se a resposta funcional pode ser preditiva de resposta clínica a curto prazo.

Métodos: Foram avaliados retrospectivamente todos os doentes tratados com mepolizumab no Centro Hospitalar Universitário de São João. Adultos, com idade >18 anos, diagnóstico de asma grave eosinofílica com tratamento até 1 ano de duração com mepolizumab. Foram avaliados dados clínicos, provas funcionais respiratórias, número de exacerbações e uso de corticoterapia sistémica. Foi também realizado o questionário de asma grave (QAG), recentemente validado.

A idade pulmonar e deficit de idade pulmonar foram calculadas segundo equações de Morris and Temple.

Resultados: Um total de 6 doentes foi avaliado, tratados com mepolizumab 100mg, a cada 30 dias com um tempo médio de tratamento de 14.5 +- 3.2 meses. Idade média de 56.6 anos, maioritariamente sexo feminino (5/6).

A contagem eosinofílica total inicial era de 576.7 cel/mcL e percentagem eosinofílica de 6.5%. Após 4 meses tratamento houve decréscimo em todos os doentes (86.6 cel/mcL e 5.7%).

Cinco dos doentes teve melhoria da função pulmonar durante o primeiro ano de tratamento. FEV1% inicial de 75% que aumentou para 95.5% após o tratamento. Relativamente ao QAG – Score de 16 perguntas, efetuado após início do tratamento, foi obtida uma média de 5.1 e score total de 60. O número de exacerbações/ano tratadas com corticoide oral diminuiu de 2.7 para 0.3. Do total de doentes, 4 teve 1 hospitalização prévia ao início de tratamento, 1 teve 2 e 2 não tiveram nenhum internamento. Após início de mepolizumab, nenhum doente teve hospitalização por patologia respiratória.

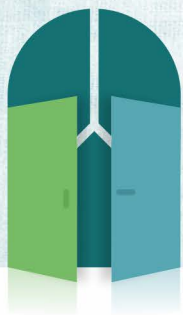
Idade pulmonar inicial média 80.5 anos (IQR 50.7), deficit de idade pulmonar 25.4 anos (IQR 77). Após tratamento, a idade pulmonar diminuiu para 57.4 anos e deficit de idade pulmonar para 2.1 anos.

Um dos doentes, apesar de melhoria funcional respiratória, teve agravamento clínico com aumento de necessidade de medicação de alívio, tendo o mepolizumab sido descontinuado após 7 meses de tratamento.

Conclusão: Com o nosso estudo podemos concluir que a maioria dos doentes obteve melhoria dos sintomas da asma, maior estabilidade clínica, menor número de exacerbações e menor necessidade de corticoterapia sistémica, com consequente melhoria da qualidade de vida. Concomitantemente, verificou-se uma franca redução do número de eosinófilos no sangue periférico, corroborando o que está descrito na literatura.

A idade pulmonar pode ser uma ferramenta útil para comunicação e motivacional.

É ainda necessário melhor estabelecer se a resposta funcional permite prever uma resposta clínica e se é uma resposta duradoura.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 039

TRATAMENTO COM MEPOLIZUMAB NA ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA COM POLIPOSE NASAL

Autor do trabalho:

ANA LUISA FERNANDES

Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Co-Autores do trabalho:

INÊS SUCENA; DANIELA RODRIGUES; ANA PAULA VAZ; INÊS NEVES; SÍLVIA CORREIA; INÊS FRANCO; INÊS LADEIRA; IVONE PASCOAL; AURORA CARVALHO; RICARDO LIMA; JORGE FERREIRA

Palavras-chave: ASMA GRAVE; MEPOLIZUMAB; PÓLIPOS NAsAIS

Introdução: A polipose nasal (PN) é uma comorbidade descrita nos doentes com asma grave e está associada a menor controlo sintomático e pior qualidade de vida. Na literatura, o uso do Mepolizumab tem sido avaliado em doentes com asma grave eosinofílica com polipose nasal tendo demonstrado redução das exacerbações e melhoria da qualidade de vida.

Objetivo: Avaliar o impacto da polipose nasal no tratamento com mepolizumab dos doentes com asma grave eosinofílica.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes com asma grave eosinofílica seguidos na consulta de Pneumologia de dois centros. Os doentes foram divididos em dois grupos consoante o diagnóstico prévio de PN (critérios clínicos e imagiológicos). Foram avaliados a dose e os ciclos de corticoterapia sistémica realizados, a função pulmonar, os eosinófilos periféricos e o Asthma Control Test (ACT) no início e após 6 meses de terapêutica.

Resultados: Foram incluídos 16 doentes (9 não-PN/7 PN), maioria do género feminino (12-75,0%) com uma idade média de 55,5±10,2 anos. A análise descritiva e comparativa dos grupos antes do início do tratamento não revelou diferenças estatisticamente significativas.

A análise de cada grupo após 6 meses de tratamento demonstrou que o grupo PN obteve uma diminuição estatisticamente significativa no número de ciclos de corticoide ($3,0 \pm 3,5/0,6 \pm 0,8$; $p=0,039$) e no número de eosinófilos ($957,1 \pm 846,1/81,7 \pm 81,6$; $p=0,027$); enquanto, no grupo não-PN verificou-se uma redução significativa no número de ciclos de corticoide ($3,6 \pm 1,6/1,8 \pm 1,3$; $p=0,036$), no número de eosinófilos ($815,6 \pm 414,8/72,9 \pm 38,6$; $p=0,017$) e no ACT ($8,0 \pm 2,2/18,6 \pm 3,2$; $p=0,018$). (tabela 1)

A comparação dos outcomes dos dois grupos aos 6 meses mostrou que o grupo não-PN necessitou de mais ciclos de corticoide do que o grupo PN ($1,8 \pm 1,3/0,6 \pm 0,8$; $p=0,047$).

Conclusão: Existem poucos estudos na literatura a avaliar o impacto do tratamento com mepolizumab nos doentes com asma grave eosinofílica e polipose nasal. Apesar de se tratar de uma amostra pequena, nos doentes com e sem polipose nasal, o mepolizumab parece ser eficaz na redução do número de ciclos de corticoterapia sistémica e no número de eosinófilos. Além disso, o grupo não-PN parece necessitar de um número maior de ciclos de corticoterapia nos primeiros 6 meses de tratamento. Mais estudos são necessários para corroborar estes dados.

PC 040

O PAPEL DA TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA DE TÓRAX NA ASMA

Autor do trabalho:

CLÁUDIA SABINA FIGUEIRA DE SOUSA

Hospital Central do Funchal

Co-Autores do trabalho:

JOSÉ VEIGA; CARINA RUANO; OTÍLIA FERNANDES; LUÍSA FIGUEIREDO

Palavras-chave: ASMA; BRONQUIECTASIAS; TCTORÁCICA; AIR-TRAPPING;

Introdução: A asma é uma doença relativamente comum, que causa obstrução das vias aéreas de forma heterogênea e variável. A monitorização da doença passa pela história clínica, exame objetivo e provas funcionais respiratórias. A radiografia de tórax era o método de imagem mais usado na avaliação destes doentes, mas a tomografia computadorizada (TC) de tórax tem ganho um papel cada vez mais importante nesse âmbito.

Objetivos: Avaliar os motivos de requisição de TC de tórax em doentes asmáticos seguidos em consulta de Pneumologia Geral ou de Asma grave e a informação obtida com esses pedidos.

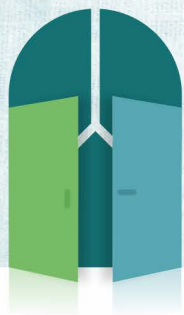
Métodos: Elaborou-se um estudo retrospectivo analítico. Estudou-se um período de 12 meses (ano de 2018), selecionando-se os processos dos doentes provenientes da consulta de Pneumologia Geral/Asma Grave que tivessem uma requisição de TC tórax em que constasse a informação de "Asma". Avaliaram-se os dados demográficos dos doentes, o motivo do pedido do exame, se a TC foi realizada em expiração, a presença de air-trapping e de outras alterações imagiológicas e avaliou-se a presença de colapso dinâmico excessivo das vias aéreas.

Resultados: Analisaram-se 75 processos clínicos, em que 45% dos doentes eram provenientes da consulta de Asma Grave e 55% da consulta de Pneumologia Geral. A maioria eram do sexo feminino (84%) e a idade média foi de 61,8 anos.

Os pedidos de exame foram feitos pelos seguintes motivos: em 50,7% dos casos pela necessidade de reavaliação de alterações presentes em radiografia ou TC prévias (follow-up de nódulos sólidos, nódulos em vidro despolido, etc.), em 13,3% para despiste de novas alterações imagiológicas – como enfisema (4%), doenças do interstício (2,7%), Aspergilose bronco-pulmonar alérgica – 1,3%, etc. Em 10,7% o exame foi pedido para despiste de bronquiectasias devido a infeções recorrentes, em 6,7% dos casos por asma de difícil controlo, em 5,3% por Asma Grave. Em 12,0% dos casos não foi discriminado o motivo do pedido.

Em 69,3% dos casos, as TC foram realizadas em expiração e inspiração, enquanto em 30,7% dos doentes foram realizadas apenas em inspiração. Em 17% dos exames realizados em ambos os tempos respiratórios foi possível observar air-trapping mas este achado já era observado nas aquisições em inspiração, tornando as aquisições em expiração desnecessárias. Foi possível observar bronquiectasias e espessamento brônquico em 35% dos casos avaliados. Mais rara foi a observação de nódulos centrilobulares e de colapso dinâmico excessivo da via aérea (detecção em apenas 1 doente). Em seis doentes (8%) não foi observada qualquer alteração imagiológica.

Conclusão: A disponibilidade da TC torácica permitiu a sua utilização em doenças em que o seu uso não era tão usual. Através desta análise



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

constata-se que o motivo dos pedidos de TC nesta doença prende-se mais com despiste de outras alterações radiológicas (enfisema, bronquiectasias, follow-up de nódulos, etc.) e não tanto com a própria doença em si. A aquisição de imagens em expiração não parece trazer benefício na deteção de air-trapping, que já é notado em inspiração na grande maioria dos doentes.

PC 041

CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES COM CANCRO DO PULMÃO SUBMETIDOS A ABORDAGEM CIRÚRGICA NUM HOSPITAL DISTRITAL

Autor do trabalho:

CATARINA CUSTÓDIO

Hospital Beatriz Ângelo

Co-Autores do trabalho:

JOANA BRANCO; JORGE SANTOS; JOÃO SILVA; VÂNIA SACRAMENTO;
MARGARIDA FELIZARDO; PAULO CALVINHO; SOFIA FURTADO

Palavras-chave: CANCRO DO PULMÃO; OUTCOMES; ABORDAGEM CIRÚRGICA

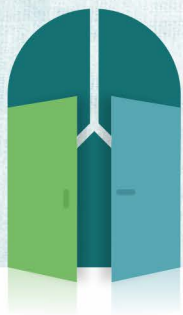
Introdução: O cancro do pulmão é a 4ª neoplasia mais frequente e a 1ª causa de morte relacionada com doença oncológica, sendo que a sua incidência continua a aumentar. A abordagem cirúrgica continua a ser o gold standard no estadiamento precoce, podendo ser usada em doentes com doença em estadiamento mais avançado selecionados após discussão em reunião multidisciplinar.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é caracterizar os outcomes de doentes com diagnóstico de cancro do pulmão e indicação cirúrgica, num hospital distrital, comparando-os com o descrito na literatura.

Métodos: Estudo retrospectivo descritivo dos doentes diagnosticados com cancro do pulmão entre Março de 2012 e Junho de 2019 no Hospital Beatriz Ângelo, que foram submetidos a tratamento cirúrgico. Os dados foram colhidos e analisados através no MS Excel. Foram excluídos os doentes operados com fins de diagnóstico ou estadiamento.

Resultados: De 573 doentes com diagnóstico de cancro do pulmão neste período, tiveram indicação cirúrgica 96 doentes (16,8%). A média etária encontrada foi 63,6 anos ($\pm 9,7$) e 65,6% dos doentes eram do género masculino. Cerca de 78,1% dos doentes com história de tabagismo. Das comorbilidades encontradas, destaca-se DPOC em 34,4%, enfisema em 15,6%, diabetes em 12,5% e história prévia de neoplasia em 9,4%. O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma, em 68,5% dos doentes. Relativamente ao estadiamento, salienta-se: cIA em 38,5% dos doentes (pIA em 40,6%), cIB em 18,8% (pIB em 15,6%), cIIA em 8,3% (pIIA em 9,4%), cIIB em 6,3% (pIIB em 7,3%) e cIIIA em 21,9% (pIIIA em 17,7%). Foi realizada quimioterapia neoadjuvante em 22,9% dos casos. Os procedimentos cirúrgicos mais realizados foram: lobectomia (72,9%) e ressecção pulmonar atípica (15,6%). 45,8% dos doentes foram abordados por VATS. Foi instituída terapêutica adjuvante em 44,8% dos doentes, dos quais quimioterapia em 34,4%, radioterapia em 2,1% e quimioterapia mais radioterapia em 8,3% dos casos. A mortalidade peri-operatória foi de 1% (n=1) e em 22,9% (n=22) verificaram-se complicações pós-operatórias, de entre as quais se destacam pneumonia (n=10), fuga aérea prolongada (n=1) e deiscência da sutura (n=1). O tempo médio de internamento foi de 9,6 dias ($\pm 6,6$). A sobrevivência global aos 24 meses foi 80,9%.

Conclusão: Os resultados obtidos são sobreponíveis àqueles descritos na literatura, demonstrando uma utilização crescente de técnicas minimamente invasivas (VATS), uma baixa mortalidade peri-operatória e um número reduzido de complicações pós-operatórias. Estes fatores, associados à sobrevivência elevada dos doentes elegíveis para terapêutica cirúrgica, demonstram a relevância da abordagem multidisciplinar e do investimento em estratégias de diagnóstico precoce, de forma a melhorarmos os outcomes dos doentes com cancro do pulmão.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 042

SÍNDROME DRESS (DRUG REACTION WITH EOSINOPHILIA AND SYSTEMIC SYMPTOMS) SECUNDÁRIA AO OSIMERTINIB – UM CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

SOFIA CRISTOVAO FERREIRA

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Co-Autores do trabalho:

CARINA GASPAR; JORGE DIONÍSIO; TERESA ALMODOVAR; MARGARIDA RAFAEL; CECÍLIA MOURA; JOSÉ DURO DA COSTA

Palavras-chave: OSIMERTINIB; SÍNDROME DRESS, CANCRO DO PULMÃO, TOXICIDADE CUTÂNEA, TOXICIDADE KI

A síndrome DRESS é uma reação adversa rara e grave, que ocorre geralmente 2 a 6 semanas após a introdução de um fármaco causador. O fenótipo cutâneo é diversificado, geralmente sem envolvimento das mucosas e que pode ser acompanhado por diferentes sintomas sistémicos incluindo febre, alterações do hemograma e envolvimento visceral (fígado e rim). A síndrome DRESS pode ser uma situação crítica, estando associado a uma taxa de mortalidade até 10%, secundária a falência orgânica.

Apresentamos aqui o caso de uma mulher de 60 anos foi inicialmente admitida no serviço de urgência com convulsões. O TC craneoencefálico mostrou lesões ocupantes de espaço. A doente iniciou levetiracetam a 28 dezembro 2018 e carbamazepina a 25 janeiro 2019.

A investigação etiológica revelou tratar-se de um adenocarcinoma do pulmão EGFR mutado (deleção no exão 19) em estadio IV, com envolvimento do sistema nervoso central ad initio. A doente foi submetida a radiocirurgia a 28 de fevereiro de 2019 e iniciou terapêutica sistémica com osimertinib (80mg dia) a 6 março 2019.

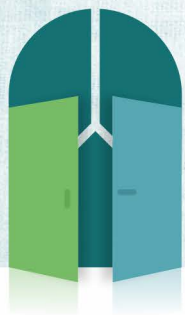
Após 8 dias, a 14 março 2019, a doente foi admitida no hospital com um eritema pruriginoso e doloroso que afetava a face, pescoço, tronco e membros inferiores, sem perda da integridade cutânea e sem sintomas sistémicos. Foi assumida toxicidade cutânea secundária ao osimertinib, tendo o fármaco sido suspenso. A doente foi medicada com corticoterapia tópica. Mas, 22 dias após interrupção do osimertinib, a 4 abril 2019, a doente foi readmitida com quadro de febre associada a eritema generalizado, com perda de integridade cutânea, sem envolvimento das mucosas. Analiticamente, a doente apresentava eosinofilia sem leucocitose, lesão renal aguda (AKINII) com alterações iónicas e elevação da fosfatase alcalina e da LDH.

Este quadro era sugestivo de síndrome de DRESS. A doente iniciou corticoterapia sistémica (metilprednisolona 1mg/kg dia), teicoplanina e fluidoterapia, com melhoria clínica. Como a toxicodermia agravou depois da suspensão do osimertinib, considerou-se que o quadro poderia estar relacionado com a carbamazepina, que foi definitivamente suspensa. Assim, e após melhoria clínica, e ainda sob redução de corticoterapia sistémica, a 18 abril 2019, foi reiniciado o osimertinib, sem reação adversa evidente. A doente permaneceu internada durante 2 semanas para vigilância. Mas, 18 dias depois da reintrodução do osimertinib, a 6 maio 2019, a doente foi readmitida com um grave eritema generalizado a todo o corpo, com descolamento da epiderme e erosões cutâneas numa área superior a 30% da superfície corporal, sem envolvimento das mucosas.

Analiticamente, verificava-se uma eosinofilia discreta, sem leucocitose, e lesão renal aguda (AKINII). O osimertinib foi novamente interrompido e a corticoterapia sistémica foi escalada até 40mg diários de prednisolona. A biópsia cutânea realizada foi compatível com síndrome de DRESS.

Atualmente, 3 meses depois, a doente encontra-se em redução progressiva de corticoterapia sistémica, com resolução das lesões cutâneas e com função renal normalizada. A suspensão definitiva do osimertinib foi decidida em reunião multidisciplinar.

Os ensaios clínicos de Fase III, têm mostrado que os EGFR-TKIs de 3ª geração são mais eficazes e com menos efeitos adversos que os EGFR-TKIs standard, nomeadamente com menor toxicidade cutânea. De acordo com o nosso conhecimento, este é o primeiro caso, descrito na literatura, de síndrome de DRESS associada ao osimertinib.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 043

EXUBERANTES MASSAS PULMONARES BILATERAIS – O MESMO PROTAGONISTA?

Autor do trabalho:

ANA LUÍSA RAMOS

Hospital Egas Moniz – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Co-Autores do trabalho:

ANA MARGARIDA MESTRE; CÁTIA GUIMARÃES; CRISTINA MATOS;
FERNANDO NOGUEIRA

Palavras-chave: MASSAS PULMONARES BILATERAIS, SILENCIOSO, EXUBERANTE, CARCINOMA PAVIMENTO-CELULAR.

Introdução: As neoplasias primitivas múltiplas ocorrem num mesmo indivíduo e envolvem um ou mais órgãos. Classificam-se como: síncronas e metacrónicas.

A diferenciação entre neoplasias pulmonares primárias síncronas e metástases intrapulmonares é basilar tanto do ponto de vista terapêutico como prognóstico.

Caso Clínico: Mulher, 62 anos, fumadora (75 UMA), performance status (PS) 0, sem antecedentes pessoais de relevo recorreu ao serviço de urgência por dispneia de esforço e tosse produtiva (expectoração purulenta) com 4 semanas de evolução sem quadro consumptivo associado. Exame objetivo destacava-se: diminuição do murmúrio vesicular e presença de roncos na metade superior dos dois hemitoraces. Radiografia torácica observava-se hipotransparência do terço superior de ambos os hemitoraces. TC-torácica: amputação brônquica no lobo superior esquerdo com ausência de broncograma, consolidação e atelectasia do lobo superior esquerdo identificando-se área de paredes captantes com nível hidroaéreo (em relação com foco abecedado) e uma massa de 64 x 39mm; coexiste captação parenquimatosa heterogênea e suspeita no lobo superior direito que se apresenta igualmente atelectasiado e sem broncograma aéreo e uma massa de 55 x 53mm. Múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares; imagem nodular arredondada suspeita (8 mm) na língula.

Neste contexto foi internada no Serviço de Pneumologia para investigação diagnóstica e tratamento.

Dos exames complementares de diagnóstico destaco: broncofibroscopia – oclusão completa do brônquio lobar superior direito por lesão neoformativa que condicionava redução do calibre do brônquio principal direito e lesão neoformativa a ocluir o brônquio lobar superior esquerdo (citologia e biópsias brônquicas: sem células neoplásicas); Biópsia aspirativa transtorácica guiada por TC – inconclusiva; Broncoscopia rígida com realização de biópsias bilaterais: morfologia celular tipo epitelial, pouca diferenciação, p40 positivo e TTF1 negativo compatível com carcinoma pavimento-celular; TC-CE – dois depósitos secundários de reduzidas dimensões. Integrando as características imagiológicas e anatomopatológicas concluiu-se tratar-se de um carcinoma pavimento-celular bilateral (T3N3M1c) – estágio IVB.

A doente iniciou quimioterapia sistémica (platina e vinorelbina) optando por não aguardar pelos resultados do estudo mutacional. Decidiu-se ainda em reunião multidisciplinar iniciar radioterapia holocraniana. À posteriori o estudo de expressão de PDL1 revelou positividade em 20% da

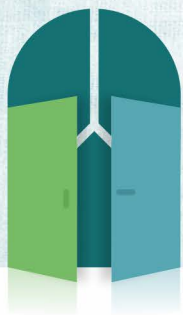
amostra na lesão direita e 90% na lesão esquerda; KRAS positivo e ROS, ALK, BRAF, EGFR negativos.

Discussão: A presença concomitante de massas pulmonares bilaterais constitui um verdadeiro desafio diagnóstico. A investigação etiológica das mesmas está muitas vezes dependente de múltiplos exames invasivos até se obter um diagnóstico histológico definitivo.

Nestes casos, é perentório o diagnóstico histológico das massas bilaterais e a análise detalhada das características imuno-histoquímicas de cada uma para se determinar se estamos perante um tumor primário com metastização contralateral ou dois tumores distintos. Assim, alcançar um diagnóstico torna-se ainda mais desafiante e tem clara implicação no tratamento e prognóstico.

Neste caso destaca-se a discrepância dos valores de PDL-1 obtidos nas duas massas, que claramente acometem implicações terapêuticas importantes.

Em suma, trata-se de um caso com evolução clínica silenciosa até ao momento de apresentação (PS 0), altura em que surge enquanto doença exuberante, sistémica, estágio avançado e com massas pulmonares de grandes dimensões.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 044

SOBREVIDA DA NEOPLASIA DO PULMÃO EM ESTADIO PT1N0 EM DOENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO

Autor do trabalho:

SARA SILVA

Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta - Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

Co-Autores do trabalho:

JOÃO SANTOS SILVA; ANA RITA COSTA; RITA BARATA; JOÃO EURICO REIS; PAULO CALVINHO; JOSÉ FRAGATA

Palavras-chave: CANCRO PULMÃO, ESTADIO PRECOCE, CIRURGIA, SOBREVIDA

Introdução: A neoplasia pulmonar tem uma elevada taxa de mortalidade, com uma sobrevida global de 17% aos 5 anos. O seu tratamento em fases precoces pode ser curativo, sendo a ressecção anatómica cirúrgica com esvaziamento ganglionar mediastínico a abordagem terapêutica standard nestes estadios.

Objectivo: Analisar a sobrevida dos doentes com neoplasia do pulmão em estadio pT1a-c submetidos a cirurgia de intuito curativo.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo dos doentes submetidos a cirurgia torácica no nosso centro durante um período de 8 anos (entre 2010 e 2017). Foram incluídos doentes com estadiamento pT1a-c e com estadiamento ganglionar N0. Para o cálculo de sobrevida recorreu-se ao teste de Kaplan-Meier utilizando o programa SPSS®, versão 24.

Resultados: Incluíram-se 110 doentes com idade média de 64.1 ± 11 anos e predomínio do sexo masculino (57.3%, n=63). O diagnóstico histológico mais comum foi o adenocarcinoma (62.7%, n=69). Relativamente à técnica cirúrgica, registou-se um ligeiro predomínio de toracotomias (59.1%, n=65) versus toracoscopia. Dos 11 óbitos (10%), houve progressão de doença em 7 (63.6%) doentes, contudo apenas em 3 (42.9%) a causa da morte foi directamente atribuída à doença neoplásica.

A sobrevida global aos 5 anos foi de 87%. Na análise comparativa de sobrevida aos 5 anos entre diferentes técnicas cirúrgicas (toracoscopia vs. toracotomia), não houve diferença significativamente estatística (80.4% vs. 86.2%, NS).

Conclusões: Com este estudo, conseguimos demonstrar uma elevada taxa de sobrevida aos 5 anos em doentes com neoplasia do pulmão em estadio inicial tratada cirurgicamente. De uma forma global, estes grupo de doentes representa apenas uma pequena proporção da realidade dos doentes com neoplasia do pulmão. Neste sentido, estes dados deverão motivar o desenvolvimento de programas de rastreio de forma a aumentar a proporção de doentes diagnosticados neste estadio de doença.

PC 045

QUIMIORRADIOTERAPIA NO CANCRO DO PULMÃO ESTÁDIO III – REVISÃO DE 6 ANOS

Autor do trabalho:

MARIA ARAUJO

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga

Co-Autores do trabalho:

MANUEL LOURO; CÁRMEN CALÇADA; LURDES FERREIRA

Palavras-chave: QUIMIORRADIOTERAPIA, CPNPC, ESTÁDIO III

Introdução: A decisão terapêutica nos doentes com carcinoma pulmonar não pequenas células (CPNPC) em estágio localmente avançados (IIIA e IIIB) deve ser feita de forma multidisciplinar e depende de vários fatores. Atualmente, o tratamento standard dos doentes com estágio III inoperável consiste em quimiorradioterapia (QRT), que pode ser realizada de forma concomitante e sequencial. O tratamento com QRT concomitante mostrou uma melhoria da sobrevivência quando comparado com o tratamento sequencial, embora se tenha observado uma maior taxa de toxicidade aguda.

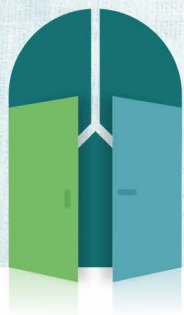
Objetivos: Caracterizar os doentes com CPNPC em estágio localmente avançado (estádio IIIA e IIIB) e determinar a eficácia e toxicidades da QRT concomitante em comparação com a sequencial.

Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva dos doentes com CPNPC estadio III entre 2012 e 2018 que realizaram tratamento com QRT. Foram analisados dados clínicos, tratamentos realizados, sobrevida global (SG), sobrevida livre de progressão (SLP) e toxicidades relacionadas com o tratamento. A sobrevida foi estimada pelo método de Kaplan-Meier e as curvas foram comparadas pelo teste de log-rank.

Resultados: Foram identificados 42 doentes (64% estadio IIIB e 36% estadio IIIA), em que 88% eram do sexo masculino e 90% eram fumadores ou ex-fumadores. A idade média de diagnóstico foi de 64 ± 10 anos. A maioria dos doentes foram classificados como ECOG de 0 ou 1 (97,6%). Destes doentes, 24 (57%) receberam tratamento com QRT concomitante e 18 (43%) com QRT sequencial. O esquema de QT mais utilizado foi a carboplatina e vinorelbina (48%). Mais de metade dos doentes (57%) apresentaram algum tipo de toxicidade associada ao tratamento, mas apenas 19% apresentaram toxicidade grau 3 ou 4. A toxicidade hematológica foi a mais frequente (33%), não havendo diferenças entre os dois grupos, seguida da disfagia/esofagite rádica (24%) que foi mais frequente no grupo QRT concomitante ($p=0,03$). Dos 6 doentes (14,3%) que complicaram com pneumonite rádica, 5 tinham realizado tratamento com QRT concomitante.

A sobrevida global destes doentes foi de 59.4 meses (IC95% 43.7-75.0). Quando comparando os dois grupos, observou-se que o grupo que fez QRT concomitante teve tendencialmente uma maior SG (64.1 vs 46.0 meses), embora esse valor não tenha sido estatisticamente significativo ($p=0,630$). A SLP global foi de 45.1 meses (IC95% 29.4-60.8), não tendo sido significativa a diferença na SLP entre os dois grupos ($p>0,673$).

Conclusão: Os doentes submetidos a tratamento com QRT concomitante têm tendencialmente uma maior SG e SLP, o que está de acordo com o descrito na literatura, apesar da diferença não ter sido estatisticamente significativa. Apesar do tratamento com QRT concomitante aumentar a



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

sobrevivência quando comparado com a sequencial, existe um maior risco de toxicidades agudas, especialmente a esofagite rádica. Efeitos adversos agudos e tardios podem comprometer o prognóstico e a qualidade de vida do paciente e gerar morbidade significativa, o que torna importante a adequada seleção dos doentes candidatos a tratamento concomitante.

PC 046

ESPLENOSE PULMONAR, UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE**Autor do trabalho:****MARIA ARAUJO**

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga

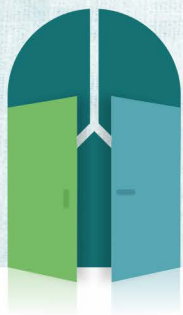
Co-Autores do trabalho:**FILIPA AGUIAR; RAQUEL PEREIRA; DIANA PIMENTA; DANIELA RODRIGUES; JOÃO CUNHA; LURDES FERREIRA**

Palavras-chave: NÓDULOS PULMONARES, ESPLENOSE

Introdução: A esplenose   uma condição benigna que se caracteriza pela presença de tecido espl nico ectópico após rutura traumática do baço ou esplenectomia. As localizações mais frequentes são a cavidade abdominal e pélvica, sendo a esplenose torácica bastante mais rara. Na esplenose torácica, os nódulos são encontrados quase exclusivamente no hemitórax esquerdo, comumente acompanhados de esplenose abdominal. É habitualmente assintomática, sendo na maioria dos casos um achado incidental. O intervalo médio de tempo entre o trauma inicial e o diagnóstico é de cerca de 20 anos, o que torna a esplenose um diagnóstico desafiante.

Caso clínico: Homem de 66 anos ex-fumador, emigrante em França, com antecedentes de dislipidemia e hipertensão. Teve um acidente de viação aos 20 anos e foi submetido a esplenectomia. Há cerca de um ano, quando regressou a Portugal, realizou provas de função respiratória, prescritas pelo Médico de Família, que mostraram uma alteração ventilatória obstrutiva moderada; e uma radiografia de tórax onde se observaram opacidades ovóides e periféricas no hemitórax esquerdo. Nesse contexto, realizou um TC de tórax que mostrou vários nódulos localizados na pleura adjacente ao lobo superior e inferior esquerdo, pequenos nódulos na extremidade inferior da cissura esquerda, uma área nodular adjacente   pleura mediastínica no lobo inferior direito e múltiplos nódulos na parede torácica posterior à esquerda, subjacentes aos músculos e adjacentes aos arcos costais. Na loca espl nica, visualizava-se uma pequena formação nodular hiperdensa de contornos irregulares e outra diminuta adjacente. Estes achados imagiológicos, juntamente com a história clínica e antecedentes do doente, levantaram a suspeita de esplenose. Após pesquisa, exames complementares realizados 20 anos antes mostravam a presença dos nódulos descritos anteriormente, o que concordava com a suspeita clínica. Foi realizada uma cintigrafia com eritrócitos fragilizados marcados com ^{99m}Tc, que confirmou o diagnóstico de esplenose torácica. Dado o estado assintomático persistente, optou-se por tratamento conservador e vigilância.

Conclusão: A esplenose torácica, apesar de ser uma patologia benigna, radiologicamente pode mimetizar várias entidades patológicas, nomeadamente neoplasias. Como tal, na investigação de nódulos pulmonares em doentes com antecedentes de trauma espl nico ou esplenectomia, é importante incluir a esplenose no diagnóstico diferencial. É de salientar a importância de uma anamnese detalhada bem como o conhecimento desta entidade, que neste caso levou a um diagnóstico precoce e evitou a realização de exames de diagnóstico e tratamentos mais invasivos, que não trariam benefício adicional.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 047

**HIPERPLASIA IDIOPÁTICA DIFUSA DE CÉLULAS
NEUROENDÓCRINAS PULMONARES (DIPNECH) – UMA
ENTIDADE COM POTENCIAL CANCERÍGENO A NÃO ESQUECER**

Autor do trabalho:

ANA CLÁUDIA VIEIRA

Hospital de Egas Moniz

Co-Autores do trabalho:

CÁTIA GUIMARÃES; CRISTINA MATOS; FERNANDO NOGUEIRA

Palavras-chave: DIPNECH, TUMOURLETS, CARCINÓIDES, CÉLULAS
NEUROENDÓCRINAS

A hiperplasia idiopática difusa de células neuroendócrinas pulmonares (DIPNECH) é uma proliferação generalizada de células neuroendócrinas pulmonares que pode estar confinada à mucosa das vias aéreas, invadir localmente – tumourlets, ou formar tumores neuroendócrinos invasivos (carcinóides). Os tumourlets são focos de hiperplasia <5mm sem envolvimento da membrana basal e os tumores carcinóides têm dimensões >5mm e invadem a membrana basal.

Devido à presença frequente de tumourlets neuroendócrinos e hiperplasia na periferia de tumores carcinóides típicos, a DIPNECH é considerada pela WHO como um precursor dos tumores neuroendócrinos pulmonares. É desconhecida a percentagem de doentes com DIPNECH que irão eventualmente desenvolver um tumor carcinóide.

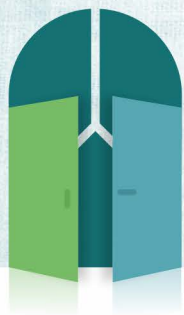
A maioria dos doentes com DIPNECH são mulheres de meia-idade, não fumadoras, com sintomas respiratórios de longa data, obstrução das vias aéreas, air trapping e evidência histológica de bronquiolite obliterante.

Descrevemos dois casos clínicos: o primeiro de uma mulher de 35 anos sem hábitos tabágicos, com queixas de tosse com expectoração com 3 anos de evolução e dispneia de esforço. As provas de função respiratória revelaram uma diminuição do fluxo expiratório forçado aos 75%. Fez uma TAC de tórax inicialmente que não revelou alterações. Cerca de 4 anos depois a doente referia uma perda 10 Kg em 8 meses e tosse seca. Realizou TAC de tórax que revelou dois nódulos sólidos no lobo inferior direito de 5 e 2mm e no lobo inferior esquerdo um nódulo sólido de 18mm com contornos bem definidos. A broncofibroscopia não revelou alterações. Após reunião multidisciplinar, decidiu-se pela realização de PET 68Ga-DOTANOC que demonstrou ténue fixação na lesão do lobo inferior esquerdo (tumor carcinoide com baixa expressão dos recetores 2,3 ou 5 da somatostatina). A doente foi submetida a lobectomia inferior esquerda (2013) e a histologia revelou a presença de um tumor carcinoide típico com múltiplos focos de hiperplasia de células endócrinas e tumourlets. Manteve-se vigilância com realização de TAC de tórax de 6/6 meses. Os nódulos permaneceram estáveis até 2015 altura em que houve crescimento de um dos nódulos. Realizou PET 68Ga-DOTANOC – sem evidência metabólica de malignidade. O nódulo manteve um crescimento indolente (0,97cm) e apesar de PET 68Ga-DOTANOC e PET 18F-FDG negativas, foi realizada ressecção atípica em Agosto 2019, aguardando resultado anatomicopatológico.

O segundo caso é de uma mulher de 74 anos sem hábitos tabágicos, com história familiar importante de neoplasia. Apresentava TAC de tórax com identificação incidental de múltiplos nódulos em ambos os campos

pulmonares. Realizou broncofibroscopia que não revelou alterações. Os nódulos mantiveram-se estáveis em 6 meses. No entanto, dada a história familiar, decidiu-se pela biópsia de nódulos no lobo inferior direito e lobo médio por toracoscopia (2012). O diagnóstico anatomicopatológico foi de tumourlets e carcinoide típico. A doente manteve vigilância em consulta de Pneumologia Oncológica durante 6 anos.

Existem poucos casos descritos na literatura sobre a etiologia, tratamento e follow-up destes doentes. A maioria das séries reporta uma taxa de sobrevida aos 5 anos de 80-90%. No entanto, dado o potencial de transformação em lesão maligna levantam-se questões sobre a monitorização e o tratamento destes doentes.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 048

CANCRO DO PULMÃO EM ESTADIO IV – SERÁ A CURA POSSÍVEL?

Autor do trabalho:

ANA CLÁUDIA VIEIRA

Hospital de Egas Moniz

Co-Autores do trabalho:

CÁTIA GUIMARÃES; CRISTINA MATOS; FERNANDO NOGUEIRA

Palavras-chave: NEOPLASIA, NIVOLUMAB, ESTADIO IV

Introdução: As terapêuticas utilizadas em doentes com cancro do pulmão de não pequenas células (CPNPC) avançado são consideradas paliativas. Os objectivos passam por preservar a qualidade de vida e prolongar a sobrevivência com o mínimo de efeitos secundários. Os inibidores de check-point imunológicos que têm como alvo a proteína de morte celular programada 1 (PD-1) ou o ligante de morte celular programada 1 (PD-L1) têm sido considerados na abordagem terapêutica do cancro do pulmão. O Nivolumab é um anticorpo antagonista monoclonal de imunoglobulina G4 (IgG4) da proteína de morte celular programada 1 (PD-1). Não é, ainda, utilizado como primeira linha mas está aprovada a sua utilização na progressão após quimioterapia.

Objetivos: Avaliar os doentes com resposta completa e sem evidência de doença com a realização de terapêutica com Nivolumab num hospital central na consulta de Pneumologia Oncológica.

Métodos: Consulta dos processos clínicos dos doentes com resposta completa com a realização de Nivolumab seguidos no Hospital de Egas Moniz até Julho de 2019. Colheita de dados relativos a hábitos tabágicos, tipo histológico do tumor, estadio inicial, locais de metastização, terapêutica prévia, presença de efeitos adversos, tempo de terapêutica, motivos de suspensão e tempo livre de doença desde a suspensão do fármaco.

Resultados: Identificados 5 doentes com resposta completa com terapêutica com Nivolumab: 4 sem evidência actual de doença e 1 deles apresenta muito duvidosa adenopatia mediastínica, não apresentando outros focos de doença activa. Os doentes são todos do sexo masculino, idade média de 64 anos, fumadores (carga tabágica média de 63 UMA), 4 com adenocarcinoma e 1 com carcinoma epidermoide, 4 com estadio inicial IV e 1 em estadio III-a que evoluiu para estadio IV, com os seguintes locais de metastização: gânglios cervicais(n=2), peritoneais(n=1), osso(n=1) e líquido pericárdico(n=1).

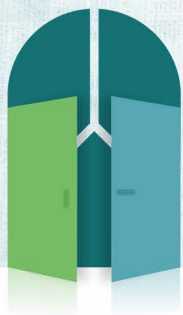
Todos os doentes realizaram, previamente, quimioterapia convencional e 1 dos doentes realizou inicialmente cirurgia.

Três suspenderam o tratamento por efeitos secundários (toxidermia, encefalite auto-imune e astenia marcada). O doente com encefalite auto-imune completou 7 meses de terapêutica e está há 32 meses em vigília, sem evidência de recidiva; o doente com toxidermia suspendeu o tratamento há 4 meses e não apresenta evidência de doença activa (realizou 8 meses de terapêutica) e o doente com astenia marcada encontra-se desde há 15 meses sem qualquer terapêutica e sem evidência de doença (completou 18 meses). Um doente está sob terapêutica desde há 12 meses, sem doença activa e sem efeitos secundários e o doente com duvidosa adenopatia mediastínica está sob Nivolumab há 6 meses.

Conclusão: Dados recentes de ensaios clínicos demonstram um aumento da sobrevivência com a terapêutica com Nivolumab em doentes com CPNPC

em estadio avançado – cerca de 58% dos doentes vivos após 4 anos do diagnóstico (anteriormente o valor era de 5% aos 5 anos).

Assistimos nos últimos anos a uma mudança no paradigma desta doença oncológica com o surgimento de novas linhas terapêuticas que tornam uma doença a priori mortal em potencialmente crónica e quem sabe curável até em estadios avançados.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 049

TERAPÊUTICA COM PEMBROLIZUMAB NO CARCINOMA DO PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS – EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Autor do trabalho:

ANA CLÁUDIA VIEIRA

Hospital de Egas Moniz

Co-Autores do trabalho:

JOANA FERRA; INÊS OLIVEIRA; JOANA CARVALHO; CÁTIA GUIMARÃES;
CRISTINA MATOS; FERNANDO NOGUEIRA

Palavras-chave: NEOPLASIA, PEMBROLIZUMAB

Introdução: O Pembrolizumab é um anticorpo imunoglobulina G4(IgG4), altamente seletivo, da proteína de morte celular programada 1 (PD-1), bloqueando os ligandos PD-L1 e PD-L2.

Quando utilizado em 1ª linha está associado a maior sobrevida global e sobrevida livre de progressão do que a quimioterapia convencional em doentes com carcinoma do pulmão de não pequenas células (CPNPC) com expressão de PD-L1 $\geq 50\%$.

Objetivos: Caracterizar a população de doentes e a experiência na utilização do Pembrolizumab num hospital central na consulta de Pneumologia Oncológica.

Métodos: Análise retrospectiva realizada através da consulta dos processos clínicos dos doentes com CPNPC medicados com pembrolizumab desde Março de 2017 no Hospital de Egas Moniz até Julho de 2019. Foram colhidos dados demográficos, sobre os hábitos tabágicos, tipo histológico do tumor, estadió inicial, locais de metastização, idade de início da terapêutica com pembrolizumab, linha terapêutica na utilização do fármaco, presença de efeitos adversos, resposta à terapêutica e motivos de suspensão. A análise descritiva dos dados foi realizada através Microsoft Excel 2013 e IBM SPSS Statistics v.23.

Resultados: A amostra foi constituída por 24 doentes, a maioria do sexo masculino (54,2%), média de idades 66,3 anos (altura de início do Pembrolizumab). Observou-se elevada taxa de hábitos tabágicos (83,3%) com a seguinte distribuição: 50% de ex-fumadores e 33,3% de fumadores. Histologicamente a maioria correspondeu a adenocarcinomas (n=21), havendo 2 casos de carcinoma epidermoide e 1 caso de tumor misto (adenocarcinoma e carcinoma de grandes células).

À data do diagnóstico, e relativamente ao estadiamento, a amostra teve a seguinte distribuição: 17 no estadió IV, 1 no estadió IIIC, 2 no estadió IIIB, 2 no estadió IIIA, 1 no estadió IIA e 1 no estadió IA.

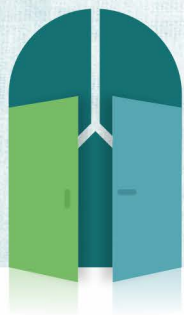
Os locais de metastização mais frequentes foram: osso (41%), pleura (41%), supra-renal (23,5%) e pulmão (23,5%).

Nove doentes realizaram o Pembrolizumab em 1ª linha de tratamento, dez em 2ª linha e cinco em 3ª linha. Dos que realizaram em 1ª linha, um correspondia a carcinoma epidermoide e oito a adenocarcinoma, média de idades 71,4 anos. Em 2 destes casos houve uma resposta parcial e em outros 2 casos progressão. Restantes sem avaliação à data do estudo. Os efeitos adversos foram reportados em 54,1% dos casos sendo o mais frequente a astenia.

Relativamente à resposta ocorreu progressão em 12,5% dos doentes aos 8 meses, em média, e resposta parcial em 29,2% aos 17 meses, em média. 58,3% dos doentes não tinham avaliação à data do estudo.

Seis doentes suspenderam o fármaco: 3 por efeitos secundários (2 por toxidermia e 1 por desenvolvimento de diabetes mellitus), 2 por progressão e 1 por degradação do estado geral.

Conclusão: O Pembrolizumab foi introduzido recentemente no nosso centro hospitalar o que acaba por se refletir numa experiência limitada. Quando associado a efeitos adversos graves pode conduzir à sua suspensão definitiva ou temporária. A identificação de outros biomarcadores que possam prever com precisão a resposta imune dos tumores poderá no futuro melhorar os resultados terapêuticos.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 050

NÓDULOS PULMONARES - PROTOCOLO DE SEGUIMENTO: FAZ SENTIDO EM TODOS OS DOENTES?

Autor do trabalho:

JULIANA BARATA

S. Pneumologia - Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Co-Autores do trabalho:

ROBERTO SILVA; MAFALDA BAPTISTA; SARA MARTINS; ANA CRAVEIRO; EUNICE MAGALHÃES; INÊS VICENTE; MARIA JESUS VALENTE; MARIA DE LA SALETE VALENTE

Palavras-chave: NÓDULOS, PULMÃO, CANCRO, DIAGNÓSTICO

Introdução: Nódulos pulmonares são definidos como áreas focais, redondas ou ovais ao nível do parênquima pulmonar com um diâmetro inferior a 30mm. Muitas vezes são detetados acidentalmente em telerradiografias ou tomografias computadorizadas (TC) de tórax e embora a maioria sejam benignos acaba por ser necessária uma vigilância temporal sequencial.

Objectivos: Caracterizar a população de doentes com nódulo(s) pulmonar(es) e avaliar a rentabilidade diagnóstica do protocolo de seguimento proposto pela National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

Métodos: Análise retrospectiva dos dados demográficos e clínicos de uma amostra de conveniência de doentes seguidos em consulta de pneumologia por nódulos pulmonares únicos ou múltiplos desde a sua detecção, avaliando a sua evolução morfodimensional.

Resultados: Incluídos 53 doentes, 71,7% do sexo masculino, com média de idades de 62,3 anos (máximo 80 mínimo 40 anos). Do total, 67,9% eram fumadores ou ex-fumadores, e 67,9% apresentavam exposição inalatória ocupacional de risco. Relativamente às comorbilidades apresentadas, 13,2% tinham doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e 11,3% história de neoplasia extra-pulmonar prévia.

Em termos de classificação, a maioria (86,8%) tinha características de nódulo sólido, 50,9% apresentavam nódulos múltiplos e 75% não apresentava adenopatias associadas na primeira TC-tórax realizada.

Quanto à morfologia, 77,4% dos nódulos apresentavam características de benignidade, a maioria (38,2%) diâmetro inferior a 6mm, 25,5% superior a 8 mm, dos quais 3 acima de 15 mm.

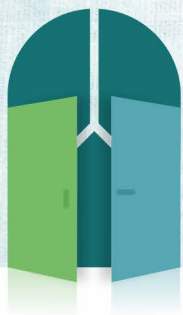
A localização preferencial foi o pulmão direito (67,5%) e, neste, o lobo superior (28,9%).

Após a realização da primeira TC, 22,6% dos doentes realizou tomografia por emissão de positões - Fluorodesoxiglicose 18 (PET-CT- FDG18), sendo que apenas 3 apresentavam captação metabólica discreta.

Após a primeira TC-tórax de controlo, 88,7% dos nódulos mantiveram estabilidade das suas características, 14 cessaram o seguimento e 2 foram submetidos a biópsia pulmonar (tumor benigno). Dos doentes submetidos à segunda TC- tórax de controlo, 79,5% dos nódulos mantiveram estabilidade, 2 apresentaram crescimento e 1 foi submetido a biópsia pulmonar transtorácica (adenocarcinoma). Dos 22 doentes que mantiveram seguimento, todos os nódulos mantiveram estabilidade ou reduziram a sua dimensão.

Em média cada paciente realizou 3,9 TC-Tórax e manteve um seguimento médio de 23,5 meses.

Conclusões: Concluímos que na nossa amostra, a maioria dos doentes são do género masculino, têm exposição ao fumo de tabaco e/ou outros factores de risco inalatório e apresentam nódulos milimétricos. A maioria manteve estabilidade morfodimensional na avaliação seriada, pelo que se questiona a rentabilidade diagnóstica desta abordagem tendo em conta o risco/benefício da exposição à radiação, já que a disponibilidade nacional de TC de tórax de baixa dose é reduzida. De não menos importância acresce a ansiedade desnecessária inculcida aos utentes.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 051

TRANSFORMAÇÃO EM CÉLULAS PEQUENAS COMO MECANISMO DE RESISTÊNCIA NO CARCINOMA PULMONAR DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS COM MUTAÇÃO DO EGFR TRATADO COM INIBIDORES DE QUINASE DA TIROSINA: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Autor do trabalho:

CATARINA SOUSA

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

Co-Autores do trabalho:

RITA BOAVENTURA; CONCEIÇÃO SOUTO MOURA; HENRIQUE QUEIROGA; GABRIELA FERNANDES

Palavras-chave: CARCINOMA PULMONAR DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS; MUTAÇÃO DO EGFR; TRANSFORMAÇÃO EM CÉLULAS PEQUENAS

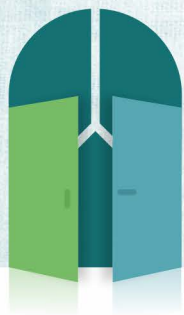
Introdução: A presença de mutações ativadoras do epidermal growth factor receptor (EGFR) no carcinoma pulmonar de células não pequenas (CPCNP) torna elegível o tratamento com inibidores da quinase da tirosina (iQT). Quando há progressão, é fundamental a identificação do mecanismo de resistência para orientar a mudança de terapêutica. Um mecanismo possível, embora raro, é a evolução para carcinoma de células pequenas (CPCP), identificável em rebiópsia tecidual. Os autores descrevem dois casos clínicos.

Caso clínico 1: Mulher, 47 anos, não fumadora, com antecedentes de tuberculose pulmonar, com adenocarcinoma pulmonar estágio IV (metastatização óssea e supra-renal), com deleção do exão 19 do EGFR que realizou tratamento com gefitinib e radioterapia (RT) óssea, com boa resposta clínica e radiológica. Após 13 meses a doente apresentou oligoprogressão com metastatização cerebral realizando RT cerebral e mantendo o iQT. Aos 24 meses, verificou-se progressão sistémica, tendo realizado re-biópsia pulmonar que revelou CPCP combinado com adenocarcinoma. Por degradação do estado geral e neurológico foi necessário internamento para controlo sintomático, falecendo 29 meses após o diagnóstico inicial.

Caso clínico 2: Homem, 35 anos, não fumador, com adenocarcinoma pulmonar estágio IB (cT2aN0M0), submetido a lobectomia superior direita com esvaziamento ganglionar. O estadiamento patológico revelou um estágio IIA (pT2aN1R0), tendo o doente completado 4 ciclos de quimioterapia adjuvante (carboplatino/naelbine). Após 16 meses de follow-up o doente apresentou metastatização pleural. A biópsia revelou a deleção do exão 19 do EGFR, iniciando tratamento com erlotinib com resposta parcial. Após 12 meses de erlotinib, verificou-se progressão pleural, assintomática, tendo mantido o erlotinib durante mais 6 meses, altura em que há agravamento a nível pleural associado a dor de difícil controlo. A re-biópsia identificou a mutação T790M do exão 20, pelo que iniciou osimertinib com resposta completa. Após 20 meses de tratamento ocorreu metastatização cerebral (sem progressão sistémica), pela qual realizou RT cerebral. Após 4 meses, apresentou progressão a nível torácico, tendo realizado nova re-biópsia que revelou persistência da mutação T790M. O doente efectuou quimioterapia (carboplatino/pemetrexedo) mantendo, contudo, rápida progressão da doença. Por suspeita de envolvimento endobrônquico realizou broncoscopia cuja biópsia brônquica revelou transformação fenotípica

em CPCP. Foi proposto para tratamento de CPCP, contudo, apresentou rápida deterioração do estado geral com necessidade de internamento e óbito. A sobrevivência global foi de 6,5 anos desde o diagnóstico.

Discussão: A realização de biópsia tecidual na progressão após terapêutica com iQT permitiu a identificação da transformação em CPCP como mecanismo de resistência. Este fenómeno é responsável por progressão aos iQT de 1ª/2ª geração, mas, também, aos de 3ª geração, sendo, tal como ilustrada nestes dois casos, grave e rapidamente progressiva.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 052

EFICÁCIA DO OSIMERTINIB NO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS COM MUTAÇÃO T790M DO EGFR, PREVIAMENTE TRATADO COM INIBIDORES DA QUINASE DA TIROSINA DE 1ª/2ª GERAÇÃO E SEU PERFIL DE RESISTÊNCIA

Autor do trabalho:

CATARINA SOUSA

Departamento de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

Co-Autores do trabalho:

MARIA JACOB; LEONOR ALMEIDA; DAVID ARAÚJO; HÉLDER NOVAIS-BASTOS; ADRIANA MAGALHÃES; VENCESLAU HESPAHOL; HENRIQUE QUEIROGA; GABRIELA FERNANDES

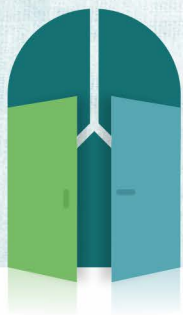
Palavras-chave: CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS; MUTAÇÃO DO EGFR; INIBIDORES DA QUINASE DA TIROSINA; OSIMERTINIB

Introdução: Nos doentes com carcinoma pulmonar de células não pequenas (CPCNP) com mutação do epidermal growth factor receptor (EGFR) os inibidores da quinase da tirosina (iQT) são a terapêutica de eleição. Contudo, os tumores acabam por adquirir mecanismos de resistência sendo a mutação T790M a alteração mais frequente, ocorrendo em 50-60% dos casos. Os iQT de 3ª geração, como o osimertinib, têm eficácia demonstrada em ensaios clínicos, no entanto, dados da prática clínica "real", particularmente o perfil de resistência, são limitados.

Métodos: Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes com CPNPC com mutação T790M do EGFR, que iniciaram osimertinib, entre agosto de 2016 e abril de 2019, para avaliar dados de eficácia e perfil de resistência. A análise dos dados foi realizada no SPSS® v.25.

Resultados: Foram incluídos 21 doentes, 12 (57,1%) do sexo feminino, a maioria não fumadores (n=18; 85,7%), com média de idades de 65,9±11,9 anos. A deleção do exão 19 e a mutação L858R do exão 21 estavam inicialmente presentes em 17 (85%) e 3 (15%) dos casos, respetivamente. Em todos os casos o tratamento de 1ª linha foi um iQT de 1ª/2ª geração. A maioria realizou erlotinib (n=16, 76,2%), seguido de gefitinib (n=4, 19%) e afatinib (n=1, 4,8%). O osimertinib foi iniciado em 2ª linha em 16 casos (76,2%) e em 3ª ou mais linhas em 5 casos (23,8%). Nesses casos, o tratamento de 2ª linha foi quimioterapia (QT) (n=4); outro iQT (n=1). A mediana da duração da 1ª linha até ao início do osimertinib foi 27,0 (IQR 28,7) meses. Observou-se uma resposta objetiva em 47,7%, 1 caso progressão (4,8%) e em 3 a resposta não foi avaliada (14,3%). A taxa de controlo da doença foi de 81% (7 com estabilidade). A mediana da duração do tratamento com osimertinib foi de 10,9 (IQR 19,8) meses. Dos 17 doentes com resposta inicial/doença estável, 7 apresentaram progressão (43,7%), dos quais 6 realizaram re-biopsia tecidual. A mutação T790M tornou-se indetetável em 3 destes casos (50%). No grupo que manteve a mutação T790M, um caso desenvolveu adicionalmente a mutação C797S do exão 20. Foram, também, encontradas outras alterações moleculares como a amplificação do MET (n=1), mutação do PIK3CA (n=1) e num doente verificou-se transformação em carcinoma de células pequenas. Após progressão, o osimertinib foi mantido em 3 casos, em 2 destes em associação com tratamento local. Em 4 casos foi iniciado um novo

tratamento: QT (n=2); outro iQT (n=2). A mediana da sobrevivência livre de progressão, sob osimertinib, foi de 20,3 meses (95% IC: 12,0-28,5) e a mediana de sobrevivência global de 29,6 meses (95% IC: 0,0-60,9). Faleceram 9 (42,9%) doentes durante o follow-up. A mediana da sobrevivência global desde o diagnóstico foi de 76,5 meses (95% IC: 19,6-133,4). **Discussão:** O osimertinib mostrou-se uma terapêutica eficaz, com parâmetros de eficácia e taxas de progressão sobreponíveis aos observados nos ensaios clínicos. É fundamental perceber o mecanismo de resistência implicado na progressão, sendo a re-biopsia importante para orientar a decisão terapêutica e assim contribuir para o aumento da sobrevivência.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 053

CARCINÓIDE TÍPICO DO PULMÃO METASTIZADO – UMA ENTIDADE RARA

Autor do trabalho:

MARIA INÊS COSTA

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Co-Autores do trabalho:

SÉRGIO AZEVEDO; ANTÓNIO ARAÚJO

Palavras-chave: TUMORES NEUROENDÓCRINOS; CARCINÓIDE TÍPICO; METASTIZAÇÃO

Introdução: Os carcinóides brônquicos, tumores neuroendócrinos bem diferenciados do pulmão, são neoplasias raras que habitualmente se caracterizam por um comportamento indolente. Os carcinóides típicos representam cerca de 2% das neoplasias primárias do pulmão e são tumores neuroendócrinos malignos de baixo grau, localizando-se no extremo mais benigno do espectro.

Caso Clínico: Mulher de 66 anos, ex-fumadora de 30 UMA com antecedentes de distrofia miotônica de Steinert que condicionou implantação de pacemaker por bloqueio auriculoventricular.

Previamente assintomática, descreve emagrecimento involuntário com perda de cerca de 13Kg em um ano, associado a crescente astenia, hiper-sônolência diurna, epigastralgias e pirose. Realizou ecografia abdominal que mostrou lesões nodulares hepáticas suspeitas de malignidade. Estudo complementar com TC abdominal evidenciou lesões nodulares, sólidas, hipocogénicas a nível hepático e pancreático sugestivas de etiologia neoplásica. Em TC torácico identificado, no lobo médio em topografia para-mediastínica, nódulo denso de contornos irregulares, suspeito de traduzir neoplasia primária.

Realizou biópsia hepática identificando-se parênquima hepático com infiltração por tumor neuroendócrino, bem diferenciado, sem focos de necrose, com menos de 2 mitoses/2mm² e estudo imunofenotípico positivo para cromogranina, sinaptofisina, CD56 e TTF-1, achados compatíveis com metástase hepática de carcinóide típico do pulmão.

Elevação sérica da de cromogranina A (420ng/mL). Doseamento urinário de 5-HIAA negativo. Realizou PET Gálio que documenta neoplasia pulmonar maligna com expressão moderada de receptores da somatostatina, sem outros focos de hiper-expressão de receptores de somatostatina.

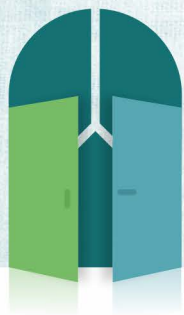
Iniciou tratamento sistémico paliativo com lanreotida 120 mg SC, a cada 28 dias. Doença estável sob tratamento com diminuição dos níveis de cromogranina A.

Discussão: O caso apresentado, metastizado ao diagnóstico, corresponde a uma pequena percentagem dos carcinóides típicos. A generalidade dos casos apresenta-se em estadios localizados. Os carcinóides típicos são os tumores neuroendócrinos do pulmão de menor índice mitótico, apresentando o melhor prognóstico, com baixas taxas de metastização que, quando ocorre, é maioritariamente limitada a gânglios linfáticos regionais. Os achados clínicos mais comuns são sinais e sintomas respiratórios inespecíficos, no entanto a maioria dos doentes é assintomática à apresentação, sendo o diagnóstico fruto de achados imagiológicos. Como referido, são raros os casos como este, em que se verifica metastização à distância,

sendo a clínica de apresentação narrada justificada pelo padrão de metastização encontrado.

Face à idade, carga tabágica, clínica de apresentação e padrão de metastização identificado, os diagnósticos diferenciais mais prováveis seriam os tumores epiteliais, nomeadamente os adenocarcinomas, reforçando a fundamental importância do estudo anatomopatológico.

Apesar de geralmente terem bom prognóstico, nos raros casos de tumores carcinóides típicos metastizados ao diagnóstico, a sobrevivência esperada aos 5 anos é de apenas 27%.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 054

FIBROMATOSE DESMÓIDE INTRATORÁCICA: UM TUMOR RARO

Autor do trabalho:

LINA CARVALHO

1- Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal;
2- Instituto de Anatomia Patológica e Patologia Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Co-Autores do trabalho:

FÁTIMA RAMALHOSA; MARIA BEATRIZ PIMENTÃO; RUI ALMEIDA;
JOÃO FRAGA

Palavras-chave: TUMOR DESMÓIDE, FIBROMATOSE, TORÁX

Introdução: Os tumores desmóides (DTs) são neoplasias mesenquimatosas raras, representando cerca de 0,03% de todas as neoplasias. A incidência estimada na população geral é 2-4 casos/milhão de pessoas/ano. Apesar de serem localmente agressivos, as características histológicas são brandas, sem potencial metastático. Os DTs podem surgir em qualquer local anatómico e o tratamento de primeira linha é a excisão cirúrgica. Os DTs podem ser esporádicos, cuja etiologia é desconhecida, e surgem fora da cavidade abdominal ou na parede abdominal. Por outro lado, o tipo hereditário afeta pacientes com Polipose adenomatosa familiar (PAF) e cause DTs intra-abdominais. Cerca de dois terços de todos os DTs são intra-abdominais.

Métodos: Mulher de 20 anos, nascida em São Tomé, sem antecedentes patológicos, referenciada ao nosso serviço com queixas de cansaço, dor epigástrica e anemia por déficit de ferro, com evolução de 4 meses. A endoscopia digestiva alta foi normal, e a Tomografia Computadorizada (CT) revelou uma massa torácica, homogênea, expansiva com 13,3x9,2cm, ocupando o mediastino anterior e hemitórax esquerdo.

Resultados: A massa pesava 1419g e media 17,5x10,5x10cm. Microscopicamente, a neoplasia era composta por uma proliferação fusiforme paucicelular, com estroma colagénico e com padrão vascular característico de fibromatose. As células fusiformes expressavam vimentina e beta-catenina, e negativas para CD34 e MUC4. Os achados histológicos e imunohistoquímicos eram compatíveis com DT.

Conclusões: DTs intratorácicos são extremamente raros, estando publicados cerca de 40 casos. Relatamos um caso extremamente raro de DT intratorácico, apresentando-se como uma massa única de grandes dimensões, numa mulher jovem. Os DTs intratorácicos são clinicamente silenciosos até serem acidentalmente diagnosticados ou até comprometerem estruturas mediastínicas. Particularmente, a nossa doente não apresentou sintomas até a massa tumoral comprimir o mediastino, reduzir a área pulmonar e comprimir estruturas neuro-vasculares. Gostaríamos de agradecer ao Professor Jeffrey Myers pela colaboração no diagnóstico.

References:

¹ Koo GW, Chung SJ, Kwak JH, Oh CK, Park DW, Kwak HJ, et al. Intrathoracic Desmoid Tumor Presenting as Multiple Lung Nodules 13 Years after Previous Resection of Abdominal Wall Desmoid Tumor. Tuberc Respir Dis (Seoul). 2015;78(3):267-71.

PC 055

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO DO PULMÃO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Autor do trabalho:

MARIA JOANA PEREIRA CATARATA

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

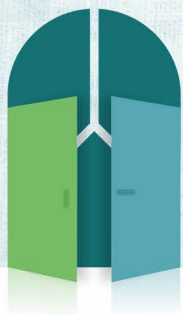
RITA PANCAS; JOÃO BERNARDO; LINA CARVALHO; ANTÓNIO JORGE FERREIRA

Palavras-chave: TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO; BRONCOSCOPIA RÍGIDA; LOBECTOMIA

Introdução: O tumor miofibroblástico inflamatório (TMI) do pulmão (também conhecido como granuloma de células plasmáticas) inclui um espectro de lesões pulmonares e trata-se de uma lesão benigna rara. Tais lesões apresentam-se mais comumente como nódulos pulmonares solitários, mas também podem ser localmente invasivas. Atualmente, não está claro se essas lesões representam um processo inflamatório primário ou uma lesão de baixo grau de malignidade com uma resposta inflamatória proeminente.

Caso clínico: Mulher de 70 anos, não fumadora, recorreu à consulta de pneumologia por dispneia com 8 meses de evolução, astenia e tosse seca. Ao exame objetivo não apresentava alterações de relevo. O estudo analítico revelou uma anemia hipocrômica e microcítica e a radiografia do tórax mostrou uma massa pulmonar do lobo inferior esquerdo de contornos regulares. A tomografia computadorizada do tórax revelou uma massa do lobo inferior esquerdo de 47x40mm com uma PET mostrando uma lesão metabolicamente ativa e áreas de captação de fluorodesoxiglicose-F18 em ambos os hilos pulmonares, sugestivas de cancro do pulmão com metástase ganglionar. A broncoscopia flexível revelou uma lesão obstrutiva no brônquio lobar inferior esquerdo. As biópsias brônquicas e a biópsia trans-torácica guiada por TC mostraram uma lesão inflamatória. Realizou-se broncoscopia rígida com intuito terapêutica e diagnóstico e a amostra de biópsia foi compatível com plasmocitoma pulmonar. Para obter um diagnóstico preciso e definitivo, a doente foi submetida a uma biópsia cirúrgica. A histologia da biópsia cirúrgica revelou neoplasia mesenquimatosa com infiltrado inflamatório misto, composto predominantemente por linfócitos e plasmócitos. As células neoplásicas foram positivas para vimentina e CD68 e negativas para ALK, CK7, CD34, CK5.6 e pS100. Estas características anatomo-patológicas foram compatíveis com TMI. A doente foi submetida a uma lobectomia inferior e permaneceu assintomática, sem recidiva ou doença residual em exames complementares no follow-up.

Discussão e conclusão: O TMI é uma doença rara que representa 1% das neoplasias pulmonares. Devido à população heterogênea de plasmócitos, linfócitos, eosinófilos, histiócitos e células mesenquimais, o diagnóstico definitivo por biópsias por agulha é difícil. Foi previamente considerado um tipo de pseudotumor inflamatório, mas atualmente é descrito como uma neoplasia clonal com diferenciação miofibroblástica e superexpressão de tirosina quinase do receptor de linfoma anaplásico (ALK) -1. A ressecção cirúrgica é o tratamento recomendado. No entanto, em casos irressecáveis, esteróides, radioterapia e quimioterapia foram tentados, com sucesso limitado. O crizotinib, um inibidor da tirosina quinase, apresentou boa resposta em casos irressecáveis com rearranjo do ALK.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 056

UM DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL NUM JOVEM ADULTO

Autor do trabalho:

ANA PAIS

Departamento do Tórax, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Portugal

Co-Autores do trabalho:

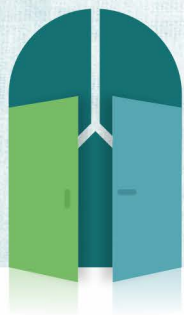
FILIPA FERRO; MÓNICA PEREIRA; RITA MACEDO; ISABEL CORREIA;
MAGDA ALVOEIRO; FRANCISCO FÉLIX; CRISTINA BÁRBARA

Palavras-chave: LESÃO ENDOBRÔNQUICA, BLASTOMA, LOBECTOMIA

Doente do sexo masculino, de 18 anos, não fumador, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, recorre ao Serviço de Urgência por quadro de tosse com expectoração hemoptoica, com três dias de evolução. Negava febre, sudorese noturna, ou dor torácica. Ao exame objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável e sem sinais de dificuldade respiratória. Foram realizados exames complementares de diagnóstico, nomeadamente uma telerradiografia de tórax, que mostrou uma imagem nodular retrocardíaca, sugerindo uma massa posterior do lobo inferior esquerdo. A TC torácica confirmou uma lesão endobrônquica com origem no segmento apical do lobo inferior esquerdo, de contornos discretamente irregulares, e 5.5 cm de maior diâmetro. O doente foi submetido a broncoscopia rígida, sob anestesia geral, com visualização da massa hemorrágica, infiltrando o brônquio segmentar apical do lobo inferior esquerdo (B6). Foram efetuadas biópsias brônquicas dirigidas e laserterapia com redução da lesão. O estudo anatomopatológico revelou um tecido neoplásico bifásico com componentes epiteliais e mesenquimatosos, com imunohistoquímica positiva para citoqueratina AE 1/3 e TTF1 (confirmando o componente epitelial) e para vimentina e actina muscular (confirmando o componente mesenquimatoso), sugerindo o diagnóstico de BLASTOMA PULMONAR de alto grau. Após a realização da restante investigação necessária para o estadiamento clínico, este foi considerado ser cT3N0M0 (Estadio IIB), de acordo com a 8ª Edição da Classificação TNM para o cancro do pulmão, e o doente foi submetido a lobectomia inferior esquerda com sleeve brônquico, pleurectomia parcial e linfadenectomia mediastínica. O tipo histológico de BLASTOMA foi confirmado, documentando-se o envolvimento pleural com implantes tumorais. A classificação patológica (pT3N0M1a) incluiu o paciente num estadio mais avançado (estadio IVA) do que anteriormente esperado. Neste contexto, o doente foi proposto para quimioterapia adjuvante com cisplatina e etoposido.

O blastoma pulmonar é um tumor raro e agressivo, correspondendo a 0,25 a 1% de todos os tumores primários do pulmão. Foi assim nomeado pela sua semelhança microscópica com o pulmão fetal entre a 10ª e a 16ª semana de desenvolvimento. Apesar da sua origem embrionária, cerca de 80% dos blastomas pulmonares ocorrem em adultos, com um pico de incidência na quarta década de vida. Podem manifestar-se com tosse, dispneia, hemoptises e/ou dor torácica. No entanto, cerca de metade dos casos são assintomáticos e descobertos incidentalmente. Imagiologicamente, os blastomas pulmonares aparecem como massas grandes e solitárias, bem delimitadas, mais frequentemente localizadas na periferia pulmonar. A invasão da pleura é possível, e o crescimento endobrônquico está presente em 25% dos casos. Microscopicamente, o blastoma pulmonar clássico é de natureza bifásica, compreendendo

ambos os componentes malignos primitivos epiteliais e mesenquimatosos. A ressecção cirúrgica completa é a única terapia curativa conhecida, embora a quimioterapia e/ou radioterapia adjuvante possam ser instituídas em casos selecionados. O prognóstico é geralmente reservado, com uma sobrevida global aos 5 anos de 15 a 30%.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 057

TRANSFORMAÇÃO HISTOLÓGICA DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO PARA CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUENAS COMO MECANISMO DE RESISTÊNCIA AOS TKIS – RELATO DE DOIS CASOS

Autor do trabalho:

MARIA INÊS MATIAS

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

D. MADAMA; A. PÊGO

Palavras-chave: ADENOCARCINOMA DO PULMÃO, MUTAÇÕES EGFR, RESISTÊNCIAS AOS TKIS, ALTERAÇÃO HISTOLÓGICA PARA CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUENAS

Introdução: Os inibidores da tirosina quinase (TKI) são actualmente terapêutica de primeira linha em doentes com carcinoma não-pequenas células do pulmão (NSCLC) com mutações do EGFR, no entanto a resistência surge inevitavelmente, com um tempo médio livre de progressão da doença de 12 meses.

Há diversos mecanismos documentados de resistência aos TKIs, o mais comum é a ocorrência da mutação T790M, seguindo-se a amplificação do MET. A transformação histológica para carcinoma de células pequenas (SCLC) é considerada um mecanismo de resistência raro.

Os autores apresentam 2 casos de resistência adquirida aos TKIs através da transformação em carcinoma de células pequenas.

Caso 1: Mulher de 65 anos, sem hábitos tabágicos, na sequência do estudo de um derrame pleural, realiza biopsia pleural com resultado histológico de adenocarcinoma do pulmão de predomínio micropapilar, PDL1 negativo. Encontrava-se em estadio IV (T4N2M1c) com metastização cerebral. A pesquisa de mutações revelou deleção no exão 19 do gene EGFR pelo que iniciou terapêutica de primeira linha com Afatinib com boa resposta inicial. Após 9 meses de tratamento, houve progressão, realizando-se biopsia transtorácica para a pesquisa de mutações de resistência. A amostra foi histologicamente e imunohistoquimicamente compatível com carcinoma células pequenas. Iniciou carboplatina e etoposido com boa resposta.

Caso 2: Mulher de 73 anos, sem hábitos tabágicos, decorrente do estudo complementar de hemoptises é detectada massa pulmonar, cuja biopsia brônquica por fibroscopia revela adenocarcinoma do pulmão, com expressão de PDL1 positiva em cerca de 5% das células. Encontrava-se no estadio IV (T3N3M1c) com metastização hepática e óssea. A pesquisa de mutações do EGFR revelou deleção no exão 19 pelo que iniciou terapêutica de primeira linha com Gefitinib, com boa resposta inicial. Após 6 meses de tratamento, por progressão, realizou biopsia transtorácica para a pesquisa de mutações de resistência, cuja análise histológica e imunohistoquímica revelou carcinoma de pequenas células. Encontra-se sob carboplatina e etoposido com boa resposta.

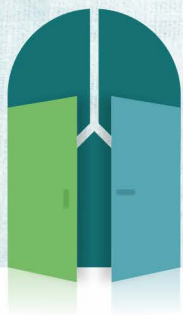
Conclusão: Diversos mecanismos de resistência aos TKIs têm sido descritos. A alteração histológica para carcinoma de células pequenas é um deles, permanecendo ainda desconhecido o seu mecanismo subjacente. Esta alteração histológica é considerada rara, no entanto, Sequist et al

demonstraram a sua ocorrência em 5 (14%) dos 37 doentes estudados durante o período de resistência aos TKIs.

Após a transformação histológica, a terapêutica com duplete de platino e etoposido é geralmente eficaz numa fase inicial mas a sobrevivência é curta. Por outro lado, não há evidência de benefício clínico adicional na manutenção da terapêutica com TKI.

O carcinoma de pequenas células transformado pode constituir um sub-grupo de neoplasia, com histologia prévia de adenocarcinoma, possuidora de mutação de EGFR, com pior prognóstico relativamente ao SCLC clássico, necessitando de mais estudos.

Os autores pretendem destacar a importância da repetição da biópsia no curso da doença, especialmente em casos de resistência à terapêutica, de modo a instituir o melhor tratamento.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 058

A EXPERIÊNCIA COM ALECTINIB NO CONTROLO DA METASTIZAÇÃO CEREBRAL DO CPNPC ALK+

Autor do trabalho:

CATARINA ANTUNES

Serviço de Pneumologia – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN)

Co-Autores do trabalho:

ENCARNAÇÃO TEIXEIRA; JOANA BARBOSA; DAVID SILVA; MIGUEL GUIA; ANA SOFIA VILARIÇA; DIRENDA HASMUCRAI; PAULA ALVES; CRISTINA BÁRBARA

Palavras-chave: CPNPC, METASTIZAÇÃO CEREBRAL, ALK, ALECTINIB

Introdução: A neoplasia do pulmão constitui uma das principais causas de morte em todo o mundo. A investigação das mutações do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) e da translocação do anaplastic lymphoma kinase (ALK) proporcionaram a instituição de terapêutica dirigida com os inibidores da tirosina quinase (TKI) iniciando desta forma uma nova era na terapêutica do cancro do pulmão. As translocações ALK são observadas aproximadamente em 5% dos doentes com cancro do pulmão não-pequenas células (CPNPC). Estes doentes têm um maior risco de desenvolver metástases cerebrais comparativamente a outros sub-tipos de CPNPC, o que influencia dramaticamente a qualidade de vida do doente.

Objetivo: Avaliar a resposta terapêutica a nível do sistema nervoso central (SNC) ao Alectinib em doentes CPNPC ALK+ com metastização inicial ou após terapêutica com outro TKI.

Resultados: Foram encontrados 12 doentes com adenocarcinoma e metastização cerebral tratados com Alectinib. A média de idade era de 50,08 anos (min. 32 e max. 76). Relativamente aos hábitos tabágicos oito doentes eram não fumadores (66,7%), dois fumadores (com carga tabágica (CT) média de 55 UMA) e os outros dois ex-fumadores (com CT média de 12,5 UMA). Quanto ao performance status (PS) destes doentes, quatro tinham um PS 0, seis com PS 1 e dois com PS 2. Em seis doentes, a apresentação clínica era de adenocarcinoma com metastização cerebral e Alectinib foi usado como 1ª linha de TKI. Nos restantes seis doentes, a metastização cerebral surgiu após tratamento com Crizotinib sendo Alectinib usado em 2ª linha terapêutica. Relativamente à terapêutica local, dois doentes fizeram radioterapia holocraneana; um realizou receção cirúrgica e outro radiocirurgia. Os restantes oito doentes não apresentavam sintomatologia neurológica pelo que não foram submetidos a terapêuticas locais. Até ao momento dez doentes apresentavam re-avaliação imagiológica (RM/TC-CE) após três ciclos, sendo observado em todos os doentes melhoria imagiológica, cinco doentes com resposta completa e cinco doentes com resposta parcial. Dos três doentes falecidos, apenas um teve progressão da doença a nível do SNC.

Conclusão: Os nossos dados vêm corroborar a literatura médica a nível do controlo da doença no SNC com o uso de Alectinib, sendo um fator importante a ter em conta na proposta terapêutica destes doentes. De realçar a importância da deteção precoce da metastização cerebral nos doentes ALK+.

PC 059

PEMBROLIZUMAB EM PRIMEIRA LINHA NO TRATAMENTO DE DOENTES COM CARCINOMA PULMONAR DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS

Autor do trabalho:

DAVID TAVARES TEIXEIRA DA SILVA

Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Palavras-chave: PEMBROLIZUMAB, PDL-1, CANCRO, PULMÃO

Introdução: O tratamento com pembrolizumab é recente e está atualmente indicado como primeira linha em doentes com carcinoma pulmonar de não pequenas células (CPNPC) em estadio IV e que apresentem uma expressão de PDL1 superior a 50%. Neste grupo de doentes, o pembrolizumab mostrou ser superior à quimioterapia convencional.

Objetivos: Com este trabalho pretende-se verificar os resultados clínicos do tratamento com pembrolizumab em primeira linha em doentes com carcinoma pulmonar de não pequenas células.

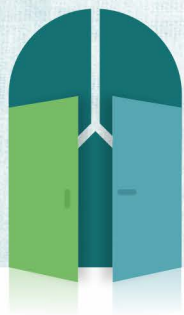
Métodos: Revisão dos processos clínicos de doentes seguidos em consulta de Pneumologia Oncológica do Hospital Pulido Valente tratados com pembrolizumab em 1ª linha de Setembro de 2017 a Agosto de 2019.

A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS® v24 tendo sido analisada a sobrevida livre de progressão com recurso a curvas de Kaplan Meier. Foram igualmente analisados os efeitos na qualidade de vida dos doentes, os efeitos secundários e o impacto do pembrolizumab consoante os diferentes níveis de expressão de PD-L1.

Resultados: Foram incluídos nesta análise 41 doentes, sendo 61% do sexo masculino (n=25). A média de idades foi de 64 anos (44-77 anos). Do total, 19,5% (n=8) eram não fumadores, 39% (n=16) eram ex-fumadores e 41,4% (n=17) fumadores ativos e à data do início da terapêutica, 75,6% (n=31) dos doentes apresentavam Performance Status (PS) entre 0 e 1, tendo os restantes 24,4% PS ≥ 2. Relativamente ao grau de metastização, verificaram-se 16 doentes em estadio IVA. Dos 25 doentes em estadio IVB, 9 apresentavam metastização num local, 7 em dois locais e 9 em três ou mais locais extra-pulmonares. A sobrevida livre de progressão (PFS) mediana foi de 7,8 meses (IC 95% 5,2-9,2). Apenas dois doentes suspenderam pembrolizumab, ambos por exantema maculopapular grau 3. Relativamente aos efeitos na qualidade de vida, 56% dos doentes (n=23) revelaram melhoria sintomática ao fim do primeiro ciclo de tratamento.

Em relação ao impacto dos diferentes níveis de expressão de PD-L1, verificou-se que a PFS mediana é mais longa (10,7 meses) nos doentes com nível de expressão ≥90% (n=6), comparativamente aos doentes com nível de expressão de 50-89% (n=30), em que a PFS mediana é de 6,9 meses (p=0,01), sendo estes resultados independentes do PS dos doentes no início da terapêutica, bem como do número de locais de metastização.

Conclusão: Neste estudo verificou-se que entre os doentes tratados com pembrolizumab em primeira linha, foram obtidos resultados significativamente melhores no subgrupo de doentes com nível de expressão de PDL1 ≥90% independentemente do grau de metastização ou Performance Status dos doentes à data de início de tratamento.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 060

QUALIDADE DE VIDA COMO A PRIORIDADE: O CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO NO DERRAME PLEURAL MALIGNO

Autor do trabalho:

ANA MARGARIDA MESTRE

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital de Egas Moniz

Co-Autores do trabalho:

ANA LUÍSA RAMOS; CÁTIA GUIMARÃES; LUCILIA MATOS; FERNANDO NOGUEIRA

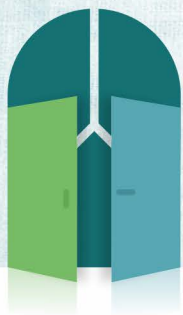
Palavras-chave: CATETERES PLEURAIS TUNELIZADOS; DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE

O derrame pleural (DP) neoplásico é uma complicação frequente nos doentes oncológicos e pode tornar-se recorrente apesar da terapêutica anti-neoplásica ativa. Habitualmente é sintomático (dispneia; toracalgia), volumoso e implica limitação funcional, com grave repercussão na qualidade de vida dos doentes. Corresponde a manifestação de doença maligna avançada e sistemicamente disseminada, sendo o seu tratamento paliativo (alívio sintomático), baseado na expectativa de sobrevida, capacidade de desempenho das atividades quotidianas, sintomatologia e doença de base. A abordagem deste DP passa pela realização de toracocenteses evacuadoras, shunts pleuro-peritoneais, pleurodese (nem sempre possível/bem-sucedida) ou colocação de cateteres pleurais tunelizados. Este último permite uma abordagem diferente do DP recidivante, menos invasiva, possibilitando a drenagem do derrame no domicílio pelo doente, obviando as toracocenteses sucessivas e consequentes idas ao hospital e podendo induzir pleurodese espontânea (até 50%). Com o início da terapêutica anti-neoplásica, nomeadamente quimioterapia, redobram-se as questões relativamente à segurança e risco acrescido de infeção, dada a imunossupressão associada à terapêutica.

Os autores apresentam o caso clínico de um homem, 70 anos, fumador (50UMA) que recorreu ao SU por dispneia, astenia, anorexia e perda ponderal. Da investigação inicial destaca-se DP esquerdo. Realizou TC Toraco-abdomino-pelvica que mostrou: oclusão do BPE na sua divisão com consequente colapso de praticamente todo o parênquima pulmonar esquerdo e DP esquerdo volumoso. Realizou toracocentese, compatível com DP neoplásico e broncofibroscopia onde se visualizou oclusão de todos os segmentares do BPE por aparente compressão extrínseca, com suspeita de infiltração tumoral da mucosa do BLSE, não confirmada. Por recidiva do DP realizou biópsia pleural e nova toracocentese, compatíveis com Adenocarcinoma do Pulmão. Do restante estadiamento destaca-se TC-CE sem alterações e PET/TC com metabolismo pleural esquerdo anómalo. Teve alta encaminhado para Consulta Pneumologia Oncológica, mas recorreu novamente ao SU por agravamento da dispneia e tosse com expectoração mucopurulenta. Do estudo destacava-se aumento do DP e dos parâmetros analíticos de inflamação. Assumida pneumonia obstrutiva, tendo cumprido ciclo de Meropenem com resolução. Por DP recidivante colocada drenagem torácica, objetivando-se ausência de expansão pulmonar completa. Neste contexto realizou TC-Tórax que mostrou fístula bronco-pleural. Optou-se pela colocação de dreno de longa duração, dada baixa probabilidade de reexpansão pulmonar. Manteve seguimento em Consulta de Pneumologia Oncológica, tendo completado 4 ciclos de QT,

sem intercorrências infecciosas. Inicialmente necessidade de evacuações frequentes do derrame, encontrando-se atualmente sem necessidade de novas drenagens e sem agravamento radiológico, ponderando-se a retirada do dreno.

A colocação de drenos de longa duração representa uma nova opção à abordagem do DP neoplásico, menos invasiva, visando-se, predominantemente, o controle da dispneia, a evacuação do líquido no conforto do domicílio, evitando as múltiplas vindas aos serviços de saúde e preservando a qualidade de vida do doente. A possibilidade de pleurodese espontânea representa mais uma das vantagens desta técnica, que permite também a simultânea realização de terapêutica antineoplásica sistémica, acrescentando o risco infeccioso para o qual se deve ter especial atenção. Os autores relevam a utilização crescente deste tipo de drenos, promovendo a partilha de experiência entre pneumologistas, com vista a alargar o procedimento a mais doentes e possíveis indicações.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 061

CARCINOMA PLEOMÓRFICO DO PULMÃO, UM SUBTIPO RARO E AGRESSIVO: APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

Autor do trabalho:

ANA CATARINA ALVES MOREIRA

Serviço de Pneumologia; Hospital Garcia de Orta

Co-Autores do trabalho:

CRISTINA OLIVEIRA; MARTA SOARES

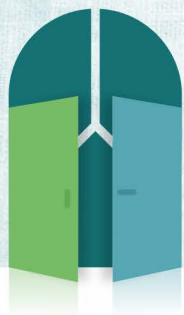
Palavras-chave: CARCINOMA PLEOMÓRFICO; SUBTIPO HISTOLÓGICO RARO; CARCINOMA NÃO PEQUENAS CÉLULAS

Introdução: O carcinoma pleomórfico pulmonar é um subtipo raro de carcinoma pulmonar com uma incidência estimada em 0,1 a 0,4%. De acordo com a revisão da classificação WHO 2004, enquadra-se num subtipo histológico específico, com aspetos pleomórficos, sarcomatóides ou sarcomatosos. Destaca-se o seu curso clínico agressivo e pior prognóstico, face a outros carcinomas de não pequenas células pulmonares.

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 56 anos, ex-fumador (carga tabágica 70 unidades-maço/ano). Em Novembro de 2017 constatou a existência de tumefacção cervical esquerda com progressivo aumento dimensional, tendo recorrido ao Serviço Urgência em Maio 2018 por astenia e dispneia para médios esforços com 2 meses de evolução, sem febre, toracalgia, tosse, hemoptises ou hipersudorese noturna. Realizada ecografia cervical (27-08-2018) onde foi evidente adenopatia cervical ínfero-esquerda e um conglomerado adenopático com 13, 6, 6 e 10 mm e com sinais de necrose. Na TC torácica (29-08-2018), visível extensa massa para-mediastínica esquerda (120x 70 mm) com envolvimento hilar esquerdo e extensão superior à região apical com forte componente invasivo mediastínico com elevação da hemicúpula diafragmática e atelectasia. Admitido no IPO no início de Setembro de 2018, nessa altura com referência a anorexia e perda ponderal significativa (cerca de 10 kgs em 2 meses) e dor abdominal no QSE, com irradiação torácica e dorso-lombar esquerdas. De novo, também referia disфония ligeira desde o final de Agosto. Objetivamente, apresentava-se com ECOG performance status de 1, sendo evidente um conglomerado adenopático cervical esquerdo consistência pétrea. Eupneico, com evidente assimetria auscultatória por abolição do murmúrio vesicular nos 2/3 superiores do hemitórax esquerdo. Ausentes sinais de circulação colateral torácica, edema ou rubor da face ou membros. Requisitada biópsia aspirativa da adenopatia cervical esquerda, cujo resultado histológico foi inconclusivo (amostra não representativa). Internado no decorrer da investigação diagnóstica por agravamento do estado geral e toracalgia não controlada. A TC tórax realizada em 06/11/2018 evidenciou significativo aumento dimensional da massa pulmonar conhecida (18,5 x 10 x 19,2 cm), desvio mediastínico contralateral, derrame pleural de moderado volume de novo e espessamento nodular dos folhetos pleurais traduzindo doença secundária pleural. Foi realizada biópsia da massa pulmonar, diagnóstica de carcinoma pouco diferenciado, provável carcinoma pleomórfico pulmonar (pesquisa de mutação EGFR, ALK e ROS negativa; PDL1 <10%). A evolução clínica em internamento foi favorável, com controlo da dor e melhoria da dispneia, pelo que teve alta orientado para início de

carboplatina e paclitaxel. Infelizmente, dois dias após a alta o doente foi admitido em paragem cardiorrespiratória e viria a falecer.

Discussão: Os autores destacam este caso pela exuberância da apresentação clínica e imagiológica e pelo acentuado aumento dimensional do tumor, tendo ditado uma evolução final desfavorável prévia ao início de terapêutica sistémica, a confirmar a agressividade do comportamento clínico destes tumores.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 062

TUMORES SÍNCRONOS – AS METÁSTASES NO CENTRO DA DISCUSSÃO

Autor do trabalho:

JOANA FERRA

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

Co-Autores do trabalho:

CÁTIA GUIMARÃES; CRISTINA MATOS; FERNANDO NOGUEIRA

Palavras-chave: TUMORES SÍNCRONOS, CARCINOMA DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO, CARCINOMA PAPILAR DA TIROIDE, INIBIDORES DA TIROSINA QUINASE

Introdução: O diagnóstico atempado de tumores síncronos é fundamental na definição da abordagem terapêutica e prognóstico. Em casos mais raros, podem ser diagnosticadas duas neoplasias malignas de origens diferentes. Os autores apresentam o caso de uma doente com diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão e de carcinoma papilar da tiróide que, dado os diagnósticos não terem sido realizados simultaneamente, teve como implicações o restadiamento de ambas as neoplasias, alteração da estratégia terapêutica e prognóstico.

Caso Clínico: Mulher, 56 anos, não fumadora, assintomática. Realizou radiografia de tórax que mostrava hipotransparência nodular na base pulmonar direita. TC tórax: lesão nodular na base pulmonar direita com densidade em vidro despolido de 3.4x2cm. Múltiplos micronódulos no lobo médio, língula e lobo inferior esquerdo. Biópsia pulmonar transtorácica (29/11/2017): adenocarcinoma do pulmão de padrão lipídico e acinar. PET TC (15/12/2017): no lobo inferior direito nódulo ovalado, pouco denso e com aumento do metabolismo compatível com o diagnóstico de adenocarcinoma do tipo lipídico. Múltiplos nódulos pulmonares bilaterais, compatíveis com secundarização. Massa tiroideia hipermetabólica no lobo esquerdo, a caracterizar. Admitido diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão estadio IV (T4N0M1 – metastização pulmonar). EGFR exão 21 positivo; PD-L1 negativo. Iniciou tyrosine kinase inhibitor (TKI – erlotinib que foi alterado para gefitinib por toxicidade dermatológica grave), tendo-se verificado diminuição das dimensões da lesão pulmonar principal, contudo com aumento do número e dimensões dos micronódulos pulmonares. Manteve sempre um status performance de 0.

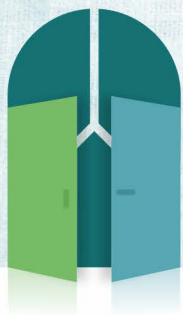
A doente optou pela investigação da massa tiroideia noutra instituição que revelou tratar-se de um carcinoma papilar da tiróide e foi submetida a tireoidectomia total, tendo-se considerado tratado e sem necessidade de terapêutica adjuvante. Contudo, no seguimento foi detetada elevação da tiroglobulina (28.130 – cut-off 77 ng/mL).

Perante o aumento do número dos micronódulos pulmonares (apesar da resposta da lesão de maiores dimensões à terapêutica com TKI) e dado elevação da tiroglobulina em doente já tireoidectomizada, colocou-se a hipótese destes micronódulos serem secundários à neoplasia da tiróide. O caso foi rediscutido em reunião multidisciplinar tendo-se optado por cirurgia com realização do exame extemporâneo dos micronódulos cujo resultado foi compatível com lesões metastáticas de carcinoma com origem na tiróide. Assim sendo, a doente foi submetida a lobectomia inferior direita no mesmo tempo operatório para tratamento da neoplasia do pulmão. Assim sendo, considerou-se:

- Adenocarcinoma do pulmão estadio I-A3 (T1cN0M0) – tratado cirurgicamente. Mantém vigilância em consulta de Pneumologia Oncológica, sem evidência de recidiva até à data.

- Carcinoma papilar da tiroide estadio IV, sob lenvatinib e seguida em Consulta de Oncologia.

Conclusão: O carcinoma papilar da tiróide constitui uma das neoplasias endócrinas mais frequentes, mas com baixa taxa de metastização pelo que as lesões pulmonares secundárias podem ser facilmente confundidas com outras patologias ou ser atribuídas a outras neoplasias, neste caso ao cancro do pulmão que tem uma elevada taxa de metastização. É ainda de ressaltar a boa resposta da lesão primitiva do pulmão aos TKI num estadio precoce, o que vem reforçar a questão da sua utilização como terapêutica adjuvante após cirurgia como tem sido investigado em alguns ensaios clínicos.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 063

AVALIAÇÃO DO PERFIL DE SEGURANÇA DO OSIMERTINIB EM DOENTES COM CARCINOMA PULMONAR DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS PREVIAMENTE TRATADO COM INIBIDORES DA QUINASE DA TIROSINA DE 1ª/2ª GERAÇÃO

Autor do trabalho:

LEONOR ALMEIDA

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário São João

Co-Autores do trabalho:

CATARINA SOUSA; MARIA JACOB; VANESSA SANTOS; DAVID ARAÚJO; HÉLDER NOVAIS BASTOS; ADRIANA MAGALHÃES; VENCESLAU HESPAHOL; HENRIQUE QUEIROGA; GABRIELA FERNANDES

Palavras-chave: CARCINOMA PULMONAR NÃO CÉLULAS PEQUENAS, INIBIDORES DA QUÍNASE DA TIROSINA

Introdução: A terapêutica com inibidores da quinase da tirosina (iQT) mudou o prognóstico dos doentes com carcinoma pulmonar não pequenas células (CPNPC) em estágio avançado com mutação do gene do epidermal growth factor receptor (EGFR). Contudo, tumores desenvolvem resistência a estes agentes, em 40-55% dos casos com a mutação T790M. O osimertinib, iQT de 3ª geração, tem eficácia comprovada em doentes que adquiram esta mutação.

Métodos: Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes com CPNPC com mutação T790M do gene do EGFR, que iniciaram osimertinib após tratamento com iQT de 1ª/2ª geração, entre agosto de 2016 e abril de 2019. Apresentam-se os dados de eficácia e segurança. A análise de dados foi realizada no SPSS® v.25.

Resultados: Foram incluídos 21 doentes, 57,1% do sexo feminino (n=12) com uma média de idades ao diagnóstico de 65,9±11,9 anos. O osimertinib foi iniciado em 2ª linha em 16 casos (76,2%) e em 3ª ou mais linhas em 5 casos (23,8%).

Verificaram-se eventos adversos (EA) em 9 doentes (42,9%), eventos de grau 1 em 6 doentes (28,6%), grau 2 em 1 caso (4,8%) e 2 eventos de grau 3 (9,5%). Ocorreram rash cutâneo em 4 doentes (19%), diarreia (n=2, 9,5%) e paroníquia (n=1, 4,8%). Os eventos de grau 3 corresponderam a pneumonite, tendo sido a terapêutica definitivamente suspensa. Não foram identificadas alterações hepáticas, renais ou cardíacas, nomeadamente prolongamento do intervalo QT.

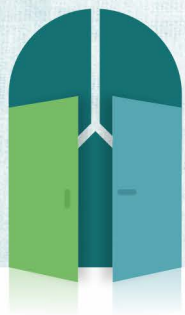
Entre os doentes que apresentaram EA, observou-se uma resposta objetiva em 4 doentes (44,4%) e 2 casos com progressão (22,2%). A taxa de controlo da doença neste grupo foi 77,8% (3 doentes com estabilidade). Ocorreram 4 óbitos neste grupo, nenhum diretamente relacionado com a ocorrência de EA.

Comparando os doentes que apresentaram EA com os que não apresentaram, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na idade (74 vs 64,5 anos; p=0.03). Este grupo de doentes apresentou também, até à data, um tempo de seguimento superior aos doentes que não apresentaram EA (21,84 vs 6,83 meses; p=0.02), não permitindo fazer comparações quanto à sobrevivência global (OS) e sobrevida livre de progressão (PFS) entre estes grupos. O grupo com EA apresentou uma OS

mediana desde o início do osimertinib de 21,9 meses (mín.-máx., 8,4-35,7) e uma PFS de 20,3 meses (mín.-máx., 8,4-35,7).

Não se encontraram diferenças com significado estatístico nas restantes características comparadas (sexo, tabagismo, performance status à data de início de osimertinib, resposta, óbito).

Conclusão: Neste grupo de doentes tratados com osimertinib, os EA ocorridos foram sobreponíveis aos descritos nos ensaios clínicos. O osimertinib é uma terapêutica com um bom perfil de segurança e a ocorrência de EA não teve um impacto negativo no prognóstico.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 064

DABRAFENIB E TRAMETINIB – UMA TERAPÊUTICA INOVADORA, EFICAZ E BEM TOLERADA

Autor do trabalho:

CATIAPEREIRA

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Palavras-chave: ADENOCARCINOMA PULMÃO, BRAF, MUTAÇÃO V600, DABRAFENIB, TRAMETINIB

Introdução: O Carcinoma Pulmonar Não Pequenas Células não escamoso (CPNPC não escamoso) continua a ser um desafio para a medicina. A utilidade limitada da quimioterapia indica a necessidade de opções terapêuticas adicionais. A terapêutica dirigida continua a ser uma ferramenta importante no tratamento do CPNPC com alterações genéticas. Mutações na via RAS-RAF-MEK-MAPK, especificamente a mutação BRAF V600E, tornaram-se um alvo importante para o subgrupo de doentes com CPNPC com esta mutação.

Caso Clínico: Mulher de 69 anos, não fumadora, com antecedentes pessoais de Adenocarcinoma do pulmão submetida a Lobectomia inferior direita em 2005. Internada a 17 de Agosto de 2017 por derrame pleural direito recidivante de etiologia a esclarecer. Realizou toracocentese diagnóstica e evacuadora, tendo sido o líquido pleural compatível com exsudado e exames microbiológicos negativos. A citologia revelou-se positiva para células de Adenocarcinoma. Realizou Broncofibroscopia com evidência de coto brônquico com tecido nacarado (de granulação?) e mucosa envolvente edemaciada e hiperemiada (infiltração?). Foram realizadas biópsias brônquicas e distais ao nível de B2 e B4 e Lavado bronco-alveolar para citologia que não revelaram alterações e Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica com derrame pleural loculado à direita com realce e espessamento dos folhetos pleurais e adenopatia retrocava pré-traqueal com 16 mm de menor eixo. Realizou nova toracocentese com drenagem de 350 cc de líquido serofibrinoso e biópsias pleurais que estabeleceram o diagnóstico de Adenocarcinoma do pulmão (CK7 e TTF1 +) com mutação V600 no exão 15 do gene BRAF. Por aumento do volume abdominal e evidência de ascite associada a densificação da gordura mesentérica e esboço micronodular traduzindo disseminação peritoneal em nova Tomografia Computorizada, foi realizada paracentese com saída de 2100cc de líquido serohemático. Iniciou terapêutica com Dabrafenib e Trametinib a 30/11/2017 com boa tolerância e evidência de resposta clínica e imagiológica ao 4º ciclo, com franca redução do espessamento pleural, sem adenopatias mediastínicas patológicas ou sem sinais de carcinomatose peritoneal ou ascite. Atualmente a doente encontra-se no 20º ciclo mantendo resposta.

Conclusão: Como ilustra o caso clínico, a pesquisa da mutação BRAF é importante uma vez que a terapêutica dirigida controla a doença com maior eficácia e proporcionando melhor qualidade de vida.

PC 065

METASTIZAÇÃO DE ADENOCARCINOMA – NEM SEMPRE O PULMÃO É O “MAU DA FITA”

Autor do trabalho:

LEONOR ALMEIDA

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário São João

Co-Autores do trabalho:

DAVID ARAÚJO; VANESSA SANTOS; HÉLDER NOVAIS BASTOS; GABRIELA FERNANDES; ADRIANA MAGALHÃES; VENCESLAU HESPANHOL; HENRIQUE QUEIROGA

Palavras-chave: CARCINOMA PULMONAR NÃO CÉLULAS PEQUENAS, INIBIDORES DA QUÍNASE DA TIROSINA

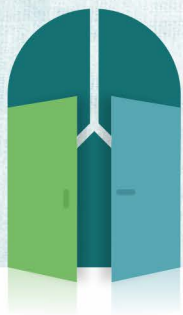
A história natural do adenocarcinoma pulmonar mudou desde o advento dos inibidores da quinase da tirosina (TKI) do epidermal growth factor receptor (EGFR). Atualmente, a possibilidade de identificar a mutação de resistência aos TKI de primeira e segunda gerações aumentou a importância na reavaliação histológica do tumor. Apresenta-se um caso que espelha estas realidades.

Trata-se de uma mulher de 75 anos a quem, em setembro de 2010, em contexto de insuficiência respiratória hipoxémica de novo, foi efetuado o diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar estágio IVA por metastização pulmonar contralateral. Foi detetada uma mutação de deleção no exão 19 do gene do EGFR. Neste contexto, iniciou terapêutica com gefitinib em primeira linha, ao qual teve uma resposta parcial com melhoria muito franca da clínica com resolução da IR1. Ao longo dos anos, manteve-se estável, sem progressão clínica ou imagiológica.

Em junho de 2017, apresentou agravamento clínico com reaparecimento de dispneia. Verificou-se progressão da doença torácica, tendo realizado biópsia líquida que foi inclusiva. Prosseguiu-se o estudo com nova biópsia pulmonar transtorácica guiada por TC e foi novamente identificado o adenocarcinoma pulmonar com a deleção no exão 19 do EGFR, apresentando agora a mutação T790M, pelo que a terapêutica foi alterada para osimertinib, ao qual obteve uma resposta parcial, voltando ao performance status basal (ECOG 0).

Em junho de 2018, na sequência de clínica de hematoquezias foi diagnosticada com adenocarcinoma do reto, tendo sido submetida, em janeiro de 2019, a ressecção anterior do reto, com estadiamento pT4bN0R2. Foi proposta para radioterapia adjuvante que recusou.

Em junho de 2019, a doente mantinha-se clinicamente assintomática (ECOG 0) e em TC de follow-up surgiram múltiplas lesões metastáticas dispersas pelo parênquima hepático. A avaliação histológica de uma destas lesões documentou um adenocarcinoma compatível com metástase da neoplasia do reto, pelo que a terapêutica com osimertinib foi mantida. Este caso ilustra a excelente resposta tumoral aos TKIs dos adenocarcinomas com mutação do gene do EGFR, a importância da avaliação histológica, por um lado, para alteração da terapêutica para osimertinib e, por outro, para confirmação da ausência de progressão da neoplasia pulmonar, corroborando a manutenção da terapêutica com o TKI em curso.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 066

EXPERIÊNCIA COM NIVOLUMAB EM DOENTES COM CARCINOMA NÃO-PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO

Autor do trabalho:

ANDREA SUZANA MACHADO

Serviço de Pneumologia - Departamento do Tórax do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

JOÃO CARDOSO; DIRENDRA HASMUCRAI; ANA SOFIA VILARIÇA; PAULA ALVES; ENCARNÇÃO TEIXEIRA

Palavras-chave: NIVOLUMAB, CARCINOMA NÃO-PEQUENAS CÉLULAS

Introdução: Os carcinomas do pulmão de não-pequenas células (CPNPC) representam mais de 80% das neoplasias do pulmão, cuja mortalidade é elevada.

Nos últimos anos, a imunoterapia com inibidores do checkpoint ganhou destaque em doentes com CPNPC, sendo o Nivolumab um anticorpo monoclonal antagonista IgG4 para o receptor de morte programada 1 (PD-1) aprovado após progressão de quimioterapia standard.

Métodos: Análise retrospectiva e estatística (IBM-SPSS v25) de doentes com CPNPC avançado tratados com Nivolumab (dose 3mg/Kg, 2/2 semanas) de Abril 2015 até Dezembro 2018, seguidos no Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica do Hospital Pulido Valente.

A determinação da expressão de PD-L1 foi realizada por rotina apenas a partir de Janeiro 2018.

A avaliação da resposta ao tratamento foi efectuada por critérios RECIST 1.1 ao 5º/6º ciclo de Nivolumab. A sobrevivência livre de progressão da doença (PFS) foi considerada desde a primeira toma de Nivolumab até à data da progressão da doença ou ao dia 31 Dezembro 2018 (nos doentes ainda sob tratamento).

Resultados: Foram identificados 94 doentes, 73,4% (n=69) homens, com média de idades de 64,8±10,6 anos. A maioria dos doentes apresentava história de tabagismo (n=76; 80,9%). Em 73,4% (n=69) dos doentes o performance status (PS) era de 0-1 e em 26,6% (n=25) de 2.

Histologicamente, 60,6% (n=57) dos doentes apresentavam adenocarcinoma e 36,2% (n=34) carcinoma epidermóide. A expressão de PD-L1 era na maioria dos doentes desconhecida (n=62; 65,6%) ou negativa (n=29; 30,9%). 93,6% (n=88) dos doentes encontravam-se em estadió IV da doença.

O Nivolumab foi usado em segunda linha em 55,3% (n=52), em terceira linha em 33,0% (n=31), em quarta linha em 7,4% (n=7) e em quinta/sexta linhas em 4,2% (n=4) dos doentes. A mediana de administrações de Nivolumab foi de 6,0 [3,0-16,0]. A avaliação da melhor resposta ao Nivolumab foi realizada em 76,6% (n=72) dos doentes: 43,1% (n=31) responderam a estabilização da doença, 11,7% (n=11) a resposta parcial, 1,1% (n=1) a resposta total e 30,6% (n=29) a progressão da doença.

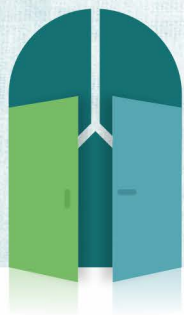
A mediana de PFS situava-se em 2,5 [1,1-8,2] meses em todos os doentes, sendo nos doentes com adenocarcinoma de 2,2 [0,9-6,8] meses e nos doentes com carcinoma pavimento-celular de 3,0 [1,8-8,9] meses, cuja diferença não revela significância estatística (p=0,14). Em 29 doentes (30,9%) realizaram-se ≥12 ciclos de Nivolumab, cuja mediana de PFS foi de 11,3 [8,2-23,4] meses. Não existiu significância estatística em relação

às PFS (p=0,17) quando comparando doentes que utilizaram ≤2 ou >2 linhas de tratamento prévio.

Da totalidade de doentes, 54 (57,4%) faleceram no período de análise. Quanto à toxicidade, 25,5% (n=24) dos doentes apresentaram efeitos adversos, a maioria de grau ≤2, tendo havido apenas necessidade de suspensão do fármaco em cinco (5,3%) doentes.

Conclusão: Apesar de apresentar um número significativo de doentes com PS 2 e de doentes que efectuaram >2 linhas de tratamento, na nossa população o tratamento com Nivolumab contribuiu para um melhor controlo da sua doença.

A sobrevivência global não foi avaliada porque existia um número significativo de doentes vivos à data da análise.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 067

UMA RARA MANIFESTAÇÃO REUMATOLÓGICA NA NEOPLASIA PULMONAR

Autor do trabalho:

GABRIELA SANTOS

Hospital Garcia de Orta

Co-Autores do trabalho:

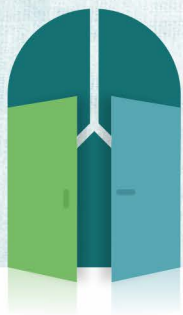
MARIA MARGARIDA CUNHA; MIGUEL LOPES; FILIPE VINAGRE; JOSÉ DUARTE

Palavras-chave: SÍNDROME PARANEOPLÁSICA, DERMATOMIOSITE, NEOPLASIA PULMONAR

As síndromes paraneoplásicas (SP) são manifestações comuns apresentando-se com maior incidência nas neoplasias pulmonares (10-20%). As SP desenvolvem-se paralelamente à neoplasia subjacente, todavia podem surgir como a primeira manifestação clínica.

Apresentamos um caso clínico de um homem, 69anos, autónomo. Fumador (80 UMA). Sem exposição ocupacional conhecida. Sem alergias medicamentosas conhecidas. Apresentava história de diabetes mellitus e cirurgia retro-auricular por neoplasia cutânea, que não sabe especificar. Dirigiu-se ao serviço de urgência em abril 2019 por quadro, com cinco meses de evolução, de exantema eritematoso maculo-papular e pruriginoso, inicialmente no dorso e posteriormente na face, membro superior(MS) direito, tronco e membros inferiores(MI), perda de força bilateral (3/3), especialmente nos MIs, e mialgias. Referia cansaço para médios-grandes esforços (mMrc 1) associado a anorexia e perda ponderal (20kg). Em março iniciou tosse com expectoração mucosa, odinofagia e disfagia para sólidos. Negava febre, sudorese nocturna, dor torácica, dispneia, hemoptises, disfonia, vômitos, alterações do trânsito intestinal ou urinárias, artralgias, cefaleias. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, vígil e consciente, exantema na face, região cervical e anterior do tórax (nas regiões de exposição solar) com aparente espessamento cutâneo; edema palpebral bilateral; placas eritematosas descamativas no MS direito, dorso, abdómen e MI. Orofaringe sem alterações. Adenomegalias axilares bilaterais. Sem alterações na auscultação cardio-pulmonar. Trazia consigo uma tomografia computadorizada de corpo onde se destacava lesão pulmonar no lobo superior direito (20mm) e várias lesões nodulares hepáticas. Na avaliação laboratorial destacava-se CK >1000UI/L e LDH 598UI/L. Ficou internado para estudo etiológico. Sem alterações no estudo de auto-imunidade e complemento assim como da função tiroideia, hepática e renal. Realizou broncofibroscopia e biópsias brônquicas, cujos resultados citológicos e histológicos foram negativos; e tomografia por emissão de positrões com evidência metabólica na lesão pulmonar, gânglios mediastínicos e abdominais, lesões hepáticas e ósseas. Foi observado pelos colegas de reumatologia destacando-se exantema maculo-papular eritematoso, pápulas de Gottron, exantema heliotropo, placas eritematosas na face posterior MS e face anterior das coxas, força muscular diminuída no pescoço, deltoides e coxas, compatível com dermatomiosite. Realizou ressonância magnética às coxas, sugestivo de miosite. Posteriormente foi submetido a biópsia endobrônquica guiada por ecografia aos gânglios mediastínicos tendo-se obtido o diagnóstico de Carcinoma Pulmonar de Pequenas Células (CPPC) – pT4N2M1c – Estadio

IVB. Neste contexto admitiu-se dermatomiosite(DM) em contexto paraneoplásico de CPPC. Realizou imunoglobulina(Ig) 1g/kg endovenosa(ev) durante dois dias, com melhoria da extensão e exuberância do exantema, do edema peri-orbitário e da força muscular, com concomitante diminuição do valor de CK (1000 para 222 UI/L). Em junho, iniciou quimioterapia(QT) com Carboplatina/Etoposido e mantém administração de Ig ev mensalmente tendo-se observado, progressivamente, uma franca melhoria da força muscular e das alterações cutâneas. Queremos destacar neste caso clínico as extensas e exuberantes manifestações musculo-cutâneas no contexto de DM paraneoplásica que surgiu como primeira manifestação de um CPPC. Salienta-se desta forma a importância das síndromes reumatológicas como SP. Dado o estadio avançado da DM optou-se por iniciar tratamento com Ig ev, que apesar de não ser 1ª linha, apresenta uma boa taxa de resposta neste tipo de doentes, concomitantemente com uso da QT dirigida.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 068

IMUNOEXPRESSÃO DE PD-L1 SELECIONA DOENTES PARA TRATAMENTO COM INIBIDORES DA TIROSINA QUINASE EM CARCINOMAS PULMONARES

Autor do trabalho:

LINA CARVALHO

1. Instituto de Anatomia Patológica e Patologia Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; 2. CIMAGO – Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; 3. Centro de Pneumologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; 4. Anatomia Patológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Co-Autores do trabalho:

ANA FILIPA LADEIRINHA; ANA ALARCÃO; MARIA REIS SILVA ; TERESA FERREIRA ; ANA ISABEL RODRIGUES; CATARINA VILASBOAS; F SILVA; JM RUIVO; P TEIXEIRA; RUI ALMEIDA; VÂNIA ALMEIDA; VITOR SOUSA

Palavras-chave: EGFR, ALK, ROS1, PD-L1, CARCINOMA DO PULMÃO

Introdução: Os carcinomas pulmonares com mutações no gene EGFR constituem um importante grupo molecular de doentes juntamente com a eficácia do tratamento com anticorpos monoclonais PD-1/PD-L1, conforme demonstrado clinicamente. As normas actuais da NCCN não recomendam a administração de imunoterapia quando estão presentes mutações no EGFR. Embora alguns estudos sugiram que doentes com cancro do pulmão com mutação no gene EGFR não podem beneficiar de imunoterapia com anticorpo monoclonal PD-1/PD-L1, provavelmente porque a ativação da via de sinalização de EGFR em células imunes eficazes pode criar um microambiente imunossupressor no cancro do pulmão, resultando em nenhuma resposta deste tipo de cancro do pulmão ao tratamento anti-PD-1/PD-L1. Outros estudos sugerem que em carcinomas pulmonares com metástases, a concomitância da positividade do PD-L1 e de mutação no gene EGFR é conhecida por ser um indicador de mau prognóstico devido à resistência aos TKIs.

Material e métodos: Procedeu-se à microdissecção em 175 casos de tecido fixado em formol e embebido em parafina de modo a assegurar a representação de células tumorais para a pesquisa de mutações no gene EGFR por Idylla™ EGFR Mutation Test (exons 18/19/20/21). A pesquisa dos rearranjos dos genes ALK / ROS1 foi efectuada por FISH com as sondas Zytolight SPEC ALK / EML4 Tricheck e Zytolight SPEC ROS1, respectivamente. De acordo com protocolo validado por fabricante para Anatomia Patologia, avaliou-se a imunexpressão do PD-L1 com o anticorpo 22C3 da Dako e compararam-se os resultados.

Resultados: Em 10% dos casos, ocorreram simultaneamente mutações no gene EGFR ou rearranjos no genes ALK / ROS1, juntamente com a imunexpressão de PD-L1, compreendendo 13 casos com mutação no gene EGFR e 4 casos com rearranjos nos genes ALK ou ROS1.

Conclusão: Com base em estudos pré-clínicos, inibidores da via ERK, inibidores de PD-L1/PD-1 ou estratégias de combinação devem ser considerados para ultrapassar a resistência aos TKIs e melhorar os resultados em doentes com cancro do pulmão, sendo importante compreender a heterogeneidade dos tumores com mutação do gene EGFR para identificar o benefício e o momento do uso das terapias com PD-L1.

PC 069

CARCINOMA ADENÓIDE QUÍSTICO PULMONAR E DA TRAQUEIA: REVISÃO DE 8 CASOS

Autor do trabalho:

ANA MAGALHAES

Hospital de Santa Marta - CHULC

Co-Autores do trabalho:

INÊS MOREIRA; EDUARDO DUTRA; ANA RITA COSTA; JOÃO EURICO REIS; SARA ALFARROBA; ALEXANDRA BORBA; PAULO CALVINHO; JOÃO CARDOSO

Palavras-chave: CARCINOMA ADENÓIDE QUÍSTICO, CANCRO DO PULMÃO, CIRURGIA TORÁCICA

Introdução: O carcinoma adenóide quístico é um tipo de tumor das glândulas salivares que se caracteriza pelo seu crescimento indolente e tendência para recidivar. É um tipo raro de neoplasia primária do pulmão e traqueia e, como tal, há escassez de normas orientadoras para a abordagem destes doentes.

Objetivos e métodos: Caracterizar os doentes com carcinoma adenóide quístico primário do pulmão e traqueia seguidos no nosso centro hospitalar de 2007 a 2018. Para tal, foram revistos os processos clínicos dos doentes com este diagnóstico no período mencionado.

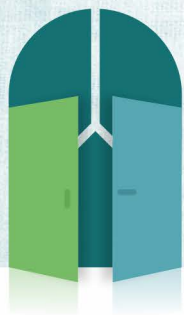
Resultados: Foram identificados 8 casos de carcinoma adenóide quístico primário do pulmão e traqueia. Os doentes tinham uma média de idades de 67 anos à data do diagnóstico, 6 (75%) eram do sexo feminino e 2 eram fumadores. A apresentação clínica foi de tosse, dispneia e pieira na maioria dos casos (5 doentes), em um caso a doença manifestou-se como pneumonia obstrutiva e em 2 doentes foram identificados nódulos do pulmão em TC torácicas realizadas por outros motivos. 4 das lesões eram no pulmão esquerdo, 2 no direito e 2 eram neoplasias traqueais. Para além dos tumores traqueais havia invasão endobrônquica em 3 dos outros casos. À data do diagnóstico a maioria dos doentes apresentava doença localizada, houve apenas um caso de doença N1 por adenopatia hilar (estadio IIb) e um estadio IV por metastização óssea.

Foram submetidos a tratamento cirúrgico com intuito curativo 5 doentes (1 pneumectomia esquerda, 1 bilobectomia inferior, 2 ressecções pulmonares atípicas (RPA) e 1 excisão segmentar da traqueia). Um doente com neoplasia primária da traqueia não reunia condições para tratamento cirúrgico pelo que foi feita desobstrução brônquica com intuito paliativo seguida de radioterapia. O doente em estadio IV fez quimioterapia (QT) com vinorelbina com progressão em 9 meses.

Todos os doentes submetidos a tratamento cirúrgico tiveram recidiva pulmonar da neoplasia num período médio de 24 meses. 3 destes foram re-operados (metastastectomia por RPA) e 2 foram submetidos a QT com vinorelbina.

O tempo médio de seguimento foi de 5 anos (excluiu-se um doente com morte por causa não relacionada antes de iniciar tratamento). Faleceram 2 doentes, um com apresentação inicial em estadio IV após 2 anos de seguimento e outro em estadio IIb aos 3 anos.

Conclusão: A análise da nossa população mostrou uma média de idades mais alta em relação a outros estudos mas é concordante no que diz respeito à apresentação clínica mais comum sob a forma sintomas



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

obstrutivos e às elevadas taxas de recidiva após cirurgia. Dada a limitação da quimio e radioterapia a cirurgia constitui a melhor opção terapêutica, pelo que, em doentes elegíveis, deve ser privilegiada mesmo nos casos de recidiva. São tumores raros que precisam de uma análise multicêntrica para aferir com mais acuidade linhas terapêuticas orientadoras no futuro.

PC 070

TUMORES CARCINOIDES DO PULMÃO OPERADOS - ANÁLISE DE 2005-2018 DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Autor do trabalho:

LEONOR ALMEIDA

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário São João

Co-Autores do trabalho:

CECÍLIA PACHECO; DAVID ARAÚJO; VANESSA SANTOS; HÉLDER NOVAIS BASTOS; GABRIELA FERNANDES; ADRIANA MAGALHÃES; VENCESLAU HESPANHOL; SUSANA GUIMARÃES; CONCEIÇÃO SOUTO-MOURA; JOÃO MACIEL; PEDRO TEIXEIRA BASTOS; HENRIQUE QUEIROGA

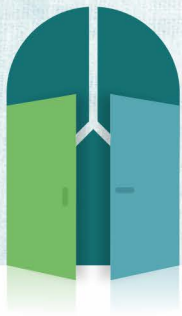
Palavras-chave: TUMORES CARCINOIDES, TUMORES NEUROENDOCRINOS

Introdução: Os tumores neuroendócrinos bem diferenciados do pulmão, mais comumente designados como tumores carcinoides, representam 1-2% das neoplasias pulmonares primárias e comportam-se habitualmente de forma indolente.

A distinção histológica entre tumor carcinoide típico (ou tumor neuroendócrino bem diferenciado de baixo grau) e atípico (ou tumor neuroendócrino bem diferenciado de grau intermédio) só pode ser realizada adequadamente na peça cirúrgica.

Métodos: Análise retrospectiva de todos os casos de tumores carcinoides do pulmão operados num hospital terciário entre 2005 e 2018.

Resultados: Foram incluídos 93 doentes, 59,1% do sexo feminino e com idade média ao diagnóstico de 58,3 anos (22-79). A maior parte dos doentes encontrava-se assintomático ao diagnóstico (56,5%), sendo que os sintomas mais frequentes foram a tosse e as hemoptises. A alteração imagiológica mais observada foi o nódulo (70.1%), seguida da massa pulmonar (18.4%) e da atelectasia (5.7%). Endoscopicamente, a maior parte dos doentes (52.4%) apresentava lesão endobrônquica, sendo a biópsia brônquica (BB) a amostra que mais frequentemente forneceu o diagnóstico (44%), seguida da biópsia transtorácica (BTT) guiada por TC (38.5%) e em 17,6% dos casos o diagnóstico apenas foi obtido com a peça cirúrgica. A abordagem cirúrgica mais frequente foi a lobectomia (71%). O diagnóstico final foi de tumor carcinoide típico em 67 doentes (72%), carcinoide atípico em 25 (26.9%) e em um doente (1.1%) não foi possível fazer uma diferenciação histológica. Em 3 doentes com carcinoide típico em BB/BTT, verificou-se na peça cirúrgica tratar-se de um carcinoide atípico, não se tendo verificado o inverso em nenhum doente. O estágio mais frequente foi o IA (59.1%), a maior parte dos doentes não apresentou invasão ganglionar (83.3%; N1 – 7.8%, N2 – 8.9%) e apresentou margens livres na peça cirúrgica (94.6%). Seis doentes (6.5%) apresentaram progressão com metastização extra-torácica com uma sobrevida livre de progressão (PFS) média de 4.1 anos (± 3.4), sendo a maioria do grupo dos carcinoides atípicos (n=4), sem invasão ganglionar (n=5) e com margens cirúrgicas livres (n=5). Quatro destes doentes estão atualmente sob terapêutica com análogos da somatostatina, apresentando sobrevidas globais entre os 2 e os 11 anos e PFS entre 1 e 9 anos. Até à data, foi verificado óbito em 8 doentes (8.6%), sendo que apenas em 2 a morte se relacionou com a doença neoplásica, tratando-se ambos os casos de tumores carcinoides atípicos.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

Conclusão: Os tumores neuroendócrinos bem diferenciados ou carcinoides diferem substancialmente das restantes neoplasias primárias do pulmão. O follow-up prolongado é importante, uma vez que se verificam progressões para além dos 5 anos do pós-operatório, independentemente no estadiamento; contudo, permanece uma neoplasia pulmonar de bom prognóstico.

PC 071

ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO QLQ-LC29 PARA A LÍNGUA E POPULAÇÃO PORTUGUESA

Autor do trabalho:

FILIPA AGUIAR

Hospital de Braga

Co-Autores do trabalho:

RAQUEL PEREIRA; MARIA JOÃO ARAÚJO; DIANA PIMENTA; DANIELA RODRIGUES; BEATRIZ FERNANDES; LURDES FERREIRA

Palavras-chave: QUALIDADE DE VIDA, NEOPLASIA PULMONAR

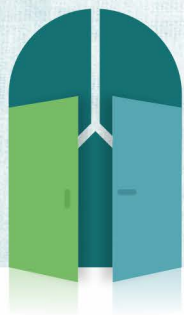
A neoplasia do pulmão(NP) é geralmente diagnosticada em estadios avançados e é a neoplasia a condicionar maior mortalidade. Os tratamentos para neoplasia pulmonar são comparados com base em taxas de resposta, sobrevivência livre de progressão e sobrevivência global, mas os efeitos secundários e o impacto na qualidade de vida são também pontos cruciais a ter em conta. Considerando a crescente importância da qualidade de vida(QoL), a European Organization for Research and Treatment of Cancer(EORTC) tem desenvolvido vários questionários de QoL, como o QLQ-C30, o instrumento de medição de QoL de doentes oncológicos mais utilizado. O primeiro questionário EORTC dirigido aos doentes com NP(QLQ-LC13) foi publicado em 1994, desde então presenciaram-se grandes avanços na área.

Reconhecendo os desenvolvimentos, o grupo de QoL da EORTC decidiu atualizar o QLQ-LC13 para a versão QLQ-LC29 em quatro fases. Na fase1 foi composta uma lista abrangente de questões de QoL consideradas relevantes para pacientes com NP. Na a fase2, as questões identificadas como relevantes inicialmente foram transformadas em itens de questionário de acordo com o formato EORTC-QLQ, que por sua vez foi refinado na fase3. Um total de 308 pacientes participou nas três fases do projeto. Atualmente o estudo está na etapaIV, destinada à validação das propriedades psicométricas.

O objetivo deste estudo foi adaptar o QLQ-LC29 para a língua e população portuguesa.

Trata-se de um estudo prospetivo realizado em cooperação com a unidade de tradução EORTC. Foram cumpridas as diretrizes de tradução da EORTC, envolvendo a tradução para a língua portuguesa e a uniformização com o portefólio Português da EORTC. O questionário final foi distribuído a uma população com neoplasia pulmonar. Todos os pacientes podiam ler e responderam o questionário autonomamente. No final, os participantes foram questionados sobre possíveis problemas para cada questão.

Participaram neste estudo 10 participantes, 5 do género feminino, com idade mediana de 56,5anos (50-70anos). Apresentavam os diagnósticos de adenocarcinoma pulmonar (n=5), carcinoma pulmonar de pequenas células (n=2), carcinoma epidermoide do pulmão (n=1), carcinoma neuroendócrino de grandes células (n=1) e tumor carcinóide típico (n=1). Metade dos casos (n=5) estavam em estágios avançados (>IIIA). 2 participantes encontravam-se na terceira linha de tratamento, enquanto a maioria do restante (n=7) estava na primeira linha de tratamento. 8 doentes realizavam quimioterapia (em 3 casos como terapia adjuvante) e 1 paciente realizava imunoterapia. 3 pacientes tinham sido submetidos a



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

tratamento cirúrgico. A radioterapia foi incluída no tratamento de 2 pacientes (em um caso como adjuvante).

Os participantes responderam a 100% do questionário e não reportaram nenhum problema relacionado com a dificuldade, o entendimento das questões ou à escolha das palavras. Dois doentes questionaram a resposta da pergunta⁵⁴, na medida em que estavam a aumentar de peso, mas estes tinham respondido adequadamente.

A população incluída no estudo foi diversificada na idade, sexo, histologia, estadió e tratamentos, reforçando o valor dessa adaptação. Os participantes reportaram um excelente feedback relativamente à compreensão e aplicabilidade do questionário, não sendo necessárias modificações. Este foi o primeiro passo para a aplicação deste valioso instrumento de medição da QoL dos doentes portugueses com NP.

PC 072

METASTIZAÇÃO CARDÍACA DE NEOPLASIA DO PULMÃO – UM DIAGNÓSTICO RARO MAS NEFASTO

Autor do trabalho:

PEDRO GARCIA BRÁS

Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Co-Autores do trabalho:

BRUNO MENDES; CARLOS FIGUEIREDO; LUÍSA MOURA BRANCO; ALEXANDRA CASTELO; VERA VAZ FERREIRA; ANA TERESA TIMÓTEO; ANA GALRINHO; RUI CRUZ FERREIRA

Palavras-chave: CANCRO DO PULMÃO, METASTIZAÇÃO, METASTIZAÇÃO CARDÍACA, ECOCARDIOGRAFIA

Introdução: Embora o carcinoma do pulmão seja a neoplasia mais comum no mundo, a metastização cardíaca raramente é descrita na literatura.

Na maioria dos casos, a metastização cardíaca é silenciosa e está associada a um prognóstico reservado. Mesmo quando presentes, os sintomas podem ser mascarados pelas manifestações clínicas da neoplasia do pulmão avançada.

A ecocardiografia é o exame de imagem de escolha e o ecocardiograma transesofágico (ETE) garante melhor visualização das aurículas e dos grandes vasos do que o ecocardiograma transtorácico (ETT), tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM).

Objectivo: Revisão dos doentes com neoplasia do pulmão e metastização cardíaca detectada por ETT ou ETE, entre 1997 e 2019, num centro terciário.

Métodos: Análise retrospectiva de dados clínicos dos ficheiros digitais, dados ecocardiográficos de localização e morfologia de metástases cardíacas, localização e dimensões de neoplasia do pulmão (em TC), resultados de histologia e outcomes de sobrevida.

Resultados: Foram diagnosticados um total de 4 doentes com metastização cardíaca: 3 casos de neoplasia primária do pulmão e 1 caso de carcinoma vesical com metastização pulmonar.

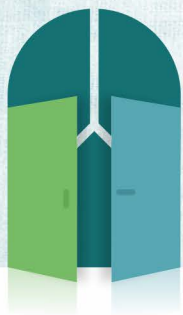
A idade média dos doentes à data do diagnóstico foi de 66±11 anos, 75% género masculino, todos com antecedentes importantes de tabagismo (75±18 unidades maço-ano).

Os sintomas mais frequentes à apresentação foram tosse persistente, dor torácica ou perda ponderal. Não se registaram arritmias significativas, sintomas de insuficiência cardíaca ou de obstrução valvular.

O tipo histológico mais comum de neoplasia primária do pulmão foi adenocarcinoma (2 casos) e carcinoma pavimento-celular (1 caso), localizados no hilo esquerdo, lobo superior esquerdo e lobo inferior esquerdo, respectivamente.

As dimensões médias da neoplasia do pulmão (em TC) foram de 59±23 x 63±49 x 55±37mm.

As localizações mais frequentes de invasão cardíaca foram o pericárdio (2 doentes, por extensão directa do pulmão adjacente) e a aurícula esquerda (2 doentes, por invasão transvenosa através da veia pulmonar superior esquerda), com dimensões médias de 23±4 x 30±3 mm no ETT ou ETE. 75% dos doentes tinham fracção de ejeção do ventrículo esquerdo preservada e 75% tinha derrame pericárdico ligeiro. 1 doente tinha derrame pericárdico grave (33 mm) com compromisso hemodinâmico.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

Concomitantemente verificou-se à apresentação envolvimento ganglionar e metastização à distância na maioria dos doentes, nomeadamente 2 casos no sistema nervoso central, 2 casos de invasão ganglionar mediastínica e 1 caso de metastização pulmonar contralateral.

Relativamente ao tratamento instituído, apenas 1 doente foi submetido a cirurgia de ressecção pulmonar, 2 doentes a quimioterapia e 1 doente a radioterapia.

Foi registada uma taxa de mortalidade de 75% (o doente remanescente tinha diagnóstico recente de neoplasia do pulmão estadio IV), com um tempo mediano até à mortalidade de 7 meses (mínimo 24 dias, máximo 23 meses).

Conclusão: É necessário alto grau de suspeita clínica para a metastização cardíaca e a ecocardiografia tem um papel preponderante no seu diagnóstico.

A metastização cardíaca é uma causa rara de morbilidade e mortalidade nos doentes com neoplasia do pulmão e geralmente reflecte doença generalizada. Apesar da constante evolução a nível diagnóstico e terapêutico, o prognóstico permanece desfavorável.

PC 073

LENT SCORE NA AVALIAÇÃO PROGNÓSTICA NO DERRAME PLEURAL MALIGNO – O IMPACTO DA TERAPÊUTICA COM TKIS

Autor do trabalho:

SOFIA SOUSA

Serviço Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

JOÃO CALDEIRA; MARIANA CONCEIÇÃO; ANGELA CUNHA; ANA FIGUEIREDO; FERNANDO BARATA

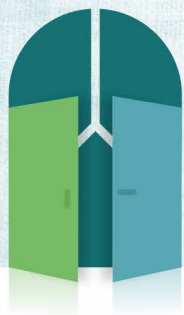
Palavras-chave: DERRAME PLEURAL MALIGNO, LENT SCORE, ADENOCARCINOMA

Introdução: O LENT score foi desenvolvido como um sistema de estratificação de risco para prever a sobrevivência dos doentes com derrame pleural maligno (DPM), calculado com base na LDH do líquido pleural, ECOG PS, ratio neutrófilo-linfócito sérico e tipo de tumor. No entanto, após a descoberta de marcadores moleculares e uma nova era de terapêutica personalizada, a estimativa prognóstica tornou-se um exercício desafiador.

Objetivos: Avaliar o desempenho do LENT score na previsão do prognóstico em doentes com DPM por adenocarcinoma de pulmão.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com DPM acompanhados no Serviço de Pneumologia de 2008 a 2018. A pontuação no LENT score (L=LDH do líquido pleural, E= ECOG PS, N=ratio neutrófilo-linfócito sérico e T=tipo de tumor) foi calculada à data de diagnóstico do DPM e os doentes classificados em grupo de risco. A sobrevivência foi considerada desde a data de diagnóstico do DPM até à data de óbito ou à data da última consulta.

Resultados: Foram identificados um total de 152 doentes com DPM secundário a adenocarcinoma do pulmão, mas no entanto só foi possível obter toda a informação analítica necessária em 42 doentes (idade média de $76,4 \pm 12,6$ anos, 52% do sexo feminino). Destes, 28,6% exibiam mutação do gene EGFR ou translocação do gene ALK e receberam terapêutica com inibidores tirosina cinase (TKi), em contraste com 71,4% de doentes sem identificação de factores mutacionais e que receberam terapêutica com QT. No grupo de doentes sem identificação de factores mutacionais, o LENT score médio foi de 4 (3-6) e a sobrevivência global de 77 (1-33116) dias. Cerca de 33,3% destes doentes foram classificados como de alto risco e 66,7% de moderado risco, apresentando uma sobrevivência global de 37,5 (8-474) e 109 (1-33116) dias, respectivamente, semelhante ao relatado na literatura de 44 e 134 dias. No sub-grupo de doentes que receberam terapêutica com TKIs, o LENT score médio foi de 3 (2-6), a sobrevivência global de 430 (27-4243) dias, sendo que 7 doentes ainda se encontram vivos à data de corte e com uma sobrevivência mediana de 529 (197-1726) dias. Destes doentes, cerca de 25% foram classificados como de alto risco e 75% de moderado risco, apresentando uma sobrevivência global de 238 (27-529) e 1033 (177-4270) dias, respectivamente, muito superior ao relatado de 44 e 134 dias. Todos os grupos de risco dos doentes que receberam terapêutica com TKIs apresentaram uma sobrevivência maior que os doentes que receberam terapêutica com QT convencional ($p<0,05$).



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

Conclusão: A sobrevivência global nos doentes com DPM por adenocarcinoma do pulmão foi semelhante à prevista pelo LENT score, com a excepção do grupo de doentes portadores de mutação do gene EGFR ou translocação do gene ALK. Neste subgrupo, o LENT score parece subestimar o prognóstico dos doentes. Apesar deste estudo apresentar limitações quanto ao tamanho da amostra, revela algumas limitações do LENT score, demonstrando que precisa de ser revisto e revalidado com vista aos recentes avanços terapêuticos.

PC 074

AValiação DA RELAÇÃO INICIAL N/L E SOBREVIVÊNCIA EM DOENTES TRATADOS COM IMUNOTERAPIA NO CANCRO DO PULMÃO

Autor do trabalho:**MARGARIDA BARATA**

Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

Co-Autores do trabalho:**GABRIELA SANTOS; FERNANDO MENEZES; MIGUEL LOPES; DOLORES CANÁRIO; JOSÉ DUARTE**

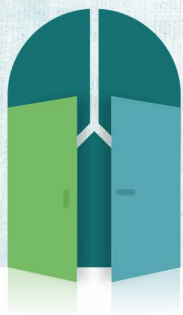
Palavras-chave: NEOPLASIA DO PULMÃO, IMUNOTERAPIA

A resposta inflamatória sistémica caracteriza-se por alterações ao nível do sangue periférico. O ratio neutrófilo/linfócito é um marcador geral de resposta imune em diferentes situações de stress, tendo vindo a mostrar relação entre o quociente e a evolução dos doentes tratados com imunoterapia, enfatizando a importância da inflamação nestes doentes. O objectivo deste estudo é avaliar esta relação na prática clínica diária.

Foram avaliados retrospectivamente doentes com neoplasia do pulmão que receberam imunoterapia como 1ª linha ou sucessiva, entre 2016 e 2018. Os dados foram colhidos da história clínica com atenção aos valores basais de neutrófilos e linfócitos, resposta à terapêutica e sobrevivência, definida desde o início do tratamento, até à data da morte.

Foram incluídos quarenta e três doentes (40 homens, idade média 64 ± 10 anos), que receberam pelo menos um ciclo de imunoterapia. As histologias predominantes foram o Adenocarcinoma (5%) e o Carcinoma pavimento-celular (33%). Quatro (9%) doentes receberam imunoterapia como primeira linha, 26 (61%) foram medicados com Nivolumab, 15 (35%) com Pembrolizumab e 2 (5%) com Atezolizumab. A mediana de ciclos foi de 10 (1-63). Dois grupos foram estabelecidos de acordo com a relação N/L, um grupo $N/L \leq 5$ (baixo) e outro grupo $N/L > 5$ (alto). Um ratio N/L baixo foi encontrado em 35 (81%) doentes e um ratio alto em 8 (19%) dos doentes tratados. Dos 35 doentes com ratio baixo: 24 (69%) tiveram progressão de doença, 10 (29%) tiveram algum tipo de resposta e um doente teve degradação do PS. Entre os doentes com ratio N/L alto, 6 (75%) tiveram progressão de doença e 2 doentes tiveram resposta à terapêutica. Não existiram diferenças estatisticamente significativas na sobrevivência média do grupo com ratio N/L baixo (34 semanas) comparativamente com o grupo ratio N/L alto (39 semanas).

O ratio N/L tem sido identificado em estudos prévios como factor de mau prognóstico em doentes tratados com imunoterapia. Contrariamente ao encontrado na literatura, os nossos dados da prática clínica não revelaram uma diferença significativa na sobrevivência entre os dois grupos avaliados, sugerindo que outras variáveis poderão estar envolvidas.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 075

**LINFOMA EXTRANODAL DA ZONA MARGINAL DO PULMÃO –
UM DIAGNÓSTICO POUCO FREQUENTE**

Autor do trabalho:

PEDRO NOGUEIRA COSTA

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

TIAGO ALFARO; SARA FREITAS; JESSICA CEMLYN-JONES; ILDA FERREIRA

Palavras-chave: LINFOMA MALT BRÔNQUICO; LINFOMA B DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS; FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

Introdução: Os linfomas primários do pulmão são raros e em cerca de 70% dos casos tratam-se de linfomas extranodais da zona marginal, relacionados com o tecido linfoide associado à mucosa (MALT) brônquica. Os linfomas MALT com origem pulmonar apresentam uma incidência baixa, correspondendo a cerca de apenas 0.1% de todas as neoplasias pulmonares. Estudos relatam uma possível associação entre o desenvolvimento deste tipo de linfoma e um estado crónico de inflamação brônquica, apesar de não estar identificado um agente causal específico. Apresenta tipicamente uma evolução indolente, com a transformação da doença em formas secundárias de linfoma, como o linfoma B difuso de grandes células, a ocorrer numa minoria dos casos.

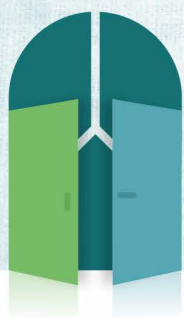
Caso clínico: Doente do sexo masculino, 65 anos, internado no Serviço de Pneumologia após recorrer ao Serviço de Urgência por agravamento marcado da sua dispneia de base. Negava alteração do seu padrão basal de tosse e expectoração, bem como febre ou toracalgia.

Como antecedentes pessoais, tratava-se de um doente com o diagnóstico de Fibrose Pulmonar Idiopática e enfisema pulmonar, seguido em consulta de Patologia do Interstício e sob pirfenidona desde 2017; em 2011 tinha sido submetido a intervenção cirúrgica por linfoma MALT brônquico (realizada lobectomia superior esquerda + linfadenectomia, sem realização de quimioterapia adjuvante). Ex-fumador desde 2011 (carga tabágica de 25 UMA), reformado (comercial de empresa de cerâmica), sob terapêutica com Brometo de Tiotrópio/Olodaterol, Pirfenidona, Deflazacorte, Esomeprazol e Ivabradina, oxigenoterapia de longa duração e de deambulação.

No decurso do internamento, para melhor esclarecimento da situação clínica, realizou TC torácica que, para além de extensas áreas de fibrose, bronquiectasias de tração e enfisema centrilobular, evidenciou múltiplas áreas de densificação parenquimatosa, bilateralmente, algumas delas nodulares, localizando-se a mais volumosa (55mm) no segmento médio-basal do lobo inferior direito. O estudo citológico do aspirado brônquico identificou células neoplásicas, compatíveis com linfoma de células B. Na PET-CT destacavam-se múltiplas densificações nodulares, bilaterais, intensamente hipermetabólicas, sendo a maior à direita, no lobo médio, com cerca de 125x85mm de maiores eixos. Observavam-se também alterações sugestivas de envolvimento linfomatoso gástrico, intestinal e cerebral.

Abordou-se uma das lesões nodulares à direita por biópsia transtorácica cuja histologia confirmou o diagnóstico de linfoma B difuso de células grandes. O doente foi então sujeito a quimioterapia com o esquema R-CHOP, observando-se boa resposta clínica aos seis meses.

Conclusão: Com este trabalho, pretende-se evidenciar um caso de evolução atípica de um envolvimento neoplásico pulmonar de baixa incidência. Realça-se que apesar de uma possível relação entre este diagnóstico e um estado inflamatório brônquico basal ser sugerida na literatura, será necessária, de futuro, investigação adicional sobre o aparecimento deste tipo de neoplasia, a sua história evolutiva e a sua relação com outras doenças do pulmão.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 076

RETIRADO

PC 077

O USO DO QUESTIONÁRIO STOP-BANG NOS DOENTES HIPERTENSOS

Autor do trabalho:

RAFAELA CABRAL

USF Viseu-Cidade - ACeS Dão Lafões

Co-Autores do trabalho:

GIL GONÇALVES; INÊS SANTOS; PAULA RODRIGUES; ANA RITA CUNHA;
RUI PEDRO LOUREIRO; JOSÉ VARANDA MARQUES; JOÃO FIGUEIRAL
FERREIRA; FILIPA NUNES RODRIGUES; ANABELA MADEIRA

Palavras-chave: HTA; SAOS; QUESTIONÁRIO STOP-BANG

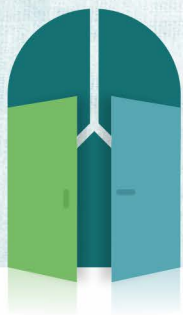
Introdução: A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) manifesta-se tipicamente por roncopatia marcada, hipersonolência diurna e apneias geralmente observadas por terceiros, estando frequentemente associada a hipertensão arterial (HTA) e obesidade. O exame goldstandard para o diagnóstico é a polissonografia, e o questionário com o acrónimo STOP-BANG (S - Ressonar; T - Cansaço diurno; O - Apneias observadas; P - Pressão arterial (PA) elevada; B - Índice de massa corporal (IMC) >35kg/m²; A - Idade >50 anos; N - Perímetro do pescoço (PP) > 43cm nos homens ou > 41cm nas mulheres; G - Género masculino) tem sido usado no rastreio destes doentes aumentando a probabilidade de diagnóstico. Este inquérito consiste em 8 perguntas facilmente realizadas e classificadas em respostas sim/não com classificação 1/0. O doente apresenta baixo risco de SAOS se pontuação ≤2 e elevado risco se ≥5.

Objetivo: Determinar o risco de SAOS, através da aplicação do questionário STOP-BANG, nos doentes seguidos em consulta de HTA numa Unidade de Saúde (US).

Métodos: Estudo observacional e descritivo. População: doentes seguidos em consulta de HTA da US durante o período estabelecido. Amostra de conveniência: doentes com HTA submetidos ao questionário STOP-BANG, sendo critério de exclusão diagnóstico de SAOS já estabelecido. Variáveis: género, idade, IMC, PA, PP, roncopatia, cansaço, apneias observadas, resultado do questionário, referência à Pneumologia e medicação anti-HTA. Os questionários foram aplicados durante 3 semanas e analisados em SPSS.

Resultados: De uma população de 95 doentes, obteve-se uma amostra de 89, com 6 excluídos por diagnóstico de SAOS já estabelecido. Verificou-se: 43,8% sexo masculino, 93,3% com idade > 50 anos e média de (±DP) 66,7±10,8 anos, 9% com IMC >35kg/m² e média de 23,19±12,3kg/m², 65,2% roncopatia, 11,2% cansaço, 11,2% apneias observadas, 100% com PA elevada e 22,5% PP aumentado. 21,3% (n=19) obtiveram resultado ≤2 e 14,6% (n=13) ≥5. Neste último grupo, 13 doentes apresentavam roncopatia, 5 cansaço, 7 apneias, 4 IMC >35Kg/m², 13 idade >50 anos, 9 com PP aumentado, 10 do género masculino, 7 foram referenciados à consulta de Patologia do Sono e 10 doentes utilizavam 2 ou mais fármacos anti-HTA. Não encontramos diferença no número de fármacos anti-HTA nos doentes de baixo risco no questionário STOP-BANG face aos doentes de alto risco, 2,05±0,78 vs 2,15±0,90, p=0,744.

Conclusões: Da população inicial, 6,3% apresentavam diagnóstico de SAOS com ventiloterapia instituída e 14,6% dos doentes, a quem foi aplicado o questionário STOP-BANG, alto risco de SAOS. Mais de metade destes



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

foram referenciados à consulta de Patologia do Sono, por pontuarem praticamente todas as características inquiridas, e maioritariamente eram do sexo masculino. A PA encontrava-se controlada na maior parte, devido à utilização de 2 ou mais fármacos. Este estudo apresenta como viés o tipo de amostragem e o período temporal limitado, o que fez com que a amostra final fosse constituída por uma maior percentagem de mulheres do que homens. Embora a relação entre HTA e SAOS esteja estabelecida, não encontramos relação entre o número de fármacos anti-HTA e maior risco de SAOS pelo questionário STOP-BANG.

PC 078

MECANISMOS CELULARES E MOLECULARES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Autores do trabalho

BÁRBARA SANTOS; LAETITIA GASPAR

(1) CNC - Centro de Neurociências e Biologia Celular, Universidade de Coimbra; (2) CIBB- Centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia, Universidade de Coimbra; (3) Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra; (4) Instituto de Investigação Interdisciplinar, Universidade de Coimbra; Coimbra, Portugal

Co-Autores do trabalho:

ANA SANTOS-CARVALHO; SARA CARMO-SILVA; CLARA SANTOS; FÁTIMA TEIXEIRA; JOAQUIM MOITA; CLÁUDIA CAVADAS; ANA RITA ÁLVARO

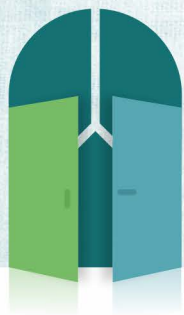
Palavras-chave: SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO; ENVELHECIMENTO; INSTABILIDADE GENÓMICA; PERDA DE PROTEOSTASE; ENCURTAMENTO DOS TELÓMEROS

Introdução: A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é uma das perturbações do sono mais comuns e a sua prevalência continua a aumentar. Ainda assim, 80-90 % destes casos não são diagnosticados e, não tratada, a SAOS tem sido associada a diminuição na capacidade funcional, maior predisposição para o desenvolvimento de doenças e maior mortalidade. O declínio funcional e fisiológico observado é comum ao processo de envelhecimento, no entanto, indivíduos com SAOS mostram evidências dos mesmos precocemente. A SAOS poderá promover/agravar o processo de envelhecimento ao induzir mecanismos celulares e moleculares associados. Compreender o impacto da SAOS no envelhecimento poderá não só promover estratégias para o diagnóstico e tratamento desta doença mas também abrandar o envelhecimento.

Objetivos: Investigar se doentes com SAOS desenvolvem alterações celulares e moleculares características do processo de envelhecimento e qual o impacto do tratamento da SAOS.

Métodos: Uma coorte de 6 doentes portugueses do sexo masculino [idade: 53 ± 4 anos; BMI: $32,1 \pm 2,5$] diagnosticados por polissonografia (PSG) (t0) com SAOS severa [$60,9 \pm 12$ apneias/hipopneias por hora - IAH] foram acompanhados até 4 meses (t4M) e 2 anos (t24M) de tratamento com pressão positiva continuada (CPAP). Em cada fase do estudo (t0, t4M e t24M) foram recolhidas amostras de sangue para isolamento de células mononucleares. Nestas, características do processo de envelhecimento foram avaliadas, nomeadamente, instabilidade genómica (níveis das proteínas fosforiladas γ H2AX, Chk1 e Chk2), perda de proteostase (níveis de mRNA e proteínas envolvidas no processo de autofagia e ubiquitinação) e encurtamento dos telómeros. Os resultados foram comparados com indivíduos controlo [idade: 47 ± 7 anos; IMC: $25,6 \pm 0,5$; IAH: $4,7 \pm 0,8$], cuja condição foi validada por PSG, e indivíduos mais jovens [idade: 24 ± 2 anos; IMC: $23,5 \pm 2,8$]. Este estudo foi aprovado pelas comissões de ética da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra e Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Resultados: Doentes com SAOS mostram níveis aumentados da proteína fosforilada Chk1 em t0 e t4M, em comparação com indivíduos controlo ($p < 0,05$), um efeito não observado em t24M. Relativamente à perda de proteostase, doentes com SAOS mostram uma tendência para diminuição



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

dos níveis de beclina-1 em t0 e t4M, que aumentam em t24M ($p<0,05$). Pelo contrário, os níveis de mRNA mostram uma sobre-expressão de genes que codificam para a Beclina-1, p62 e mTOR em doentes em t24M, em comparação com t0 e controlos ($p<0,05$). Os telómeros dos doentes apresentam um comprimento inferior em relação aos controlos ($p<0,05$) e não alteram com o tratamento.

Conclusão: Estes resultados sugerem que a SAOS promove/agrava mecanismos celulares e moleculares do processo de envelhecimento. A SAOS induz instabilidade genómica, evidenciada pelos níveis aumentados de Chk1 fosforilada, uma resposta a danos no ADN. A autofagia é também comprometida uma vez que a Beclina-1 é crucial na formação de autofagossomas. O tratamento a curto prazo não é suficiente para reverter as consequências da SAOS e a longo prazo poderá reverter parcialmente algumas alterações. A redução dos telómeros poderá ser irreversível. Esta relação bidirecional entre SAOS e envelhecimento reforça o impacto da SAOS não tratada e a importância de um sono saudável.

PC 079

AValiação DA TERAPIA COM NIGHT SHIFT NO TRATAMENTO DA SAOS POSICIONAL

Autor do trabalho:

MARIA JOSÉ GUIMARÃES

Hospital da Luz Guimarães

Palavras-chave: NIGHT-SHIFT, SOS POSICIONAL

A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é uma doença respiratória de elevada prevalência.

No subgrupo de doentes com SAOS posicional (POSA) a terapia posicional, surge como uma opção terapêutica.

Os objetivos deste trabalho foram avaliar o papel dos dispositivos eletrónicos de terapia posicional Night-Shift® no tratamento da SAOS Posicional nos doentes com este diagnóstico confirmado.

Métodos: Estudo epidemiológico prospetivo de doentes com POSA a quem foi prescrita a terapia posicional com Night-Shift® (entre 1 e 6 meses de terapia) em doentes seguidos na consulta Medicina do Sono. Foram incluídos 29 doentes, com dispositivos eletrónicos vibratórios de colocação na região cervical posterior, com algoritmo de deteção de posição e eficiência do sono (Night-Shift®).

Os dispositivos têm o algoritmo validado³.

Os doentes realizaram polissonografia nível 2 com o equipamento Alice PDx tm (Philips®), que foram estadiadas manualmente por técnicas experientes.

Nos doentes com POSA, e com indicação clínica para tratamento, foi proposta a terapia posicional, entre outras, nomeadamente: PAP ou dispositivos de avanço mandibular.

A totalidade dos doentes aceitou experimentar durante 1 mês a terapia posicional com Night-Shift®, mas 6 doentes não voltaram à consulta de reavaliação e não foram incluídos.

Os doentes foram reavaliados com consulta de Medicina do Sono com leitura do software e avaliação da qualidade do sono pelo questionário de Pittsburgh

As reavaliações foram feitas aos 1, 3 e 6 meses.

Resultados: Foram avaliados 23 doentes, 13 homens e 10 mulheres, com média de idade de 50.7 anos ($\pm 13,4$). O RDI na polissonografia foi em média de 22 /hora (± 12), com IAH no decúbito dorsal em média 40.9/ hora ($14 \pm$).

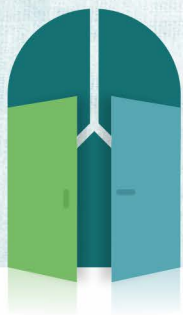
A prevalência da posição de supina foi de 50.6% ($\pm 20,5$).

A avaliação Clínica foi feita no primeiro mês em todos os doentes, aos 3 meses em 13 doentes e aos 6 meses em 8 doentes, com aplicação dos questionários de Pittsburgh e Escala de Sonolência de Epworth (EE).

Na avaliação Clínica dos doentes a EE inicial foi em média de 11.4 ($\pm 5,4$) e após o uso de Night-Shift® 2.7 ($\pm 0,8$).

74 % dos doentes referiu ter boa qualidade do sono e o software do dispositivo mostrou uma média de 84.4% de eficiência do sono pela escala de WASO.

Obtivemos uma boa adaptação em 14 doentes (61%) e 9 abandonaram a terapia, ou passaram para APAP (1 doente). Constaram-se diferenças entre a eficiência do sono avaliada pelo dispositivo e a avaliada no questionário de Pittsburgh.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

Verificamos como particularidades que nos doentes que trabalham por turnos há um reconhecimento do benefício da terapia mas a sonolência diurna avaliada pela EE mantém-se igual antes e após terapia.

Conclusões: Nos doentes com diagnóstico confirmado de SAOS posicional é de considerar o recurso a terapias posicionais.

Neste estudo o Night-Shift® foi considerado pelos doente como capaz de evitar corretamente a posição de decúbito dorsal durante o sono, o que acompanhado por consulta médica específica, permitiu perceber ainda a sua influência na eficiência do sono.

São necessários ainda mais estudos, de preferência a longo prazo para confirmar os dados aqui revelados.

PC 080

COMPARAÇÃO DA PRECISÃO E USABILIDADE DE 2 DISPOSITIVOS DE MONITORIZAÇÃO AMBULATÓRIA – ALICE PDX VERSUS ALICE NIGHTONE

Autor do trabalho:

JOANA GOMES

Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Co-Autores do trabalho:

PAULA PINTO; VÂNIA ALMEIDA; J. CHAVES CAMINHA

Palavras-chave: PATOLOGIA DO SONO, DIAGNÓSTICO, MONITORIZAÇÃO AMBULATÓRIA

Objetivo: Avaliar a precisão e usabilidade do dispositivo de monitorização ambulatória Alice NightOne comparado com outro dispositivo portátil (Alice PDX) e a capacidade do Alice Night One ser utilizado como mais uma ferramenta diagnóstica, sendo que é mais fácil de utilizar que o AlicePDX, dado que envolve menos sensores e o método de colocação é mais simples.

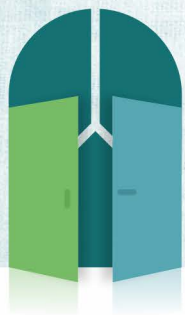
Métodos: Estudo observacional em trinta e três doentes da consulta de sono com necessidade de realização de estudo de sono diagnóstico. Uma vez incluídos no estudo os pacientes realizaram 2 exames diagnósticos em 2 noites consecutivas (primeira noite – Alice PDX, segunda noite – Alice NightOne), após receberem instruções de funcionamento e colocação de ambos os equipamentos, tendo realizado os mesmos no seu domicílio. Após o término destes estudos, ambos foram classificados centralmente.

Medidas e Resultados: Medidas de sensibilidade e especificidade e análise de correlação. Comparações de sensibilidade e especificidade foram plotadas graficamente usando características de análise da curva ROC. Análise de correlação realizada utilizando coeficientes de correlação de Pearson e comparação entre os vários tipos de eventos respiratórios classificados.

Dos 33 pacientes inicialmente recrutados, só foram considerados 31, pois apenas estes apresentavam resultados analisáveis de ambos os dispositivos. Dados demográficos: 5 mulheres e 26 homens, com média de idades de 50,55 anos e média de IMC de 31,66 kg/m² (20,3 – 43,8 kg/m²).

O Alice Night One esteve em concordância diagnóstica com o Alice PDX em 71% dos estudos. Em 10% dos estudos o Alice Night One subestimou o Índice de Apneia Hipopneia (IAH) e em 19% sobrestimou o IAH. Apesar da diferença na concordância diagnóstica, não se verificou diferença estatisticamente significativa na comparação do IAH entre equipamentos ($p=0.287$). Verificou-se também uma boa correlação intraclasse de 0,961 ($p < 0.001$) com um bias médio de 1,43/h.

Conclusão: Dos 33 pacientes incluídos no estudo, após as instruções, 31 foram capazes de configurar corretamente ambos os dispositivos portáteis no seu domicílio, sendo que o Alice Night One é considerado de mais fácil configuração. Apesar da diferença verificada na concordância diagnóstica não se verificaram diferenças significativas no IAH. Os resultados sugerem que o dispositivo de monitorização Alice NightOne é um dispositivo preciso na sua capacidade de deteção de eventos respiratórios durante o sono e de fácil utilização.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 081

AValiação de Doentes com Apneia Obstrutiva do Sono usando uma Aplicação Móvel – Estudo ESAMOBAPP

Autor do trabalho:

CATIA PEREIRA

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Departamento do Tórax

Co-Autores do trabalho:

TS MARQUES; P PINTO; J CARVALHO; C MARTINHO; J PEREIRA

Palavras-chave: SÍNDROME APNEIA SONO, ADESÃO, APLICAÇÃO MÓVEL

Introdução: A apneia obstrutiva do sono (AOS) está associada a várias complicações graves de saúde. A pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) é uma terapêutica eficaz para AOS, no entanto, a adesão dos doentes a este tratamento tem constituído um desafio para a comunidade médica. Na era tecnológica atual, são necessárias estratégias para melhorar a adesão. Testamos uma aplicação móvel desenvolvida para melhorar a adesão à terapêutica com CPAP.

Objetivo: Avaliar a adesão ao CPAP em doentes que poderiam aceder à aplicação móvel.

Métodos: Os doentes foram recrutados prospectivamente em dois centros nacionais de sono durante um período de quatro meses (setembro a dezembro de 2018). Os critérios de inclusão foram: adultos com AOS recém-diagnosticados e índice de apneia-hipopneia (IAH) ≥ 15 / h (AOS moderada / grave). Foram incluídos 50 doentes no estudo, tendo sido divididos em dois grupos com base no valor de corte de 50% de uso da aplicação móvel ($>$ ou <15 dias de uso / mês): grupo com Alto Uso de aplicação (AU) e o grupo com Baixo Uso da aplicação (BU), respetivamente. Após um mês de tratamento, foram avaliados os dados de adesão e foi aplicado um questionário de satisfação.

Resultados: Foram incluídos 26 doentes (52%) no grupo AU e 24 doentes (48%) no grupo BU. Ambos os grupos eram homogêneos em relação à idade, Índice de Massa Corporal, escala de Epworth e IAH. As mulheres apresentaram maior uso da aplicação ($p = 0,02$; Wilcoxon). Verificou-se uma adesão ao CPAP significativamente maior no grupo AU em comparação com o grupo BU (73% vs 25%; $p = 0,001$; Fischer). Verificou-se uma percentagem menor de doentes com IAH residual > 5 no grupo AU, comparativamente ao grupo BU (19% vs 29%), apesar da diferença não ser estatisticamente significativa. A adaptação ao tratamento com CPAP foi superior no grupo AU (85% vs 50%; $p = 0,01$; Fischer). 96% dos doentes do grupo AU consideraram a aplicação móvel útil e apenas 25% dos doentes do grupo BU consideraram-na desnecessária ($p = 0,04$; Fischer). 73% dos doentes consideraram que a aplicação móvel aumentou a autoconfiança no uso do CPAP ($p = 0,001$; Fischer). As fugas foram menores com o uso da aplicação, sem significância estatística. No grupo AU, 73% dos doentes aprenderam sobre AOS através do uso da aplicação.

Conclusões: O uso da aplicação para dispositivos móveis aumentou significativamente a adesão ao CPAP. A aplicação foi considerada útil, aumentou a autoconfiança e o conhecimento sobre a doença e o respetivo tratamento. A utilização da aplicação aumentou significativamente a adaptação do CPAP e pareceu ajudar a controlar fugas, contribuindo para um menor índice residual de apneia-hipopneia.

PC 082

DA SUSPEITA AO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE APNEIA DO SONO – ANÁLISE DE DOENTES REFERENCIADOS A CONSULTA HOSPITALAR

Autor do trabalho:

MAFALDA BAPTISTA

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, Covilhã – Portugal

Co-Autores do trabalho:

MARIA SUCENA; MAFALDA VAN ZELLER; ANABELA MARINHO; MARGARIDA REDONDO; MARTA DRUMMOND

Palavras-chave: SÍNDROME DE APNEIA DO SONO; REFERENCIAÇÃO; CONSULTA HOSPITALAR; DIAGNÓSTICO.

Introdução: A Síndrome de Apneia do Sono (SAS) tem um elevado impacto na qualidade de vida, constituindo um motivo frequente e crescente de referenciação a consulta hospitalar, com tempos de espera muito elevados. Alguns sintomas e características do doente são sugestivos deste diagnóstico e motivam a referenciação.

Objetivos: Identificar as especialidades que referenciam doentes à Consulta de Patologia Respiratória do Sono (PRS) e determinar a percentagem de confirmação de SAS de acordo com a proveniência.

Métodos: Estudo prospetivo dos doentes observados na Consulta de PRS do Centro Hospitalar Universitário São João com suspeita de SAS, que realizaram Polissonografia nível 3 e questionários de sintomas, entre janeiro e junho de 2019.

Resultados: Foram analisados 380 doentes, com média de idade de 57 (± 13) anos e predomínio do sexo masculino (64,5%). O IMC médio foi 31,3 ($\pm 6,3$) Kg/m² e 55,3% tinha obesidade. Grande parte dos doentes apresentava outras comorbilidades, como hipertensão arterial (60%), dislipidemia (44,2%) e diabetes mellitus (22,1%).

A maioria dos doentes referia roncopatia (67,5%), para além de pausas assistidas ou gasping e nictúria (38,2% cada). O score médio da Escala de Sonolência de Epworth foi baixo ($8,4 \pm 5,4$).

Foi confirmada SAS em 328 doentes (86,3%), sendo que mais de metade apresentava SAS moderada a grave (60,7%) e iniciou tratamento com pressão positiva (53,7%).

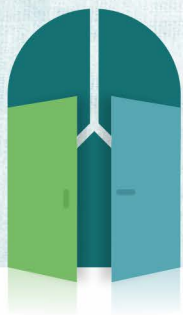
A referenciação foi feita principalmente pela Medicina Geral e Familiar (MGF) com 30,3%, seguida de Otorrinolaringologia (ORL) com 16,1%, Medicina Interna (10,5%) e Neurologia (9,2%).

Dos doentes referenciados pela Pneumologia, 91,7% teve confirmação da suspeita clínica. Também foi confirmada SAS em 88,7% dos casos enviados pela MGF, 87,5% da Medicina Interna e 86,9% da ORL.

Quanto à gravidade, MGF apresentou a maior percentagem de casos de SAS moderada a grave (62,6%), seguindo-se a Pneumologia (58,3%) e ORL (55,8%).

Mais de metade dos doentes enviados da Pneumologia, Medicina Interna e MGF, iniciou tratamento com pressão positiva (66,7%, 55% e 51,3%, respetivamente), principalmente com auto-CPAP.

Conclusão: A elevada percentagem de confirmação da suspeita de SAS sugere uma adequada referenciação à consulta de PRS pela maioria das especialidades.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

Para além disso, uma boa parte dos casos revelou SAS moderada a grave com necessidade de iniciar tratamento, sendo por isso indicada a sua avaliação em consulta hospitalar.

Este trabalho confirma a MGF como principal origem destes doentes, revelando uma boa tendência nos critérios usados para referência, devido à quantidade de diagnósticos confirmados e gravidade dos casos enviados.

PC 083

ESTRATÉGIAS CHAVE DE ADAPTAÇÃO À VENTILOTERAPIA DE ACORDO COM PERFIS E BARREIRAS DOS INDIVÍDUOS COM SAOS: A REALIDADE DOMICILIÁRIA

Autores do trabalho:

CARINA MOURA; CÁTIA CANEIRAS

Divisão Médica, Nippon Gases Portugal

Co-Autores do trabalho:

PAULA ARAÚJO ; FÁTIMA FRAGOSO ; PAULO MENDES ; ROSA FONSECA ; TERESA MAGALHÃES ; CÁTIA ESTEVES; SALVADOR DIAZ-LOBATO

Palavras-chave: CPAP, BARREIRAS, CONFORTO, CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS, PERSONALIZAÇÃO, COMPORTAMENTO

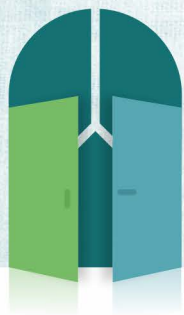
Introdução: A Síndrome de Apneia/Hipopneia Obstrutiva do Sono caracteriza-se por uma obstrução parcial ou completa, das vias aéreas superiores durante o sono. A SAOS é mais comum em homens obesos mas também afeta mulheres que apresentam alguns fatores de risco maior. Sabendo que uma boa adesão e adaptação é preponderante para atingir a eficácia terapêutica são muitos os obstáculos apresentados pelos indivíduos com SAOS na adaptação à terapia.

Objetivo: O objetivo principal deste estudo é identificar e sistematizar os principais perfis e barreiras apresentadas pelos doentes com SAOS portugueses no momento da adaptação à ventiloterapia e as principais estratégias apresentadas pelos profissionais de saúde para facilitar a adaptação e adesão à terapêutica.

Métodos: Estudo prospetivo e observacional, realizado entre Janeiro e Agosto de 2019. A análise é baseada na recolha dos principais perfis e objeções apresentadas por indivíduos durante a adaptação à terapia de Auto-CPAP no ambiente domiciliário e principais estratégias utilizadas para potenciar a adesão terapêutica. Foram estratificados os perfis mais frequentes, distinguido sexo feminino, masculino, população ativa, população não ativa, companheira/o de cama ou dorme sozinha/o, condutora/o ou não. Apresentamos qual/quais a/s estratégia/s chave do profissional de saúde CRD com base no foco motivacional.

Resultados: Verifica-se que muitas das objeções apresentadas são transversais entre grupos, existem várias objeções comuns aos doentes do mesmo grupo/perfil. A população feminina e ativa apresenta uma maior resistência à adaptação e consequente menor adesão terapêutica, mesmo com estratégia chave personalizada delineada pelo profissional de saúde CRD. Identificam-se 2 momentos importantes de reforço positivo e/ou re-avaliação estratégica, nomeadamente 1 semana após a adaptação e 1 mês após a adaptação, momentos nos quais a intervenção para que o doente tenha o maior conforto possível contribui significativamente para potenciar a adesão e a eficácia do tratamento.

Conclusão: Uma adequada personalização e comunicação comportamental no momento de adaptação à terapêutica com A-CPAP/CPAP assume cada vez mais um papel preponderante nos indivíduos com SAOS, dado que são indivíduos maioritariamente com vida ativa. O sexo e quotidiano de cada indivíduo, assim como a idade, estado civil, profissão e sintomatologia são fatores a ter em conta de forma a adotar uma estratégia personalizada.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 084

ALTERAÇÃO DE TERAPIA DE AUTO-CPAP DE LONGA DURAÇÃO PARA CPAP EM INDIVÍDUOS COM EFICÁCIA TERAPÊUTICA: QUAL A INFLUÊNCIA NA ADESÃO?

Autores do trabalho:

PAULA ARAÚJO; CÁTIA CANEIRAS

Divisão Médica, Nippon Gases Portugal

Co-Autores do trabalho:

CARINA MOURA; FÁTIMA FRAGOSO; PAULO MENDES; ROSA FONSECA;
TERESA MAGALHÃES; CÁTIA MILENE ESTEVES; SALVADOR DIAZ
LOBATO

Palavras-chave: SAOS, CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS (CRD), AUTO-CPAP/CPAP, EFICÁCIA TERAPÊUTICA, ADESÃO À TERAPÊUTICA.

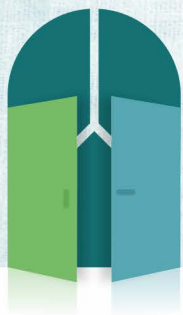
Introdução: A Síndrome de Apneia/Hipopneia Obstrutiva do Sono caracteriza-se por uma obstrução parcial ou completa, das vias aéreas superiores durante o sono. Em situações clínicas moderadas ou graves o gold standard do tratamento é o Auto-CPAP (Automatic Continuous Positive Airway Pressure), CPAP (Continuous Positive Airway pressure) ou Biníveis S ou Auto (Bi-level Positive Airway Pressure). Considera-se que existe adesão à ventiloterapia, se se verificar uma utilização superior a 4 horas num período superior a 70% das noites e eficácia terapêutica sempre que à melhoria clínica se associe um IAHresidual <5/h. Estes tratamentos são prestados a nível domiciliário por profissionais de saúde no âmbito dos Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD).

Objetivo: O objetivo principal do presente estudo é verificar a influência na adesão após alteração de terapia de Auto-CPAP para terapia de CPAP em doentes de longa duração (>2anos) que apresentavam eficácia terapêutica com tratamento por A-CPAP. O objetivo secundário é a correlação de outras variáveis relacionadas com o conforto do doente (fugas, alteração de interface).

Métodos: Estudo observacional, retrospectivo e longitudinal realizado entre 07/2018 e 07/2019 na zona norte de Portugal (distritos de Porto e Aveiro), tendo sido acompanhados 1123 indivíduos com terapia em modo ventilatório de Auto-CPAP. Todos estes indivíduos iniciaram terapia em modo Auto-CPAP para tratamento de distúrbios respiratórios do sono. A amostra cujos doentes realizavam terapia no mínimo há 2 anos consecutivos, com eficácia terapêutica, e que após consulta médica foi alterado o modo ventilatório para CPAP foi de 47 indivíduos (4%). Foram excluídos 13 indivíduos por terem tido outras alterações para além do modo terapêutico (adaptação de humidificador, alteração de interface, etc), pelo que a amostra final foi de 34 indivíduos.

Resultados: 34 indivíduos alteraram a terapia de A-CPAP para CPAP por eficácia terapêutica. 22 eram do sexo masculino (65%) e 12 do sexo feminino (35%). Os indivíduos apresentavam uma média de idades de 64 anos (± 8.6). A percentagem de desistência por inadaptação de terapia a CPAP foi de 11,8% (4/34). Os resultados dos indivíduos após 3 meses de terapia (n=30) foram: IAHresidual (eventos/h) em A-CPAP de 2,05 (± 1.7) e em CPAP 1,9 (± 2.1), a adesão à terapia (h) em APAP foi de 6,4 ($\pm 1,6$) e em CPAP de 6,1 ($\pm 1,4$), com %>4h em A-CPAP de 88,6 ($\pm 10,6$) e em CPAP de 88 ($\pm 15,1$). Relativamente às fugas (l/min) obtivemos em A-CPAP 15,4 ($\pm 7,8$) e em CPAP 22,5 (± 17).

Conclusão: Cerca de 90% dos doentes adaptou-se a CPAP, mantendo a adesão terapêutica e eficácia terapêutica. No entanto, apresentam valores de fugas mais elevadas, com impacto no conforto do doente, o que pode comprometer a terapia a longo prazo. O correto seguimento destes indivíduos, em especial em fases de modificação de terapia é fundamental.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 085

IMPORTÂNCIA DO TABAGISMO NO SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Autor do trabalho:

RITA COELHO SOARES ROSA

Hospital Egas Moniz, Lisboa

Co-Autores do trabalho:

MARGARIDA AGUIAR; RICARDO SÃO-JOÃO; TIAGO DIAS DOMINGUES;
AMÉLIA FELICIANO; VERA MARTINS; VÂNIA SACRAMENTO; SÍLVIA
RODRIGUES ; SOFIA FURTADOPalavras-chave: APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO; HÁBITOS TABÁGICOS;
SEXO MASCULINO; SCORE DE EPWORTH; T90.

Introdução: A obesidade e o tabagismo são fatores de risco para a presença de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). A importância do tabagismo no SAOS decorre da inflamação crônica da mucosa nasofaríngea associada ao tabaco, com consequente redução do calibre da via aérea superior, facilitando assim o seu colapso durante o sono.

Objetivos: Analisar o impacto dos hábitos tabágicos no diagnóstico e gravidade da apneia obstrutiva do sono numa população de doentes propostos para cirurgia bariátrica.

Métodos: Foram analisados os doentes observados em consulta de apneia do sono, já com estudo do sono realizado (nível I ou nível III), no Hospital Beatriz Ângelo de janeiro de 2017 a abril de 2019. Foram comparados os doentes sem hábitos tabágicos com os doentes com hábitos tabágicos (ativos ou pregressos) relativamente às suas características demográficas, antropométricas, clínicas (roncopatia e sonolência diurna excessiva), comorbilidades (HTA, diabetes e dislipidemia) e resultados polissonográficos/poligráficos (IAH, T90, IDO). Foi considerado um estudo positivo para apneia obstrutiva do sono com IAH ³ a 5, sendo classificado com ligeiro entre 5 e 15, moderado entre 15 e 30 e grave se superior a 30 e considerada a presença de sonolência diurna se score de Epworth > 10. Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para a comparaçã/o de variáveis contínuas, uma vez que as distribuições em apreço na/o sa/o normalmente distribuídas. Para as variáveis categóricas a comparaçã/o entre grupos foi realizada com recurso ao teste exato de Fisher.

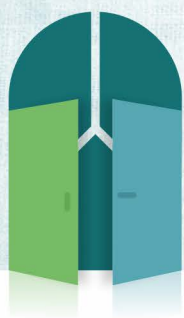
Resultados: Dos 131 doentes analisados, 87 corresponderam a doentes sem hábitos tabágicos (66,4%) e 44 com hábitos tabágicos ativos ou pregressos (33,6%), estes últimos com uma carga tabágica média de 19,6 UMA.

No grupo de doentes com hábitos tabágicos, verificou-se uma maior prevalência de doentes do sexo masculino (34,1% vs 14,9%; p=0,012), de sonolência diurna (38,6% vs 19,5%; p=0,019) e de um perímetro cervical médio superior ($42,89 \pm 3,88$ vs $41,05 \pm 3,95$; p=0,005). Apesar disso, não se verificou uma diferença estatisticamente significativa em termos de prevalência do diagnóstico de SAOS entre os dois grupos (86% vs 88%; p=0,908), independentemente da sua gravidade. No entanto, verificou-se um período superior de T90 ($19,78 \pm 27,14$ vs $6,20 \pm 13,71$) nos doentes com hábitos tabágicos, com significado estatístico (p=0,003).

Também não se objetivaram diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à presença de roncopatia (74,7% vs 79,5%; p=0,539), assim como da presença de comorbilidades como HTA (54,5% vs 48,3%;

p=0,498), diabetes (13,6% vs 17,2%; p=0,595) ou dislipidemia (36,4% vs 25,3%; p=0,187).

Conclusão: Apesar de se ter verificado um perímetro cervical médio superior, assim como uma prevalência superior de hipersonolência diurna nos doentes com hábitos tabágicos, não se objetivou uma diferença estatisticamente significativa no que diz respeito ao diagnóstico de SAOS. No entanto, salienta-se a diferença observada nos níveis de T90, sugerindo um papel do tabagismo neste fator e reforçando a importância da cessação tabágica nesta população.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 086

SCREENING DE DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA

Autor do trabalho:

VÂNIA FERNANDES

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

CAROLINA CABO; CRISTINA BITA; FÁTIMA FRANCO; SUSANA COSTA

Palavras-chave: SCREENING, PATOLOGIA DO SONO, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, RESPIRAÇÃO DE CHEYNE-STOKES

Introdução: Os distúrbios respiratórios do sono (DRS) são subdiagnosticados nos doentes com insuficiência cardíaca (IC). O ApneaLinkTM é um dispositivo para estudo domiciliário do sono nível III validado para avaliação do índice de apneia/hipopneia (IAH) e de respiração de Cheyne-Stokes (RCS), permitindo diagnóstico e tratamento mais precoces.

Objetivos: avaliar DRS nos doentes internados numa Unidade de Tratamento de Insuficiência Cardíaca Avançada.

Métodos: análise retrospectiva dos registos de Resmed's ApneaLinkTMAir em doentes admitidos na Unidade nos 5 anos prévios, com diagnóstico de Insuficiência cardíaca crónica descompensada, após estabilização e/ou suspeita anterior de SAOS.

Resultados: Foram avaliados 39 exames. 33 doentes eram homens (85%). A idade média era 53.9 ± 15 anos. 81.8% apresentavam fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) reduzida. Relativamente às comorbilidades, a dislipidemia e a hiperuricemia eram mais frequentes (63.2%, n=24 em ambas), seguidas de obesidade (62.1%) e hipertensão arterial (57.9%). 51.5% dos doentes tinham exposição ao fumo do tabaco.

71.8% (n=28) dos doentes apresentavam um IAH ≥ 15 . O IAH era mais alto nos doentes com coronariopatia (40.1 vs 24.0 , $p=0.049$) e mais baixo dos doentes diabéticos (12.0 vs 25.1 , $p=0.039$), não existindo diferença nos valores de IAH dos doentes com hipertensão arterial, disritmia, doença tiroideia, hiperuricemia e dislipidemia. O IAH medio era superior nos homens (30.5 vs 17.8 , $p=0.173$).

Respiração de Cheyne-Stokes (RCS) estava presente em 48.7% (n=19) dos doentes, associado a IAH superior (37.8 vs 19.7 , $p=0.005$) e IDO superior (38 vs 18.8 , $p=0.001$). Este padrão era mais frequente nos homens (duração de 16.6% do tempo de registo vs 2.7%, $p=0.012$). 6 doentes tinham RCS durante ≥ 120 min, com IAH e índice de dessaturação de oxigénio (IDO) superiores (50.5 vs. 24.5 e 48.5 vs. 24.5 respetivamente; $p=0.022$).

Conclusão: Os doentes com IC têm sintomas noturnos importantes, e o rastreio nível III permite o tratamento atempado de patologia do sono nestes doentes. Contudo, no nosso estudo cerca de 1/3 dos doentes, uma vez ultrapassado o período de descompensação cardíaca, foi orientado para polissonografia para confirmar a gravidade de SAOS/RCS e aferir o modo ventilatório domiciliário mais adequado.

PC 087

QUALIDADE DE VIDA E SONO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL CENTRAL

Autor do trabalho:

INÊS OLIVEIRA

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Co-Autores do trabalho:

RITA ROSA; CATARINA BARATA; JOANA CARVALHO; LUISA OLIVEIRA; FERNANDO NOGUEIRA

Palavras-chave: QUALIDADE DE VIDA, SONO, PROFISSIONAIS DE SAÚDE

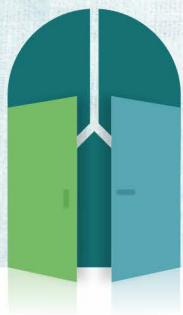
Introdução: O trabalho hospitalar pode ser cansativo e desgastante, requerendo muitas vezes trabalhos por turnos. Estes fatores podem ter impacto na qualidade de vida e sono dos profissionais de saúde podendo levar ao desenvolvimento de sintomas de burnout.

Objetivos: Avaliar a qualidade de vida, qualidade de sono, ansiedade e depressão nos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares) que trabalham em diversos serviços de um hospital central.

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

Resultados: No total, 125 profissionais de saúde responderam ao questionário. A média de idades foi de 34,5 anos e 76% eram do género feminino. A maioria dos profissionais de saúde apresentava uma carga horária semanal elevada, 56% trabalhavam mais de 45 horas/semana e 68% realizavam turnos noturnos. A maioria apresentava, também, fatores que condicionavam má qualidade do sono, nomeadamente: ingestão de bebidas energéticas diariamente (76%) e má higiene do sono (84%) - referindo prática de exercício físico antes de deitar, utilização de tablet, computador ou telemóvel antes de dormir e sono irregular. Apesar de apenas 16% dos profissionais apresentar valores sugestivos de hipersonolência diurna ($ESS \geq 11$), grande parte apresentava má qualidade de sono (69%) com valores de PSQI ≥ 5 . Relativamente à qualidade de vida, a avaliação subjetiva da qualidade de vida, utilizando o questionário WHOQOL-Bref, foi, em média, de 3,61 (máximo 5). Quanto à avaliação da ansiedade e depressão, verificámos que quase metade dos profissionais de saúde (42%) apresentavam valores sugestivos de ansiedade e um quarto apresentava valores sugestivos de depressão no questionário HADS (valores superiores a 7).

Conclusão: Na amostra avaliada, os profissionais de saúde hospitalares apresentaram cargas horárias semanais elevadas e, a maioria trabalhava por turnos. Não se notaram grandes repercussões na qualidade de vida nem na sonolência diurna, provavelmente pela nossa amostra ser relativamente jovem. Verificámos que grande parte apresenta má qualidade de sono e hábitos de sono incorretos, o que se repercute nos níveis de ansiedade e depressão, que a longo prazo podem ter efeitos nefastos. É importante não só criar melhores condições de trabalho, mas também promover hábitos de vida saudáveis, de forma a controlar a ansiedade e depressão, para que o trabalho hospitalar não se torne mais um fator de desgaste nos profissionais de saúde.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 088

ATIVIDADE AGRÍCOLA E INFEÇÃO FÚNGICA CRÔNICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

ANTÔNIO PEDRO DE SOUSA FERNANDES

Serviço de Pneumologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

PEDRO SILVA SANTOS; MARIA ALCIDE MARQUES

Palavras-chave: ASPERGIOSE PULMONAR; INFEÇÃO FÚNGICA

Introdução: A aspergilose pulmonar crônica manifesta-se, geralmente, em indivíduos imunocompetentes ou com imunossupressão ligeira e caracteriza-se por uma apresentação clínica indolente, presença de cavitações (com ou sem bola fúngica) e/ou nódulos pulmonares e evidência de infecção por *Aspergillus* através de biópsia ou de precipitinas positivas para *Aspergillus*. Descrição do caso: Doente do género feminino, 67 anos, agricultora, residente em área rural, recorreu ao Serviço de Urgência por hemoptises em volume moderado com dois dias de evolução. Referia ainda tosse não produtiva, astenia e perda ponderal de 4 Kg nos últimos 3 meses. Sem dispneia, dor torácica, febre ou outras queixas. Dos antecedentes pessoais, a referir: hipertensão arterial e dislipidemia, sem doença pulmonar prévia conhecida; nunca fumadora. Ao exame objetivo, encontrava-se apirética, hipertensa, com FC de 67 bpm e SpO₂ de 97% em ar ambiente; à auscultação pulmonar apresentava o murmúrio vesicular audível bilateralmente, com discretas crepitações inspiratórias no 1/3 inferior do hemitórax direito. Do estudo analítico, há a realçar elevação da PCR (4.40 mg/dL) e da GGT (241 U/L), sem alterações do hemograma ou da coagulação. A radiografia do tórax em incidência pósterio-anterior evidenciava opacidade arredondada, heterogênea, de contornos mal definidos, em localização justa-hilar inferior direita, que a incidência de perfil confirmou tratar-se de uma lesão com localização posterior. Realizou videobroncoscopia, na qual se visualizou um coágulo que ocluía totalmente a pirâmide basal direita, sem sinais de hemorragia ativa ou lesão endobrônquica. Face ao quadro clínico, optou-se por internar a doente no Serviço de Pneumologia para estudo, sob antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico. Efetou, entretanto, uma TC do tórax, na qual se observaram várias lesões cavitadas, de parede espessada, preenchidas por material necrótico (sinal do crescente), no lobo inferior direito, e o preenchimento de várias bronquiectasias cilíndricas. Do estudo microbiológico solicitado, foi isolado *Aspergillus fumigatus* tanto na expetoração como no aspirado brônquico. Do restante estudo solicitado, identificou-se positividade para IgG *Aspergillus fumigatus*. Perante os dados clínicos, radiológicos e laboratoriais, concluímos tratar-se de aspergilose pulmonar invasiva subaguda, pelo que foi iniciado voriconazol 400 mg oral 2id e, posteriormente, 200 mg 2id em manutenção.

Conclusão: A aspergilose pulmonar invasiva subaguda, previamente designada por aspergilose pulmonar crônica necrotizante ou semi-invasiva, pode ocorrer em indivíduos imunocompetentes ou com ligeira imunodepressão e apresenta-se, clinicamente de forma semelhante à aspergilose pulmonar cavitária crônica, embora com uma progressão mais rápida (1 a 3 meses). Neste caso, o contexto ocupacional aliado aos elementos fornecidos pelos exames complementares de diagnóstico foram determinantes para o diagnóstico e tratamento desta forma pouco comum de infecção por *Aspergillus*.

PC 089

DETEÇÃO DE VÍRUS RESPIRATÓRIOS DURANTE A ÉPOCA DA GRIPE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Autores do trabalho:

FILIPA MARTINS DUARTE; FILIPE MACHADO

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Co-Autores do trabalho:

JOSÉ MEIRELES; RITA MACIEL

Palavras-chave: INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS VÍRICAS; ENFERMARIA; GRIPE; VIRUS SINCIAL RESPIRATÓRIO

Introdução: As infeções respiratórias víricas, em particular a gripe, são uma importante causa de morbimortalidade, sobretudo quando associadas a complicações como a sobreinfeção bacteriana. A vacinação é o melhor método de prevenção, especialmente importante em grupos de risco. Em Portugal, as casuísticas referentes a estas patologias em enfermarias são escassas.

Objectivo: Caracterização da população de doentes internados num serviço de Medicina Interna (SMI) com identificação de vírus nas secreções respiratórias. Avaliação do impacto destas infeções no período de maior incidência da gripe e criação de um protocolo de atuação.

Metodologia: Estudo observacional e retrospectivo, decorrido entre outubro 2018 e março 2019, dos doentes admitidos num SMI, com identificação de vírus nas secreções respiratórias. Colheita dos dados através da consulta do processo clínico. Análise estatística com SPSS®.

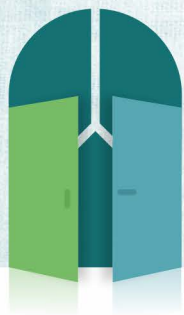
Resultados: Realizadas 275 pesquisas de vírus, 37% positivas (n=102); excluídos 8 doentes por terem tido alta. Amostra constituída por 94 doentes, 56.4% do sexo feminino (n=53), mediana de idades de 71.5 anos (AIQ=60.8-82.0), índice de funcionalidade aproximado de 90% e Índice de Charlson modificado mediano de 1 (AIQ=0.0-3.0). O Vírus Influenza A (INF-A) foi o mais frequente (87.2%; n=82) seguido do Vírus Sincial Respiratório (16%; n=15).

Demora mediana de internamento de 7 dias (AIQ=4.0-11.0). Taxa de mortalidade de 10.6% (n=10), 60% do sexo masculino (n=6), com mediana de idades de 83 anos (AIQ=75.0-87.8) e demora mediana até ao óbito de 7.5 dias (AIQ=4.8-10.0). Em relação a estas variáveis, não se verificou diferença estatisticamente significativa, entre os dois agentes.

Foi considerado haver sobreinfeção bacteriana em 36.2% dos casos (n=34). Analisando os marcadores bioquímicos de infeção, verificou-se um valor de proteína C reativa mediano de 25.2 mg/L (AIQ=7.7-70.5), sendo 14.1 mg/L (AIQ=5.85-50.6) a mediana nos doentes com infeção vírica e de 37.0 mg/L (AIQ=15.4-120) naqueles com sobreinfeção bacteriana. Em 77.7% (n=73) dos doentes não se registou leucocitose. Contabilizaram-se 6 doseamentos de procalcitonina, valor mediano de 0.1 ng/mL (AIQ=0.05-0.39).

Instituída antibioterapia empírica desde a admissão em 85.1% (n=80) dos doentes e antivírico empírico em 40.4% (n=38). O isolamento vírico promoveu a suspensão da antibioterapia em 17.5% dos casos (n=14) e o início de antivírico em 76.8% (n=43).

Em 40.4% dos casos (n=38) verificou-se vacinação antigripal, com demora mediana inferior (5 dias versus 7), sem significância estatística.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

Discussão e conclusão: Registou-se uma elevada rentabilidade das pesquisas de vírus, sendo o INF-A o mais frequentemente identificado. Os isolamentos permitiram alteração terapêutica em 60.6% (n=57) dos casos.

Iniciou-se antibioterapia empírica em 85% (n=80), tendo sido suspensa em 17.5% (n=14) dos doentes. Na alta, foi considerada sobreinfecção bacteriana em apenas cerca de 1/3 dos doentes (36%; n=34). Isto permite-nos inferir a dificuldade na distinção entre etiologia vírica isolada de sobreinfecção bacteriana. Obteve-se um reduzido número de doseamentos de procalcitonina, um biomarcador que poderá auxiliar a distinção destas duas etiologias.

A vacinação parece correlacionar-se com uma demora de internamento inferior.

PC 090

AMICACINA INALADA NA DOENÇA PULMONAR POR MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS

Autor do trabalho:

MARIA AURORA MENDES

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

Co-Autores do trabalho:

INÊS SUCENA PEREIRA; INÊS SANCHES; ANDRÉ SANTOS SILVA; INÊS LADEIRA

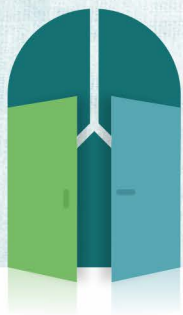
Palavras-chave: AMICACINA INALADA; MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS

Introdução: As Micobactérias não tuberculosas (MNT) são difíceis de erradicar. O tratamento da doença pulmonar por MNT geralmente implica o uso de múltiplos fármacos durante um longo período de tempo, com toxicidade não desprezível e eficácia limitada. A amicacina inalada tem sido proposta como uma opção terapêutica na doença pulmonar por complexo *Mycobacterium avium* (MAC) refratária.

Métodos: Análise retrospectiva dos indivíduos com doença pulmonar por MNT refratária propostos para tratamento com amicacina inalada no Centro de Diagnóstico Pneumológico de Gaia, de 12/2017 a 08/2019. Todos os doentes foram submetidos a prova de tolerância a amicacina inalada (avaliação clínica e espirometria basal e após inalação do fármaco). Critério de exclusão para início do antibiótico: má tolerância, nomeadamente queda do FEV1 $\geq$ 15% após a inalação de amicacina.

Resultados: De um total de 10 doentes, um caso foi excluído por queda do FEV1 de 26.6% (200mL). Todos os doentes iniciaram amicacina inalada após um período de lead-in com amicacina injetável de 3 a 6 meses. Na Tabela 1 (em anexo) é apresentada a caracterização dos doentes.

Discussão: A amicacina inalada pode ser uma potencial arma terapêutica em alguns indivíduos com doença pulmonar por MNT refratária. Nos casos descritos não ocorreram efeitos laterais significativos. São necessários estudos prospetivos para esclarecer a eficácia clínica e o perfil de efeitos laterais da amicacina inalada.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 091

FATORES INDIVIDUAIS E RESPOSTA CLÍNICA NA PNEUMOCISTOSE: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

Autor do trabalho:

SARA SOFIA ALMEIDA HELENO

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real

Palavras-chave: PNEUMOCISTOSE; IMUNOCOMPROMETIMENTO; MORTALIDADE; PROGNÓSTICO

Introdução: *Pneumocystis jirovecii* constitui um agente causador maior de pneumonia em indivíduos imunodeprimidos; o seu prognóstico poderá estar associado a algumas condições pré-existentes e ser influenciado pelo timing de instituição de terapêutica adequada.

Objetivos. Este estudo pretende determinar a carga de condições de compromisso imunológico assim como avaliar o impacto de fatores individuais na resposta clínica e mortalidade durante o tratamento, em doentes afetados por Pneumonia a *Pneumocystis jirovecii*.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes hospitalizados com o diagnóstico de pneumonia a *Pneumocystis jirovecii* ao longo de um período de seis anos, procedendo-se à recolha de indivíduos submetidos à pesquisa do referido agente e com positividade do mesmo em amostras respiratórias. A avaliação incluiu determinação da presença de condições de imunocomprometimento, fatores de mau prognóstico descritos na literatura, e medição do tempo de hospitalização.

Resultados: Foram recolhidos dados de 45 indivíduos, maioritariamente (n=33; 73,3%) do género masculino, com média de idades de 59,6±14,8 anos (mínimo 28; máximo 84 anos). Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (n=17), tumores sólidos/neoplasias hematológicas (n=17), corticoterapia crónica (n=13), doentes sob esquemas de quimioterapia (n=10) e recetores de transplante renal (n=3) foram condições identificadas na amostra. Verificou-se que a ausência de controlo adequado de condição(ões) pré-existente(s) resultou em demora na resposta clínica (29,5 ± 18,1 dias versus 22,6 ± 10,7 dias, p 0,205). Em dezoito doentes (40% da amostra) a antibioterapia dirigida foi instituída mais de sete dias após o internamento. Foi identificada uma associação estatisticamente significativa entre timing de início de tratamento dirigido à infeção e a ocorrência do evento morte (p < 0,05). Durante o tratamento da infeção, houve registos de choque com necessidade de suporte vasopressor (n=9; 20,0%) e falência respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva (n=6; 13,3%). A mortalidade intra-hospitalar registada foi 26,7%, correspondente a 12 doentes.

Conclusões: Esta análise evidencia o potencial impacto de comorbilidades não controladas sobre a resposta clínica à terapêutica específica da pneumocistose. Este estudo sugere ainda que a demora na administração de terapêutica dirigida poderá ter impacto negativo na sobrevida dos doentes afetados por esta infeção, pelo que é necessário um elevado índice de suspeição perante a presença de condições individuais de imunocomprometimento. Estudos futuros serão essenciais na confirmação destes resultados.

PC 092

PNEUMONIA NO DOENTE IMUNOCOMPROMETIDO - CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

MIGUEL BARBOSA

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo

Co-Autores do trabalho:

CAROLINA TRABULO; KELLY LOPES; CATARINA CARVALHO; JOAQUIM PEIXOTO; ETEL FLOROVA; VASCO FIRMINO; MARIA JOSÉ SIMÕES; ELVIRA CAMACHO

Palavras-chave: PNEUMONIA, VARICELA, IMUNOSSUPRESSÃO

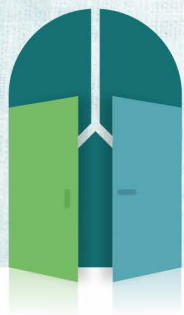
Introdução: A pneumonia é uma das infeções mais comuns e com maior morbimortalidade em doentes imunocomprometidos. Os sintomas e sinais podem ser frustrantes e os microorganismos patogénicos diferem dos mais comuns na população geral.

Caso Clínico: Homem, 75 anos, caucasiano, com antecedentes de Linfoma Não Hodgkin de grandes células difuso (a realizar o sexto ciclo de Quimioterapia, em remissão), HTA, DPOC, suspeita elevada de Pneumonia de Hipersensibilidade por criação de aves, desconhece antecedente de varicela, nega vacinação antigripal. Recorreu ao SU por quadro de tosse, febre e lesões cutâneas pruriginosas com quatro dias de evolução com início no tórax e evolução craniocaudal. Ao exame objetivo apresentava-se taquipneico, com sinais de dificuldade respiratória; à auscultação pulmonar com murmúrio broncovesicular mantido bilateralmente, com crepitações dispersas por ambos os campos pulmonares; à inspeção lesões maculopapulares eritemopurpúricas dispersas e de tamanho variável por todo o corpo sem poupar palmas, plantas e couro cabeludo, não branqueáveis à digitopressão. Analiticamente com leucocitose e neutrofilia, hiponatremia e aumento da proteína c reactiva. Gasimetricamente com insuficiência respiratória tipo 1. Radiografia-Torax com lesões pleuroparenquimatosas bilaterais. TC-torácica revelou presença de fibrose pulmonar com padrão em favo de mel, bem como áreas de lesão intersticial com padrão em vidro despolido.

Inicialmente foram assumidos como principais diagnósticos diferenciais: Pneumonia Vírica em doente imunocomprometido vs Pneumonia adquirida na comunidade associada a Vasculite em contexto de doença hematológica. O doente iniciou tratamento com oxigenioterapia, antibioterapia, antivírico e corticoterapia.

Evolução para falência respiratória ao terceiro dia de internamento com necessidade de entubação endotraqueal e transferência para Unidade de Cuidados Intensivos. A broncofibroscopia mostrou lesões na mucosa brônquica semelhantes às da pele. O exame cultural de secreções brônquicas foi negativo. Serologia: Legionella, Weil-felix, Widal, HIV e VDRL negativos; Pesquisa *Pneumocystis jirovecii* por PCR e no LBA negativa. PCR no sangue apenas positiva para Vírus Herpes Varicella-Zoster. A biópsia cutânea revelou achados histopatológicos compatíveis com infeção herpética. Às 2 semanas de tratamento o doente revelou uma melhoria do exantema e do padrão respiratório mas o desmame de ventilação invasiva não teve sucesso. O doente faleceu ao 36º dia de internamento.

Discussão: A infeção por Herpes zoster é cerca de 5 vezes mais comum em doentes com neoplasias hematológicas comparativamente à população geral. Cerca de 5-15% dos casos de infeção por varicela em adultos



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

tem alguma manifestação pulmonar. A imunossupressão é factor de risco para progressão para pneumonia na infecção herpética. Um diagnóstico precoce e tratamento com antivírico são importantes pois diminuem a ainda alta probabilidade da pneumonia por varicela progredir para falência respiratória.

PC 093

PNEUMONIA A PASTEURELLA MULTOCIDA: A IMPORTÂNCIA DA ANAMNESE

Autor do trabalho:

SARA CABRAL

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

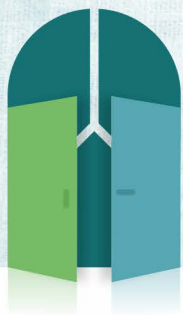
BRUNO GIL GONÇALVES; PEDRO RAMALHO; DANIELA MADAMA

Palavras-chave: PASTEURELLA MULTOCIDA, PNEUMONIA, ZOONOSE

Introdução: A *Pasteurella multocida* (*P. multocida*) é uma bactéria aeróbia Gram-negativa, comensal na orofaringe de animais de estimação, tais como gatos e cães, e que no humano pode ser responsável por infeções resultantes de arranhões ou mordedura. A infeção da pele e dos tecidos moles é a causa mais comum, sendo o trato respiratório o segundo local de infeção mais frequente, afetando principalmente indivíduos com doença pulmonar crónica subjacente, idosos e imunocomprometidos.

Caso clínico: Doente de 43 anos, género feminino, natural da Roménia e com residência em Portugal há 12 anos. Tabagismo ativo (10 cigarros/dia, CT 10 UMA). Antecedentes de pneumonia à direita em abril de 2018. Negou medicação habitual. Profissão: mariscadora. Indicou a presença de gatos e cães no domicílio. Recorreu ao Serviço de Urgência em agosto de 2018 por quadro clínico com cerca de 15 dias de evolução, caracterizado por tosse com expectoração mucopurulenta, dispneia de esforço, astenia e perda ponderal de cerca de 2,5 Kg. Negou febre ou toracalgia. Fez referência a mordedura de cão e a contato com gatos doentes. À auscultação cardiopulmonar com fôvres na base direita. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR 16,7 mg/L) e com anemia normocítica e normocrômica. Gasometria arterial sem insuficiência respiratória. Radiografia torácica mostrou imagem de condensação no lobo médio e o exame bacteriológico de expectoração foi negativo. Para estudo complementar diagnóstico, e por se tratar de um segundo episódio de pneumonia com a mesma localização radiológica, realizou TC torácica que mostrou consolidação com broncograma aéreo no segmento externo do lobo médio e broncofibroscopia que revelou a presença de secreções grumosas mucopurulentas em grande quantidade a nível do brônquio lobar médio e da pirâmide basal; isolamento de *Pasteurella multocida* multissensível no aspirado e no lavado brônquico efetuados. Cumpriu 10 dias de amoxicilina/ácido clavulânico com boa evolução clínica, analítica e radiológica. Ainda não motivada para cessação tabágica, contudo em redução gradual do consumo (cerca 5 cigarros/dia). Estudo analítico de auto-imunidade e imunologia sem alterações. Manteve follow-up em consulta de Pneumologia.

Conclusão: A *P. multocida* é um agente zoonótico que pode provocar um largo espectro de infeções no humano. A terapêutica com beta-lactâmico durante 7 a 14 dias é o tratamento de eleição na Pneumonia por *P. multocida*, sendo que neste caso clínico a boa resolução clínica e radiológica ocorreu após a sua instituição. A obtenção de uma história clínica detalhada, nomeadamente no que diz respeito ao contato com animais, é fundamental para a suspeição deste agente etiológico, para a seleção dos exames complementares de diagnóstico/terapêuticos pertinentes e implementação de antibioterapia adequada.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 094

TOSSE CRÔNICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Autor do trabalho:

I SPENCER;

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

A LOPES, AS OLIVEIRA, L CARVALHO, C BÁRBARA

Palavras-chave: TOSSE CRÔNICA, CORPO ESTRANHO

Introdução: A tosse crônica é uma queixa comum e com impacto relevante na qualidade de vida do doente. As principais causas são o síndrome da rinorreia posterior, asma, hiperreactividade brônquica, refluxo gastroesofágico, tabagismo, bronquite crônica, enfisema, atopia e iatrogenia medicamentosa, entre outras causas menos frequentes. A história clínica e o exame objetivo sugerem a etiologia em mais de metade dos casos, contudo, o diagnóstico pode ser desafiante.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 79 anos, não fumadora, com exposição profissional a cortiça durante 20 anos. Diagnóstico prévio de refluxo gastroesofágico e estenose aórtica hemodinamicamente significativa, proposta para intervenção cirúrgica. Seguida nos Cuidados de Saúde Primários por quadro com 10 meses de evolução de tosse irritativa, seca, que agrava em decúbito, tendo iniciado recentemente seguimento em Consulta de Pneumologia por tosse crônica e identificação de nódulo pulmonar com 6 mm em TC de tórax. Recorre ao SU do HSM por agravamento de intensidade da tosse, expectoração hemoptóica e calafrios. Refere duas infeções respiratórias nos últimos três meses, medicadas em ambulatório. À avaliação no SU encontra-se hemodinamicamente estável, com saturação periférica de oxigénio 96%, identificando-se ferres à auscultação da metade inferior do hemitórax direito e sibilância global. A investigação complementar evidencia elevação de parâmetros inflamatórios analíticos e radiografia de tórax com hipotransparência no terço inferior do campo pulmonar direito. É internada por pneumonia adquirida na comunidade e cumpre antibioterapia empírica. Em TC de tórax identifica-se pneumonia cavitada do lobo médio, não sendo descritas outras alterações. Apesar da descida de parâmetros inflamatórios, mantém episódios de tosse seca e sibilância intermitente. É realizada broncofibroscopia, a qual revela obstrução parcial do brônquio intermediário por osso de animal, com 8 mm de maior diâmetro, que é retirado, seguindo-se resolução completa das queixas previamente referidas.

Conclusões: A abordagem da tosse crônica segue um logarítmo de investigação etiológica, maioritariamente apoiado pela resposta a terapêutica dirigida às causas mais comuns. A presença de doenças frequentemente implicadas no quadro de tosse pode atrasar o diagnóstico. Salienta-se a importância da identificação de sinais de alarme, como hemoptises, infeções respiratórias recorrentes, e queixas ou alterações ao exame objetivo refratárias, que obrigam a intervenções diagnósticas adicionais.

PC 095

ACTINOMICOSE PULMONAR – A GRANDE IMITADORA

Autor do trabalho:

DIANA ORGANISTA

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

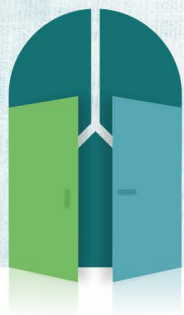
Co-Autores do trabalho:

HENRIQUE CABRITA; JOANA MARTINS; FERNANDA PAULA; FILIPE FROES

Palavras-chave: ACTINOMICOSE, PULMÃO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Introdução: Actinomicose é uma infeção granulomatosa rara, indolente e lentamente progressiva, causada por espécies de *Actinomyces*, bactérias Gram-positivas anaeróbicas facultativas. A actinomicose pulmonar resulta da aspiração de secreções orofaríngeas ou gastrointestinais para o trato respiratório, sendo fatores de risco a má higiene ou lesões na mucosa oral e procedimentos dentários. O diagnóstico de actinomicose pulmonar assintomática é difícil, não só pelo raro isolamento destas bactérias em cultura, como pela apresentação imagiológica da infeção como massa de crescimento lento e progressivo, mimetizando tuberculose pulmonar, abscesso pulmonar ou neoplasia. O diagnóstico definitivo assenta na confirmação histológica ou microbiológica.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 77 anos de idade, logista reformada, não fumadora, com antecedentes conhecidos de hipertensão arterial essencial, dislipidemia, e insuficiência venosa periférica, para os quais se encontrava medicada e adenoma pleomórfico da paratiroide. Tratamento dentário cirúrgico de várias peças dentárias desde há 2 anos. Referenciada a consulta de pneumologia por quadro com 8 meses de evolução de cansaço e perda ponderal significativa, sem tosse, expectoração, dispneia, febre, suores noturnos ou outros sintomas. TAC-toraco-abdomino-pélvica com massa no apêx do lobo superior direito 4 cm de contornos espiculados, sugestivo de neoplasia primária, com pequena cavidade central, sem adenopatias ou outros achados. Objetivamente eupneica em repouso em ar ambiente, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido bilateralmente, sem outras alterações. Realizada PET-TC que demonstrava lesão no lobo superior direito sem expressão metabólica com carácter de suspeição. Analiticamente sem alterações relevantes, marcadores tumorais (NSE, SCC, CYFRA-21, CEA) dentro da normalidade. Broncofibroscopia sem alterações, tendo sido realizado escovado e lavado brônquico ao nível do lobo superior direito, culturas negativas e citologia negativa para células neoplásicas. Repetiu nova broncofibroscopia com lavado no lobo superior direito com presença de numerosas estruturas filamentosas morfológicamente compatíveis com *Actinomyces* spp. Perante o contexto clínico e os achados dos exames complementares, foi admitido o diagnóstico de actinomicose pulmonar e proposto internamento para cumprimento de antibioterapia endovenosa com Penicilina G em altas doses durante 6 semanas. Hemoculturas negativas. TC-Tórax de reavaliação à data da alta revelava evolução da lesão do lobo superior direito para pneumatocelo de 38 mm, em estreito contacto com brônquio de pequeno calibre. Dada a evolução clínica e imagiológica favorável, a doente teve alta com indicação para manter antibioterapia oral com Amoxicilina (1 g 8/8h). Seis meses depois do início da terapêutica



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

a doente ficou assintomática, com recuperação ponderal e com melhoria imagiológica da lesão.

Conclusão: A resposta da actinomicose pulmonar ao tratamento deve ser monitorizada radiologicamente, com diminuição da lesão esperada às 4 semanas de tratamento. A cirurgia destina-se a casos complicados ou que não respondem à terapêutica médica. Este caso reforça a importância do diagnóstico diferencial da infeção pulmonar por *Actinomyces* com tuberculose, abscesso pulmonar ou neoplasia assim como o rápido início de terapêutica dirigida prolongada de forma a prevenir a progressão da doença.

PC 096

UM CASO INCOMUM DE PNEUMONIA OBSTRUTIVA

Autor do trabalho:**DANIELA DANTAS RODRIGUES**

Serviço de Pneumologia do Hospital de Braga

Co-Autores do trabalho:**CATARINA LACERDA; MARIA JOÃO ARAÚJO; DIANA PIMENTA; RAQUEL PEREIRA; FILIPA AGUIAR; LURDES FERREIRA**

Palavras-chave: CONDROMA ENDOBRÔNQUICO, PNEUMONIA OBSTRUTIVA, BRONCOFIBROSCOPIA

Os condromas endobrônquicos são tumores benignos raros, constituídos inteiramente por cartilagem hialina madura. Podem surgir na laringe, traqueia ou brônquios principais.

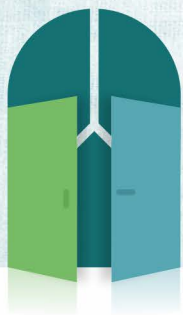
Caso Clínico: Mulher de 69 anos, nunca fumadora, com antecedentes de hipertensão arterial. Medicada com olmesartan/hidroclorotiazida 20mg/12,5mg. Recorreu o serviço de urgência por febre e dor pleurítica esquerda com 3 dias de evolução. Ao exame objectivo, encontrava-se apirética e hemodinamicamente estável, sem alterações à auscultação. Analiticamente apresentava PCR 196 mg/dL e leucocitose (17000/ul) com neutrofilia.

Em TC do tórax apresentava uma marcada densificação de padrão alveolar do segmento anterior do lobo superior do pulmão esquerdo, com pequenos broncogramas aéreos internos, fazendo extenso contato com a pleura mediastínica, sugerindo tratar-se de um foco inflamatório pneumónico. Realizou ciclo de antibioterapia com levofloxacina, com recuperação clínica total. Repetiu TC de controlo 4 meses após o episódio que mostrou resolução completa do foco pneumónico.

Para exclusão de eventual neoplasia a condicionar a exuberância radiológica do caso, em doente sem antecedentes de relevo conhecidos, realizou broncofibroscopia que evidenciou uma lesão nodular endobrônquica, de etiologia incerta, no brônquio segmentar anterior do brônquio lobar superior esquerdo, a condicionar obstrução parcial do mesmo. Realizada biópsia brônquica que mostrou inflamação inespecífica. O aspirado brônquico foi negativo para células neoplásicas. Repetiu broncofibroscopia, cujo aspirado e escovado brônquicos foram, mais uma vez, negativos para células neoplásicas. A biópsia da lesão revelou tratar-se de um condroma endobrônquico.

Actualmente a doente encontra-se totalmente assintomática, sem novos episódios de pneumonia, tendo sido decidida uma estratégia de vigilância em consulta externa de Pneumologia.

Conclusão: Os condromas endobrônquicos são frequentemente diagnosticados numa fase tardia, quer pelo seu crescimento lento, quer pela natureza inespecífica dos sintomas associados. Neste caso, a obstrução causada pelo tumor conduziu a um episódio de pneumonia obstrutiva, cuja exuberância levantou suspeita clínica de possível patologia endobrônquica subjacente que, em último caso, nos conduziu ao diagnóstico.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 097

DOENÇA RESPIRATÓRIA AGUDA NA DREPANOCITOSE: INFECÇÃO VERSUS VASO-OCCLUSÃO

Autor do trabalho:

MÁRIO PINTO

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

Co-Autores do trabalho:

JOÃO RODRIGUES; BRUNO MENDES; DIONÍSIO MAIA; JOÃO CARDOSO

Palavras-chave: DREPANOCITOSE; CRISE VASO-OCCLUSIVA; SÍNDROME TORÁCICA AGUDA; PNEUMONIA

Introdução: A doença de células falciformes é a patologia hematológica hereditária mais comum, com uma prevalência global de 7%. Trata-se de uma hemoglobinopatia causada pela substituição do sexto aminoácido da beta-globina, o glutamato, por valina, o que resulta na formação de hemoglobina S (HbS). Como apresenta transmissão autossômica recessiva, apenas os indivíduos homozigóticos para a mutação (SS) desenvolvem anemia falciforme, ou drepanocitose, enquanto os heterozigóticos são portadores de traço falciforme, a maioria assintomáticos. A HbS polimeriza quando desoxigenada, deformando o eritrócito e tornando-o menos moldável, o que dá origem aos fenómenos característicos desta patologia: hemólise e vaso-occlusão. As crises vaso-occlusivas podem ocorrer em qualquer órgão, mas afectam frequentemente os pulmões. Uma das complicações mais graves, com mortalidade de 25%, é a síndrome torácica aguda (STA), que pode ter uma apresentação semelhante à de uma pneumonia, com febre, tosse, dispneia, toracalgia e hipoxemia, bem como opacidades de novo na radiografia de tórax.

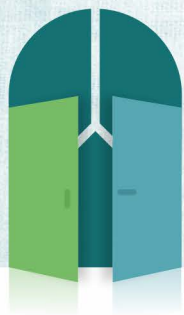
Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 22 anos, com o diagnóstico de drepanocitose, medicada com hidroxiureia. Trata-se de uma doente com múltiplos internamentos recentes por infecções respiratórias, tendo iniciado acompanhamento em consulta de Pneumologia após pneumonia complicada por derrame pleural esquerdo. Posteriormente, a destacar dois outros internamentos por pneumonia necrotizante. Radiograficamente, apresentava hipotransparência persistente na base pulmonar esquerda, apesar de melhoria clínica após antibioterapia.

Internada no serviço de Pneumologia por quadro de febre alta, dispneia e toracalgia intensa à esquerda agravada com a inspiração profunda, sem melhoria após antibioterapia em ambulatório, inicialmente com amoxicilina/clavulanato, e depois com levofloxacina. Mantinha as alterações radiográficas já descritas, e analiticamente apresentava elevação de parâmetros inflamatórios e anemia agudizada, com necessidade de suporte transfusional. Foi medicada empiricamente com piperacilina/tazobactam e linezolide, com melhoria clínica e laboratorial. No entanto, não se obteve isolamento de agente, mesmo em cultura de lavado broncoalveolar.

Em internamento prévio, realizou angio-TC de tórax, sem evidência de tromboembolismo pulmonar. Assim, foi pedida cintigrafia pulmonar de ventilação-perfusão, que evidenciou amputação funcional da base do pulmão esquerdo, mais expressiva a nível da perfusão, favorecendo a hipótese diagnóstica de fenómenos vaso-occlusivos. Admitiu-se que estes estariam na origem do quadro de infecções respiratórias de repetição do

lobo inferior esquerdo, pelo que, uma vez melhorada após antibioterapia e analgesia, foi referenciada a consulta de Cirurgia Torácica para eventual ressecção cirúrgica de área necrosada.

Conclusão: A relação entre as crises vaso-occlusivas pulmonares e as infecções respiratórias é complexa. Devido a enfartes esplénicos, os doentes com drepanocitose têm maior susceptibilidade a pneumonia por microrganismos capsulados, como *Streptococcus pneumoniae*. Para além disso, o ambiente hipóxico presente em áreas de consolidação pulmonar favorece a deformação dos eritrócitos e a ocorrência de vaso-occlusão. Por sua vez, os fenómenos de oclusão vascular podem resultar em zonas de enfarte pulmonar, propícias a sobreinfecção bacteriana. Frequentemente, as duas entidades coexistem no mesmo doente, requerendo uma abordagem multifacetada para assegurar o melhor prognóstico possível.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 098

DA RARIDADE À REALIDADE: PNEUMONIA A RAOULTELLA ORNITHINOLYTICA

Autor do trabalho:

JOÃO PORTELA

Serviço de Pneumologia do Hospital Garcia de Orta

Co-Autores do trabalho:

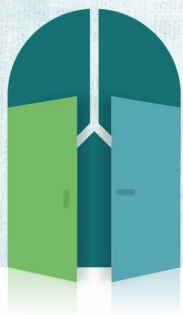
GABRIELA SANTOS; CATARINA MOREIRA; PAULA PEDRO; JORGE SOARES; JOSÉ DUARTE

Palavras-chave: PNEUMONIA NECROTIZANTE CAVITADA; RAOULTELLA ORNITHINOLYTICA

Introdução: O género Raoultella é uma bactéria Gram-negativa aeróbia da família das Enterobacteriaceae. Apesar de poucos casos descritos na literatura, a espécie Raoultella ornithinolytica surge como agente etiológico maioritariamente associado a infeções sistémicas e do trato urinário, e em casos mais raros, Pneumonia, Sépsis ou Peritonite.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 74 anos, ex-fumador (60 unidades Maço-Ano) com antecedentes de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) GOLD 4B (sob Budesonida 200ug e Umeclidinium/vilanterol), Insuficiência respiratória sob oxigenoterapia de longa duração (0,5L/min/24h) e Hipertensão Arterial essencial. Admitido no Serviço de Urgência em Julho/2019 por tosse produtiva, mucopurulenta e obstrução nasal com 3 dias de evolução. Objetivamente à admissão, destacava-se, saturação periférica de 84% (com aporte de O₂ a 0,5L/min), apirético e na auscultação pulmonar, murmúrio vesicular diminuído globalmente sem ruídos adventícios. Na radiografia de tórax foi evidente hipotransparência homogênea na metade superior do hemitórax esquerdo. Analiticamente com Leucocitose 14100, Neutrofilia 87,4% e proteína C reativa 28,82 mg/dL e hipoxemia moderada (pO₂ 65), sem hiperlactacidemia na gasimetria arterial. Internado por Pneumonia adquirida na comunidade (CURB 2) e medicado empiricamente com Amoxicilina+Ácido clavulânico (1,2g) e Claritromicina (500mg), após colheita de hemoculturas e expetoração. Posterior isolamento de Raoultella ornithinolytica e Escherichia coli no cultural de expetoração, sensíveis à terapêutica em curso. No 4º dia de antibioterapia, mediante agravamento clínico respiratório e gasimétrico, com Insuficiência respiratória global de novo e necessidade de ventilação não invasiva, foi escalada antibioterapia para Amoxicilina+Ácido clavulânico 2,2g 8/8h. Requisitada Tomografia Computadorizada do Tórax (TCT) onde foi evidente área de consolidação com broncograma no lobo superior esquerdo e bolha gasosa sugestiva de necrose e cavitação. Por febre de novo e agravamento radiológico foi escalada antibioterapia para Piperacilina+Tazobactam (4500mg) e Vancomicina (1000mg) ao 8º dia de internamento, mediante suspeita de Pneumonia Nosocomial. Não houve isolamento de agente nas hemoculturas e microbiológico de expetoração. Completou um total de 14 dias de Piperacilina/Tazobactam e 11 dias de Vancomicina com evolução clínica, analítica e radiológica favoráveis (redução da consolidação cavitada na TCT) e posterior alta clínica. Assumiu-se como diagnóstico DPOC agudizada (GOLD D) por PAC necrotizante a R. ornithinolytica e E. coli, e provável Pneumonia Nosocomial sem isolamento microbiológico.

Discussão: Os autores destacam o caso, não apenas pela raridade do agente etiológico causal, mas também pela especificidade do método diagnóstico utilizado (Ionização e dessorção a laser assistida por matriz, MALDI-TOF MS) apenas disponível em alguns hospitais. Face aos casos descritos na literatura, há concordância na apresentação e evolução clínica, havendo no entanto poucos dados acerca da verdadeira patogenicidade e virulência desta bactéria. A sua identificação poderá ser útil não só em contexto epidemiológico mas também pela problemática da multiresistência, associada à produção de beta-lactamases. Destaca-se ainda a importância da realização de estudos adicionais para determinação da real prevalência e incidência da pneumonia a Raoultella ornithinolytica e identificação de factores de risco associados.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 099

ABCESSOS PULMONARES E EMPIEMA A FUSOBACTERIUM NECROPHORUM

Autor do trabalho:

CLÁUDIA SABINA FIGUEIRA DE SOUSA

Hospital Central do Funchal

Co-Autores do trabalho:

RITA PINHEIRO; CECÍLIA MENDONÇA; PEDRO MENDES; RICARDO NASCIMENTO

Palavras-chave: EMPIEMA, ABCESSOS, SÍNDROME DE LEMIERRE; BACTERIÊMIA

Introdução: O *Fusobacterium necrophorum* é um anaeróbio raramente isolado na prática clínica. Está fortemente associado à Síndrome de Lemierre, que se caracteriza pela tríade clássica de tromboflebite da veia jugular interna após infecção da orofaringe (mais frequentemente das amígdalas) e detecção deste agente em algum exame microbiológico. O isolamento desta bactéria fora do contexto desta síndrome é muito mais raro, mas têm sido descritos alguns casos de bacteriemia e “metastização” séptica pulmonar e hepática (entre outras) cujo foco infeccioso inicial se encontrava no trato gastrointestinal ou genito-urinário.

Caso clínico: Relata-se o caso de um homem de 36 anos, fumador de 20UMAs, com consumo elevado de álcool (média de quatro bebidas alcoólicas por dia), sem outros antecedentes pessoais relevantes e sem medicação habitual, que recorre ao Serviço de Urgência do nosso hospital, duas semanas após ter estado internado por um quadro presuntivo de gastroenterite aguda. Neste novo episódio, apresentou-se com tosse produtiva e dispneia para pequenos esforços com três dias de evolução, encontrando-se em choque séptico (PA de 74/40mmHg, FC de 166bpm). A Gasimetria em ar ambiente documentava uma PaO₂ de 59.7mmHg e lactatos de 7.5 mmol/L.

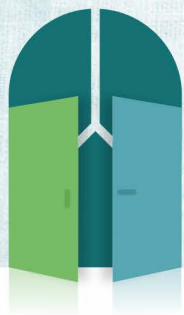
Na radiografia de tórax foi detetada hipotransparência quase total do hemitórax direito, sugestiva de derrame pleural. Após toracocentese e observação de líquido purulento e de colheita de amostras para microbiologia, foi colocado dreno torácico, tendo sido drenado um total de 1800mL de líquido. Foram ainda colhidas hemoculturas e iniciou-se antibioterapia empírica. Pela necessidade de suporte aminérgico e disfunção multiorgânica, o doente foi inicialmente admitido em unidade de cuidados intensivos.

Em avaliação por tomografia computadorizada de tórax foram documentadas áreas consolidadas, cavitadas e nódulos de contornos bem definidos, necrosados, com distribuição bilateral, principalmente subpleurais. No abdómen era observada uma coleção hepática multiloculada subcapsular, no segmento VIII, com cerca de 95x73x34mm, compatível com abscesso. Aquando da estabilidade clínica, o doente foi transferido para o serviço de Pneumologia, onde foram conhecidos os resultados de duas hemoculturas anaeróbias e do exame microbiológico do líquido pleural, todos positivos para *Fusobacterium necrophorum*.

Discussão/conclusão: Não obstante a bacteriemia a este agente ser muito rara por si só (<1%), quando associada à tríade clássica da Síndrome de Lemierre, a “metastização” de êmbolos sépticos é muito frequente,

principalmente para o pulmão, fígado e osso. Neste contexto também não é rara a possibilidade de desenvolvimento de empiema.

Este caso é particular na medida em que não apresenta os critérios necessários para enquadramento nesta síndrome, sendo presumível que o foco infeccioso inicial tenha sido gastrointestinal, sendo muitos escassos os casos descritos na literatura cuja etiologia infecciosa não se presume estar ao nível da cabeça e do pescoço. Outra particularidade deste caso reside no facto de o doente em causa não apresentar um único fator de risco para o desenvolvimento deste quadro, à exceção do alcoolismo, não apresentando outros fatores de risco como imunossupressão, diabetes mellitus, doença renal crónica, má higiene dentária ou toxicodependência. Os autores acham pertinente relembrar entidades mais raras, que possam ajudar na orientação de diagnósticos diferenciais mais particulares, como neste caso.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 100

NEUTROPENIA FEBRIL SECUNDÁRIA A PNEUMONIA POR ROTHIA MUCILAGINOSA: A PROPÓSITO DE UM CASO

Autor do trabalho:

ANA CATARINA ALVES MOREIRA

Serviço de Pneumologia; Hospital Garcia de Orta

Co-Autores do trabalho:

DIANA MARTINS; ANA RODRIGUES; MARTA SOARES

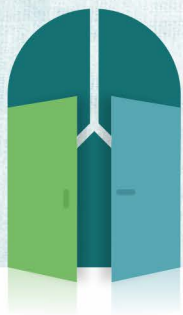
Palavras-chave: CARCINOMA PULMONAR; ROTHIA MUCILAGINOSA; NEUTROPENIA FEBRIL; PNEUMONIA

Introdução: A bactéria *Rothia mucilaginosa* é um coco gram-positivo existente na microflora normal da boca e do trato respiratório superior. Embora se acredite ser um microorganismo de baixa virulência, tem vindo a ser reconhecido como um agente infeccioso oportunista. As infecções causadas por este agente são raras, mas a *Rothia mucilaginosa* deve ser considerada no diagnóstico diferencial de pneumonia, sobretudo em indivíduos imunocomprometidos.

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 66 anos, com o diagnóstico de Carcinoma de células escamosas do pulmão estadio IV em setembro de 2018, sob terapêutica sistémica de 1ª linha com gemcitabina e cisplatina, tendo realizado o último ciclo em 6 de novembro. Internado cerca de 1 semana após por quadro de tosse, hemoptise de moderado volume, toracalgia pleurítica esquerda e febre com 3 dias de evolução. Na admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, febril (39,5°C, auricular), taquicárdico (122/ min), polipneico (26 cpm) e com dessaturação periférica (88%, FiO2 21%). Na auscultação pulmonar, audíveis crepitações grosseiras no terço superior do hemitórax esquerdo. Analiticamente, a destacar uma pancitopenia (leucopenia 2.060 / mm3 dos quais 520 neutrófilos; hemoglobina 7,4 g / dl e plaquetas de 22.000 / mm3) e marcada elevação da proteína C reativa (PCR) 115 UI/ L. Realizada tomografia computadorizada torácica onde foi evidente aumento da lesão pulmonar cavitada no segmento apico-posterior do lobo superior esquerdo (compatível com o tumor pulmonar conhecido) com 74 mm, maior espessura parietal, indissociável de extenso componente consolidativo parenquimatoso, sugestivo de extenso processo infeccioso concomitante. Pelo diagnóstico de neutropenia febril com ponto de partida em pneumonia, início de amoxicilina-ácido clavulânico (1,2 g) e claritromicina (500 mg) empíricos. Realizada broncofibroscopia com lavado broncoalveolar (LBA) (no 2º dia de antibioterapia), sem evidência de hemorragia ativa ou lesões endobrônquicas. Ao 3º dia de antibioterapia, apesar da discreta melhoria clínica, o doente mantinha febre e PCR em perfil ascendente (150 UI/ L) pelo que foi escalada antibioterapia para piperacilina-tazobactam (4,5 g). Às 72 horas, resolução da febre, melhoria da neutropenia e descida acentuada da PCR. No exame cultural do LBA identificada *Rothia mucilaginosa*, sensível à antibioterapia em curso. Foram completados 14 dias de terapêutica antibiótica mediante a confirmação diagnóstica de Pneumonia grave a *Rothia mucilaginosa* (sem bacteremia- 3 hemoculturas negativas), com evolução clínica e analítica favoráveis.

Conclusões: Os autores destacam o caso supracitado pelo seu interesse, sobretudo por haver poucos casos de pneumonia a *Rothia mucilaginosa*

descritos na literatura. Dada a grande variabilidade na susceptibilidade antibiótica, é fundamental a introdução de terapêutica antibiótica dirigida sobretudo nos casos de infecção grave. O correto diagnóstico e início precoce de antibioterapia são determinantes para os outcomes primários.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 101

PNEUMONIA REDONDA: APRESENTAÇÃO INCOMUM DE PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA

Autor do trabalho:

MARIA INÊS MATIAS

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autor do trabalho:

F. GAMBOA

Palavras-chave: PNEUMONIA REDONDA, POROS DE KÖHN, CANAIS DE LAMBERT, STREPTOCOCCUS PNEUMONIA

Introdução: A pneumonia redonda é um subtipo raro de pneumonia lobar, que surge devido ao defeito do tecido conjuntivo (poros de Köhn e canais de Lambert). Apesar de ser bem conhecida na infância, é raramente descrita em adultos. Apresenta-se geralmente como um nódulo pulmonar solitário, mas as consolidações podem ser múltiplas e grandes. A maioria dos casos deve-se ao *Streptococcus pneumoniae* mas também podem estar em causa agentes de pneumonia atípica. Os autores apresentam o caso de uma jovem de 30 anos, fumadora, previamente saudável que apresentou múltiplos nódulos pulmonares devidos a *Strep. Pneumoniae*.

Caso clínico: Doente de 30 anos, raça caucasiana, professora, com quadro com seis dias de evolução com agravamento progressivo caracterizado por tosse produtiva, dispneia, febre, arrepios, astenia e toracalgia pleurítica esquerda. Tinha como antecedentes pessoais quistos mamários, sinusite e tabagismo activo (10 UMA). Referia contacto com aluno com gripe por vírus influenza A, negando viagens ao estrangeiro ou contacto com animais. Negava ainda medicação crónica ou alergias. À admissão encontrava-se febril, sudorética, pálida e com crepitações bilaterais discretas à auscultação. A gasometria arterial revelava hipocapnia (FIO₂/PaO₂ 0.23) e hiperlactacidémia. Analiticamente apresentava trombocitopenia, elevação da PCR e lesão renal aguda. A radiografia do tórax revelou densificações pulmonares arredondadas a apagamento do seio costofrénico esquerdo. A zaragatoa nasal foi negativa para vírus influenza A mas a antigenúria para *Strep. Pneumoniae* foi positiva. Colheu hemocultura e iniciou antibioterapia com ceftriaxone e azitromicina. Cerca de quatro horas após a admissão, apesar da terapêutica médica e oxigenioterapia, houve agravamento marcado dos sinais vitais e da gasometria arterial (FIO₂/PaO₂ 2.12) e a TC do tórax revelou múltiplas consolidações arredondadas, com broncograma aéreo e foi admitida nos cuidados intensivos. O estudo microbiológico, nomeadamente para agentes de pneumonia atípica foi realizado, mas as repetidas hemoculturas, uroculturas e culturas de expectoração foram negativas. A doente melhorou progressivamente com resolução das consolidações e teve alta hospitalar após 3 semanas.

Discussão: O diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares múltiplos é extenso e inclui envolvimento por neoplasia, principalmente na presença de factores de risco. Inclui também causas infecciosas, imunológicas, metabólicas, vasculares ou doenças profissionais. Apresentação séptica e melhoria/redução das lesões com antibioterapia favorece uma causa infecciosa. A pneumonia redonda é um subtipo raro de pneumonia lobar que se apresenta por nódulos pulmonares e é maioritariamente identificada em crianças.

Os autores pretendem alertar para esta causa pouco frequente, mas benigna de nódulos pulmonares múltiplos.

PC 102

AFINAL ERAM FUNGOS!

Autor do trabalho:

JULIANA BARATA

S. Pneumologia - Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Co-Autores do trabalho:

ROBERTO SILVA; MAFALDA BAPTISTA; SARA MARTINS; ANA CRAVEIRO; EUNICE MAGALHÃES; INÊS VICENTE; MARIA JESUS VALENTE; MARIA DE LA SALETE VALENTE

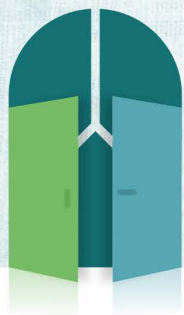
Palavras-chave: ASPERGILOMA, TUMOR

Introdução: O aspergiloma pulmonar único é uma das formas mais comuns e bem reconhecida de envolvimento pulmonar por *Aspergillus* spp, ocorrendo predominante em lesões cavitadas pré-existentes no pulmão.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma paciente de 69 anos de idade, género feminino, não fumadora, trabalhadora têxtil (33 anos), com antecedentes de tuberculose pulmonar aos 20 anos, que recorre ao médico assistente por quadro clínico com 3 meses de evolução caracterizado por tosse seca de predomínio noturno e 3 episódios de expectoração hemoptoica de pequena quantidade. Perante o quadro foi solicitada tomografia computadorizada de tórax que relevou formação nodular com densidade de tecidos moles, irregular, de 29mm e com pequenas calcificações no segmento ápico-posterior do lobo superior esquerdo com captação de produto de contraste. A doente foi enviada para consulta de pneumologia e realizou videobroncoscopia que apresentava oclusão total do segmento anterior do brônquio lobar superior esquerdo e alargamento dos esporões do segmento ápico-posterior do brônquio lobar superior esquerdo, o resultado anatomo-patológico foi negativo para células neoplásicas. A tomografia por emissão de positrões/tomografia computadorizada revelou hipermetabolismo anómalo do respectivo nódulo bem como hipermetabolismo moderado a ligeiro na região hilar esquerda. Devido a localização do nódulo foi recusada para realização de biópsia transtorácica e proposta para cirurgia torácica (excisão em cunha do nódulo) cujo estudo anatomo-patológico referiu tratar-se de um aspergiloma.

A doente encontra-se neste momento totalmente assintomática.

Conclusão: Os autores apresentam o caso pelo diagnóstico inesperado, bem como para demonstrar que nem todas as lesões/massas pulmonares correspondem a lesões malignas, mesmo que apresentem características de malignidade



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 103

PNEUMONITE POR HIDROCARBONETOS APÓS SIFONAGEM DE GASOLINA

Autor do trabalho:

RITA QUEIROZ RODRIGUES

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

Co-Autores do trabalho:

ANA ISABEL LOUREIRO; MARGARIDA M. CARVALHO; TERESA GOMES; ANA FERNANDES

Palavras-chave: PNEUMONIA, PNEUMONITE DE ASPIRAÇÃO, HIDROCARBONETOS, SIFONAGEM

Introdução: A pneumonite por hidrocarbonetos após aspiração de combustíveis é uma forma rara de pneumonite aguda. Está associada a exposição profissional em cuspidores de fogo ou na sifonagem de combustíveis (estes últimos casos mais raramente reportados). Os achados imagiológicos mais comuns são atelectasia, consolidação com broncograma aéreo e vidro despolido, mais frequentemente localizados nos lobos inferiores e lobo médio (menos frequentemente). A pneumonite por hidrocarbonetos está relacionada com a ativação de macrófagos, originando edema brônquico, lesão tecidual e destruição de surfactante, sendo que a resposta inflamatória é mais importante do que a ação direta dos compostos. Habitualmente, os doentes recuperam sem sequelas pulmonares significativas.

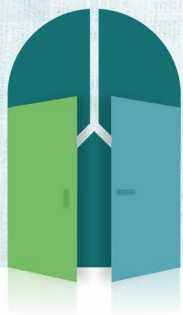
Caso clínico: Homem, 62 anos, não fumador, sem antecedentes de relevo, que recorre ao SU por ingestão accidental de gasolina após sifonagem de um motor. Dado estar assintomático e sem alterações ao exame objetivo ou radiológicas, ficou algumas horas em vigilância e teve alta.

Recorre novamente 10 dias depois, por episódio de hemoptise de grande volume. Nesta altura referia também que desde o dia da ingestão apresentava tosse seca, dispneia e pieira. Ao exame objetivo; hemodinamicamente estável, apirético, eupneico, saturação de O₂ de 97% a ar ambiente e crepitações na região inframamária direita à auscultação pulmonar. Analiticamente sem alterações. A radiografia torácica mostrou hipotransparência parahilar direita com sinal da silhueta cardíaca. Realizou tomografia (TC) de tórax que evidenciou uma densificação irregular no lobo médio, 5 cm de maior diâmetro, com envolvimento broncovascular, broncograma aéreo e área adjacente em vidro despolido. Atendendo à imagem e localização com envolvimento broncovascular, optou-se por internar para antibioterapia e vigilância. Iniciou empiricamente antibioterapia com amoxicilina/clavulanato e azitromicina. Realizou posteriormente broncofibroscopia que mostrou sinais inflamatórios na mucosa do brônquio lobar médio, local onde se escovou. Não houve isolamentos microbiológicos e o escovado foi negativo para células neoplásicas. Dada a melhoria clínica e radiológica, teve alta orientado para a consulta. Repetiu a TC do tórax um mês depois com franca melhoria da densificação do lobo médio, assumida portanto em contexto de pneumonite por hidrocarbonetos. Doente manteve-se assintomático após alta.

Discussão: A pneumonite por hidrocarbonetos é uma causa relativamente incomum de pneumonite aguda. É mais comum nos lobos inferiores, sobretudo em cuspidores de fogo. Neste caso, a localização no

lobo médio pode dever-se ao facto de na sifonagem a posição preferencial ser a inclinação anterior do tronco, enquanto que com os cuspidores de fogo habitualmente há ortostatismo aquando da aspiração. A clínica é habitualmente não específica e normalmente há resolução do quadro em poucos dias apenas com tratamento conservador. Neste caso, o período assintomático entre a aspiração e os sintomas levou à consideração de outras hipóteses como infeção ou neoplasia, tendo por isso iniciado antibioterapia.

Assim, com este caso chama-se a atenção para uma causa menos habitual de pneumonia de aspiração, sendo que o diagnóstico precoce é importante para a redução da morbilidade e antecipação de possíveis complicações decorrentes de intoxicação por hidrocarbonetos, tanto a nível pulmonar como multiorgânico.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 104

ASPERGILOSE PULMONAR CAVITÁRIA CRÓNICA

Autor do trabalho:

MARIANA CABRAL

Hospital de Santa Marta – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Co-Autores do trabalho:

BRUNO MENDES; CARLOS FIGUEIREDO; DIONÍSIO MAIA; PAULA CRAVO; JOÃO CARDOSO

Palavras-chave: ASPERGILOSE, ASPERGILLUS, MICETOMA, CAVITAÇÃO, INFECÇÃO FÚNGICA

Introdução: A Aspergilose pulmonar crónica engloba várias manifestações da doença, incluindo o aspergiloma simples, nódulos de *Aspergillus*, aspergilose pulmonar cavitária crónica e aspergilose pulmonar fibrosante crónica. Habitualmente ocorre em doentes com patologia pulmonar estrutural, mais frequentemente, sequelas de tuberculose, na doença pulmonar obstrutiva crónica.

Caso clínico: Homem de 74 anos, fumador com carga tabágica estimada em 50 UMA e história médica conhecida de tuberculose pulmonar (TP) não tratada com sequelas no pulmão esquerdo.

Doente observado em consulta de Pneumologia após recurso ao Serviço de Urgência por quadro de hemoptises de pequeno volume, aumento dos parâmetros inflamatórios e hipotransparência no terço superior do campo pulmonar esquerdo. Realizou TC do tórax que mostrou cavitação com paredes espessadas no lobo superior esquerdo colocando-se a hipótese de reactivação de TP, ocupação por micetoma, ou complicação infecciosa das bronquiectasias. No seguimento do estudo, fez broncofibroscopia: alterações inflamatórias inespecíficas a nível macroscópico e, no lavado broncoalveolar, antígeno Glactomannan positivo, isolamento de *Aspergillus niger*, e pesquisa de células neoplásicas, exames culturais e BAAR negativos. Iniciou tratamento com voriconazol 200mg de 12/12h; a TC do tórax de reavaliação às 6 semanas mostrou diminuição do conteúdo no interior da cavitação e o doente encontrava-se clinicamente assintomático. Houve necessidade de suspender a terapêutica por toxicidade hepática ligeira que retomou numa dose inferior – 100mg 12/12h – após 12 dias. Por iniciativa do doente, suspendeu a terapêutica antifúngica ao fim de 7 meses de tratamento. Nos exames imagiológicos de reavaliação manteve-se estável, com cavitação mas sem área nodular intracavitária.

Conclusão: A excisão cirúrgica do aspergiloma simples é recomendada. A terapêutica antifúngica a longo prazo é indicada para o tratamento da aspergilose pulmonar cavitária crónica. Recomenda-se a monitorização cuidadosa das concentrações séricas do antifúngico, interações medicamentosas e possíveis toxicidades. Doentes com nódulos únicos de *Aspergillus* só necessitam de terapia antifúngica se não forem completamente ressecados, mas se múltiplos podem beneficiar de tratamento antifúngico.

PC 105

OLIGOFRENIA E TOSSE CRÓNICA – NO QUE PENSAR?

Autor do trabalho:

RITA FERRO

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Co-Autores do trabalho:

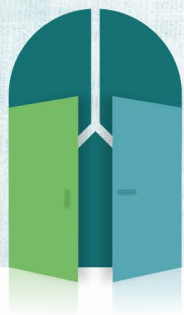
SÓNIA GUERRA; MARIANA CONCEIÇÃO; ÂNGELA DIAS CUNHA; JOANA BATISTA CORREIA; TITO ABRANTES; ANA CAMPOS; ANTÓNIO SIMÕES TORRES

Palavras-chave: TOSSE CRÓNICA, CORPO ESTRANHO.

Introdução: A tosse é um sintoma frequente de referenciação da consulta de Medicina Geral e Familiar para a Pneumologia. As causas mais comuns de tosse crónica são a rinorreia posterior, a doença do refluxo gastroesofágico e a asma. A tosse crónica tem duração superior a 8 semanas.

Caso clínico: Doente de 65 anos, sexo masculino, não fumador, oligofrénico, referenciado à consulta de Pneumologia Geral por tosse com 3 anos de evolução e alterações na telerradiografia torácica. Ao exame objetivo, doente não colaborante, com saturação periférica de oxigénio de 95%. A telerradiografia tórax evidenciava uma hipotransparência na base pulmonar direita. A TC tórax revelou uma imagem linear com 4 cm de extensão, ligeiramente curvilínea, com localização proximal ao brônquio lobar inferior direito; distalmente a esta localização observaram-se exuberantes bronquiectasias com preenchimento mucoso e em proximidade com estas, alterações micronodulares múltiplas sugestivas de alterações inflamatórias ou infecciosas. Considerou-se a possibilidade de corpo estranho – osso. A broncofibroscopia revelou mucosa edemaciada em toda a árvore brônquica direita, um rolhão de secreções na emergência do brônquio lobar inferior direito e o corpo estranho, que foi ressecado. O aspirado brônquico foi negativo para células neoplásicas e a biópsia brônquica revelou mucosa respiratória com inflamação crónica associada a corpo estranho – tecido ósseo e colónias de microorganismos com morfologia de *Actinomyces*. Realizou doxiciclina durante 6 meses. Na consulta de seguimento, o doente estava clinicamente melhor, sem tosse ou expectoração e com telerradiografia tórax sem alterações.

Discussão: A aspiração de corpo estranho é uma condição pouco comum em adultos e associa-se frequentemente a patologia neurológica. Uma história clínica detalhada, um exame objetivo completo e ferramentas diagnósticas adequadas são fundamentais para um diagnóstico oportuno e previnem complicações tardias.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 106

A CEREJA NO TOPO DO DIAGNÓSTICO

Autor do trabalho:

RITA FERRO

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Co-Autores do trabalho:

SÓNIA GUERRA; MARIANA CONCEIÇÃO; ÂNGELA DIAS CUNHA; JOANA BATISTA CORREIA; TITO ABRANTES; ANA CAMPOS; ANTÓNIO SIMÕES TORRES

Palavras-chave: INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS, ASPIRAÇÃO, CORPO ESTRANHO.

Introdução: A aspiração de corpo estranho é mais comum em crianças do que em adultos e pode ter uma apresentação mais subtil no último grupo. Os principais fatores de risco para a aspiração de corpo estranho em adultos são a idade acima dos 75 anos, distúrbios neurológicos e psiquiátricos, alterações do estado de consciência e mastigação pouco eficaz pelo uso de próteses dentárias inadequadas.

Caso clínico: Doente de 82 anos, sexo masculino, ex-fumador de 30 unidades maço-ano, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca congestiva, hiperplasia benigna da próstata e demência, referenciado à consulta de Pneumologia Geral por dispneia, tosse produtiva e infeções respiratórias de repetição com 2 anos de evolução. Ao exame objetivo, apresentava saturação arterial periférica de oxigénio de 95%, sem alterações de relevo. Previamente, o doente realizara telerradiografia tórax, broncofibroscopia flexível e TC tórax. A telerradiografia tórax mostrara apenas um reforço broncovascular. A broncofibroscopia flexível evidenciara uma massa endobrônquica de aspeto totalmente necrosado envolta em secreções mucopurulentas a obstruir parcialmente o brônquio lobar superior direito, não passível de remoção com aspiração ou pinça. O escovado e as biópsias foram negativos para células neoplásicas e o aspirado brônquico foi positivo para *E. coli* e *M. morganii*, sensíveis a cefotaxime. A TC tórax mostrara uma imagem nodular arredondada com maior densidade periférica e dois focos de calcificações grosseiras milimétricas em localização endoluminal no brônquio lobar superior direito compatível com possível corpo estranho. Internou-se o doente no Serviço de Pneumologia. O doente foi submetido a broncoscopia rígida que confirmou a formação arredondada, recoberta por secreções purulentas a nível do brônquio lobar superior direito, compatível com caroço de cereja, o qual foi removido na totalidade. O aspirado brônquico foi negativo para células neoplásicas e a biópsia brônquica revelou inflamação crónica de natureza inespecífica. Após a remoção do corpo estranho, a clínica respiratória melhorou, tendo tido alta clínica a curto prazo.

Discussão: A aspiração de corpo estranho é uma condição incomum em adultos, mas quando presente pode culminar com diversas complicações a longo prazo, tais como pneumonia de aspiração, bronquiectasias, hemoptises, abscesso pulmonar e ainda mimetizar imagens sugestivas de neoplasia.

PC 107

PNEUMONIA REDONDA: DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

FRANCISCA QUIFICA

Departamento de Pneumologia, Hospital Militar Principal, Luanda, Angola; CISA – Centro de Investigação em Saúde de Angola, Caxito, Bengo, Angola

Co-Autores do trabalho:

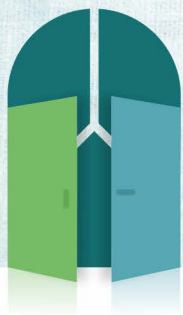
OFÉLIA SACHICOLA; MARGARETE ARRAIS

Palavras-chave: REDONDA, PNEUMONIA, ADULTO

Introdução: A pneumonia redonda ou pseudotumoral é uma apresentação rara das pneumonias. É uma infeção bacteriana, que ocorre mais frequentemente em crianças e manifesta-se radiologicamente como uma opacidade arredondada, de contornos bem definidos, nos lobos inferiores simulando uma massa pulmonar. É uma entidade rara em adultos representando menos de 1% dos casos.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de uma doente de 36 anos de idade, sexo feminino, observada por febre de predomínio vespertino, episódios esporádicos de tosse sem expectoração e cansaço fácil com cerca de quatro dias de evolução. Fumadora (10 UMA), história familiar de cancro (pai e tio paterno falecidos por cancro do estômago). Sinais vitais dentro dos parâmetros normais e sem alterações ao exame do sistema respiratório. A radiografia (Rx) do tórax evidenciava imagem arredondada de cerca de 4cm de diâmetro localizada no lobo superior do pulmão esquerdo e a tomografia computadorizada (TC) do tórax mostrou hiperdensidade nodular localizada no segmento apico-posterior do lobo superior do pulmão esquerdo, com 4x3cm de maiores eixos, com broncograma aéreo, contornos discretamente irregulares e aparente contacto com a pleura, sem derrame pleural. A doente foi medicada com amoxicilina+ácido clavulânico e claritromicina. Retornou a consulta no quinto dia de tratamento referindo estar assintomática e o Rx tórax evolutivo revelava diminuição considerável da lesão pulmonar. No décimo dia de tratamento, foi novamente observada, assintomática e trazia um novo Rx tórax sem alterações pleuropulmonares.

Discussão: O mecanismo fisiopatológico da pneumonia redonda não está bem estudado. Pensa-se que inicialmente há um processo exsudativo inflamatório alveolar, o qual se dissemina por extensão directa por meio dos poros de Kohn e dos canais de Lambert, conferindo distribuição não segmentar. Posteriormente, a propagação centrífuga do processo inflamatório peri-brônquico determina o aparecimento de imagem segmentar ou lobar. O aspeto radiológico redondo constitui etapa precoce na evolução da doença. Nas crianças, os poros de Kohn são pouco desenvolvidos e o tecido conectivo dos septos e alvéolos é escasso, o que contribui para produzir áreas confluentes mais compactas e de margens delimitadas, mais frequentes nesta faixa etária. Sendo uma entidade pouco frequente em adultos, o diagnóstico diferencial deve ser feito com atelectasia redonda, pseudo tumor pós inflamatório, cisto broncogénico, sequestro, blastoma, hamartoma, malformação arterio-venosa, metástases e massas mediastinais, quando em contacto com o mediastino. A grande “pista” para o diagnóstico de pneumonia é a presença de broncograma aéreo no interior da massa, muitas vezes só demonstrável pela TC do tórax. O principal agente etiológico é o *Streptococcus pneumoniae*, embora outros



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

como o *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamidia pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *klebsiella pneumoniae*, *Coxiella burnetii*, *Mycobacterium tuberculosis*, possam estar implicados em menor frequência. O tratamento é essencialmente clínico e a antibioterapia direcionada ao principal agente etiológico deve ser indicada. Geralmente a resposta clínica e radiológica é rápida e favorável.

Conclusão: Diante de imagem radiológica arredondada, com broncograma aéreo em doente sem sinais clínicos que sugerem malignidade é razoável formular a hipótese de pneumonia redonda e aguardar a resposta clínica a antibioterapia, adiando procedimentos diagnósticos de maior complexidade.

PC 108

EMPIEMA A SALMONELLA – O RELATO DE UM CASO RARO**Autor do trabalho:****CARINA RÔLO SILVESTRE**

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Oeste – Torres Vedras

Co-Autores do trabalho:**DANIEL DUARTE; RICARDO CORDEIRO; NATÁLIA ANDRÉ; TERESA FALCÃO; ANTÓNIO DOMINGOS**

Palavras-chave: EMPIEMA; SALMONELLA.

Introdução: *Salmonella* é um agente entérico patogénico, responsável por infeções gastrointestinais e extra-intestinais. As infeções pleuropulmonares por esta bactéria gram negativa são raras.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 83 anos, trazido ao serviço de urgência, por um quadro, com uma semana de evolução, de febre (38,2°C), tosse produtiva, dispneia e dor pleurítica localizada no hemitórax direito.

Negava náuseas, vômitos e diarreia. Negava também hábitos tabágicos ou doenças respiratórias.

Com história pessoal de síndrome mielodisplásica com excesso de blastos, com necessidade de suporte de transfusional a cada quinze dias.

Ao exame objetivo, encontrava-se pálido, apirético e eupneico em ar ambiente. À auscultação pulmonar apresentava diminuição do murmúrio vesicular e macicez à percussão na base do hemitórax direito.

A radiografia de tórax demonstrou hipotransparência na base direita e a tomografia computadorizada de tórax revelou derrame pleural localizado à direita com consolidação do parênquima adjacente e linfadenopatia mediastínica.

Os exames laboratoriais revelaram anemia (Hb 6,8g/dL; Htc 19,8%), sem leucocitose (5700 células/μL; 3,65x10³/μL (60%) neutrófilos) e proteína C-reativa elevada (36,2mg/dL). Os antígenos urinários para *legionella* e *pneumococo* foram negativos. Colheu sangue para hemoculturas.

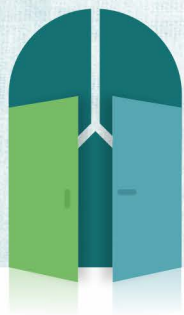
Realizou-se toracocentese diagnóstica ecoguiada, que revelou líquido pleural (LP) purulento. As amostras do líquido foram enviadas para cultura e análise citológica. Colocou-se um dreno torácico, com drenagem de 450mL de líquido purulento. Posteriormente, iniciou cinesioterapia respiratória.

Assumiu-se o diagnóstico de pneumonia com empiema e iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico associado à clindamicina. O LP revelou-se um exsudado com os seguintes parâmetros: pH 6,24, glicose <5mg/dL, lactato desidrogenase 6743U/L e proteínas 3,8g/dL. Citologia: 97600 células/mm³ com 99% de neutrófilos. O LP e as hemoculturas revelaram-se positivos para *Salmonella enteritidis*. O teste de sensibilidade aos antibióticos (TSA) mostrou sensibilidade ao cotrimoxazol, ceftriaxona, ciprofloxacina e ampicilina.

As coproculturas foram negativas.

Pela presença de bacteriemia a *Salmonella* não-typhi com empiema e de acordo com o TSA, iniciou ceftriaxona e ciprofloxacina por via endovenosa, resultando em melhoria clínica e laboratorial.

Após sete semanas de terapêutica antibiótica, apresentou hemoculturas negativas, teve alta clínica, com melhoria radiológica significativa.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

Conclusão: Este foi um caso de sucesso, apesar da patologia hematológica mal controlada.

O diagnóstico foi desafiador pela falta de sintomas gastrointestinais e ausência de leucocitose. A doença pleuropulmonar causada por *Salmonella* não-typhi é extremamente rara e apresenta alta mortalidade, mas deve ser considerada em pacientes imunodeprimidos. Neste caso, a fonte da *Salmonella* não foi identificada.

PC 109

VACINAS BACTERIANAS ESPECÍFICAS – ESTÍMULO ÚNICO VERSUS RE-IMUNIZAÇÃO**Autor do trabalho:****JOÃO PEDRO NEIVA MACHADO**

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:**JOSÉ COUTINHO COSTA; TERESA COSTA; CIDÁLIA RODRIGUES**

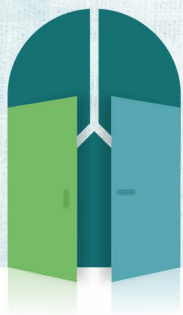
Palavras-chave: IMUNOTERAPIA BACTERIANA ESPECÍFICA; EXACERBAÇÕES

Introdução: A imunoterapia bacteriana específica (ITBE) é uma ferramenta relativamente recente na estratégia de prevenção de infeções e com dados de experiência clínica escassos. Tem-se, contudo, verificado interesse crescente na sua aplicação, especialmente na prevenção de exacerbações de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), com bons resultados.

Objetivos: Avaliar a eficácia na redução do número de exacerbações, de doentes com patologia respiratória crónica e exacerbações infecciosas frequentes, com e sem repetição de estímulo.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de amostra de conveniência de doentes seguidos na Consulta de Readaptação Funcional do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com exacerbações infecciosas frequentes (3 ou mais) apesar das melhores estratégias terapêuticas empregadas. A ITBE utilizou-se como terapêutica add-on. Foram analisados os dados demográficos e clínicos, nomeadamente número de exacerbações 1 ano antes da terapêutica e 2 anos após. O total de doentes, após a primeira imunização, foi dividido em dois grupos, um contendo doentes re-imunizados e outro não, comparando-se os resultados.

Resultados: Amostra constituída por 10 indivíduos, 40,0% do sexo masculino, média de idades de 62,5 anos. Sete apresentavam bronquiectasias não fibrose quística, 2 DPOC e 1 doente síndrome de Mounier Kuhn. Três doentes cumpriram ou estavam a cumprir terapêutica de longa duração com azitromicina, 1 doente sob colistina inalada e 2 sob tobramicina inalada (colonizados com *Pseudomonas aeruginosa*). Do total, 4 doentes apresentavam colonização bacteriana [*Pseudomonas aeruginosa* (4) e/ou *Haemophilus influenzae* (1)] e foram submetidos a pauta personalizada com maior percentagem do agente colonizante (mínimo de 10% na composição) associado a pelo menos 50% de pauta standard. Os restantes 6 cumpriram a pauta standard. Os 10 doentes inicialmente tratados apresentavam uma média de exacerbações infecciosas no ano anterior de 3,4 (0,7 com internamento). No ano após a terapêutica o número médio foi de 1,2 exacerbações (0,2 com internamento). Foram então novamente analisados os dados (1 doente excluído, falecido por acidente vascular cerebral) constatando-se 4 doentes reimmunizados e 5 doentes não re-immunizados. Os motivos para repetição não foram exclusivamente presença/ausência de benefício (o que poderia introduzir viés muito importante) mas também custo e conveniência, permitindo, de certa forma, uniformizar os 2 grupos (este facto comprova-se pelo semelhante número de agudizações tanto antes como 1 ano após ITE dos dois grupos). A média de exacerbações dos re-immunizados, no ano 2 foi de 0,8 (nenhum internamento) e nos não re-immunizados foi de 3,3 (0,8 com internamento). Na comparação



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

dos grupos não se obteve diferença estatisticamente significativa, nomeadamente no número de agudizações com e sem internamento.

Conclusão: Com as devidas ressalvas de uma amostra muito pequena, parece haver diferença na média de exacerbações entre os grupos consoante se procede a re-imunização ou não (apesar da ausência de significado estatístico decorrente, provavelmente, do tamanho da amostra), sugerindo, em linha com a bibliografia disponível, que o benefício desta terapêutica se obtém e mantém com o estímulo repetido.

PC 110

QUAL O IMPACTO DA BACTERIÉMIA NA PNEUMONIA A *S. PNEUMONIAE*?

Autor do trabalho:

MIGUEL FILIPE GUIA

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca; Hospital Vila Franca de Xira

Co-Autores do trabalho:

ANDRÉ SIMÕES; JOÃO GONÇALVES PEREIRA

Palavras-chave: PNEUMONIA, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, BACTERIEMIA

Introdução: A deteção do antígeno pneumocócico urinário é rápida e tem elevada sensibilidade e especificidade. O isolamento deste agente é importante para a identificação de falsos positivos e de casos de resistência, mas em muitas pneumonias as hemoculturas são negativas. Não é evidente o impacto no prognóstico da presença de bacteriemia na pneumonia por *Streptococcus pneumoniae* (SP).

Objetivos: análise comparativa de doentes com pneumonia adquirida na comunidade (PAC) a SP internados num Serviço de Medicina Intensiva (SMI), com e sem bacteriemia associada, relativamente a comorbilidades, falência de órgão e mortalidade

Métodos: Análise retrospectiva dos registos clínicos e laboratoriais de doentes internados num SMI durante um período de 5 anos com diagnóstico de PAC a SP. Separaram-se os doentes de acordo com a presença ou ausência do isolamento deste agente em hemocultura.

Definiu-se hiponatremia como valor sérico de sódio inferior a 135 meq/dL. Definiu-se falência de órgão (FO) como necessidade de ventilação mecânica invasiva, uso de vasopressores (noradrenalina ou equivalente) ou técnica de substituição renal. Para cada grupo calcularam-se os dias vivo e sem necessidade de ventilação invasiva (DLV) nos primeiros 10 dias após admissão em SMI.

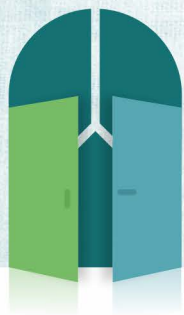
Resultados : Foram incluídos 28 doentes, 12 com hemocultura positiva (HCP) e 16 apenas com antigenúria (hemocultura negativa – HCN).

A maioria era do sexo masculino (HCP 67% vs. 56% em HCN), sendo a idade média de 60.3±19.6 anos em HCP e 69±13.8 anos em HCN (p=0.218).

Os doentes do grupo HCN tinham mais frequentemente comorbilidades (≥2, 31.3% vs. 18.2%), nomeadamente insuficiência cardíaca (38% vs. 25%), diabetes mellitus (38% vs. 25%) e doença pulmonar obstrutiva crónica (31% vs. 8%), embora menos doença renal crónica (13% vs. 17%) ou infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (6% vs. 8%); 19% dos doentes com HCN eram fumadores ativos (vs. 8% com HCP).

Nos doentes com HCP a presença de leucocitose e de hiponatremia, bem como a concentração da proteína C reativa máxima (35.8 vs 37.0 mg/dL, p=0.80) foram similares ao grupo dos doentes com HCN.

A necessidade de suporte de pelo menos um órgão foi similar (HCP 33% vs. 31% HCN; p=0.91). O suporte mais comum foi a ventilação invasiva (42% no grupo HCP e 25% no grupo HCN, p=0.350); os DLV foram similares nos dois grupos, 7.8 dias no grupo HCP e 7.5 dias no grupo HCN. Necessitaram de suporte vasopressor e substituição renal, nos grupos HCP e HCN, respetivamente 25% e 31%, e 17% e 19%.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

A demora média em SMI (doentes que sobreviveram) foi também similar: grupo HCP 5.4 ± 2.0 vs. 5.6 ± 4.9 dias no grupo HCN ($p=0.55$). A taxa de mortalidade foi de 17% com HCP e 13% com HCN ($p=0.755$).

Conclusões: Nesta amostra não encontramos evidência que a presença de bacterémia nos doentes com pneumonia a SP se tenha traduzido em maior gravidade clínica ou pior prognóstico.

PC 111

TUBERCULOSE NO DOENTE SOB TERAPÊUTICA BIOLÓGICA**Autor do trabalho:****RITA BRANQUINHO PINHEIRO**

Centro Hospitalar Lisboa Norte

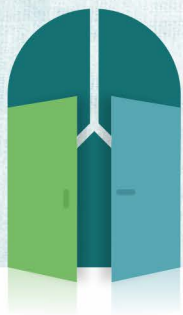
Co-Autores do trabalho:**J, NASCIMENTO; S, SALGADO; P, ESTEVES; I, CLARO; C, BÁRBARA**

Palavras-chave: TUBERCULOSE, TERAPÊUTICA BIOLÓGICA, INFILIXIMAB, IMUNOSSUPRESSÃO, RASTREIO

Introdução: A terapêutica biológica está associada a um risco aumentado de Tuberculose. O Infliximab é um anticorpo monoclonal que neutraliza a atividade biológica do fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) impedindo a sua ligação ao seu recetor. O TNF- α é fundamental na defesa imunológica contra o micobactérium tuberculosis, especialmente na formação e manutenção de granulomas, pelo que a inibição deste, e consequentemente da rede de quimiocinas por ele reguladas, aumenta a suscetibilidade ao desenvolvimento de Tuberculose doença. A Tuberculose doença no contexto de terapêutica anti TNF- α pode resultar da reativação de infeção latente ou infeção durante o tratamento. A terapêutica preventiva nos doentes com Tuberculose latente reduz significativamente a incidência de Tuberculose doença, pelo que o rastreio sistemático destes doentes é fundamental. O rastreio anual, assim como a pesquisa de exposição a casos de Tuberculose durante o tratamento poderão reduzir os casos de doença que decorrem devido a novas infeções. Todos os doentes candidatos a terapêutica biológica devem ser rastreados. O rastreio deve ser realizado antes do início da terapêutica biológica e preferencialmente à data do diagnóstico da doença antes do início de qualquer terapêutica imunossupressora, além de rastreio anual se o primeiro rastreio for negativo e o doente mantiver terapêutica biológica, ou sempre que existir exposição a casos de Tuberculose.

Caso Clínico: Relata-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, 44 anos, com o diagnóstico de Doença de Behçet há cerca de 15 anos e sob terapêutica com infliximab desde há 13 anos, sem registo em processo clínico de rastreio de Tuberculose antes ou durante o tratamento, mas referia ter realizado teste tuberculínico antes do início da terapêutica. Referia contacto com dois familiares diretos com Tuberculose há cerca de 1 ano, não tendo sido sinalizado. Foi enviado ao Serviço de Urgência através da Consulta de Reumatologia por quadro com cerca de 5 semanas de evolução de febre de predomínio vespertino, tosse inicialmente seca e depois produtiva, perda ponderal e anorexia, com evidência de padrão micro-retículo-nodular bilateral na radiografia de tórax. O exame direto da expectoração revelou-se negativo mas o teste IGRA (Interferon Gamma Release Assay) foi positivo; atendendo aos fatores de risco do doente iniciou terapêutica antibacilar após colheitas para exame micobacteriológico e anatomo-patológico. O estudo realizado mostrou além de envolvimento pulmonar, uma lesão estenosante do cólon direito que a colonoscopia mostrou ser uma lesão inflamatória da válvula ileo-cecal cuja biópsia revelou ileíte terminal granulomatosa. O isolamento de Micobactérium tuberculosis foi feito no exame cultural da expectoração.

Conclusão: O tratamento com agentes biológicos, em particular os inibidores do TNF- α , está associado ao aumento do risco de Tuberculose,



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

particularmente formas mais graves da doença, como neste caso de Tuberculose disseminada. A Tuberculose é uma doença presente, sendo necessário estar alerta particularmente nos doentes de risco, prevenindo a reinfeção e disseminação de Tuberculose latente ou mesmo novos casos de Tuberculose doença. O rastreio da doença é importante e deve ser adaptado a cada população.

PC 112

A SILICOSE NA SOMBRA DA TUBERCULOSE: A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA

Autor do trabalho:

PEDRO NOGUEIRA COSTA

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

CELESTE ALCOBIA; SÓNIA MOREIRA; ALEXANDRA CATARINO

Palavras-chave: TUBERCULOSE; SILICOSE; SILICOTUBERCULOSE

Introdução: A tuberculose mantém-se uma doença relevante na sociedade moderna (16.6 casos notificados/100 000 habitantes em Portugal no ano de 2018) afetando primariamente o pulmão, mas podendo também manifestar-se em outros órgãos ou sistemas, como os gânglios linfáticos. O risco de tuberculose aumenta em alguns grupos populacionais, nomeadamente em doentes com silicose (doença crónica causada pela entrada de partículas de sílica no pulmão) com estudos recentes a reportar um risco de desenvolvimento de tuberculose 2.8-3.9 vezes superior nestes doentes.

Caso-clínico: Doente do sexo masculino, 41 anos, fumador (20UMA), operário em fábrica de cerâmica, que recorreu ao Serviço de Urgência por perda ponderal (10kg em 12 meses), astenia, anorexia, sudorese noturna, tosse produtiva com expectoração mucopurulenta e dispneia para esforços moderados.

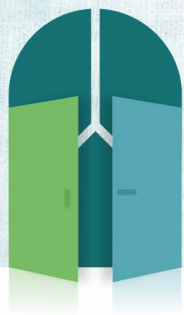
No estudo complementar, de referir teste IGRA (interferon gamma release assay) não sugestivo de infeção por *Mycobacterium tuberculosis*, enzima conversora da angiotensina sérica normal, radiografia de tórax com hiperinsuflação bilateral e TC torácica com adenomegalias mediastínicas e hilares, enfisema centrilobular e parasseptal, densificação no lobo inferior direito, nódulos em vidro despolido na língua e no lobo inferior esquerdo. Na PET-CT foram identificadas adenopatias com hiper-metabolismo. Realizou broncofibroscopia com aspirado e lavado brônquicos, sendo a pesquisa de micobactérias por exame direto, cultural e PCR negativa. Posteriormente, realizou biópsia de adenopatia mediastínica por mediatinoscopia, cujo resultado histológico excluiu doença linfoproliferativa e objetivou diagnóstico de provável tuberculose. A reação intradérmica de sensibilidade à tuberculina apresentou induração discreta de 10mm.

Perante o quadro clínico, imagiológico e histológico cumpriu tratamento anti-bacilar durante 9 meses, apresentando melhoria clínica e aumento de peso (5kg).

Na reavaliação imagiológica e por PET-CT observou-se persistência das adenopatias, com estabilidade numérica e evolução heterogénea da dimensão e do grau de atividade metabólica (apenas algumas das adenopatias com redução dimensional e metabólica), e persistência dos nódulos pulmonares bilaterais com estabilidade numérica e dimensional.

Perante a evolução heterogénea das adenopatias, o doente foi mais extensivamente investigado no âmbito dos seus contactos profissionais, identificando-se o contacto com produtos derivados da sílica e feldspato, sem a devida utilização dos equipamentos de proteção individual, enquadrando-se o caso com o diagnóstico de silicotuberculose.

Conclusão: O diagnóstico de tuberculose resulta de uma marcha diagnóstica frequentemente complexa e nem sempre linear. Com este caso clínico



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

pretende demonstrar-se que a tuberculose se mantém um diagnóstico atual e de elevada relevância, mas também que a resposta à terapêutica pode ser condicionada pela existência de comorbilidades como a silicose, destacando-se a necessidade de identificar os fatores potencialmente modificadores dessa resposta, quando a evolução da doença e/ou do seu tratamento não correspondem ao esperado.

PC 113

TUBERCULOSE, UMA FORMA INVULGAR DE APRESENTAÇÃO**Autor do trabalho:****MARIA MARTA CARVALHO QUARESMA**

Hospital Vila Franca de Xira, Unidade de Pneumologia

Co-Autores do trabalho:**NELSON MARÇAL; INÊS CORDEIRO; CATARINA PISSARRA**

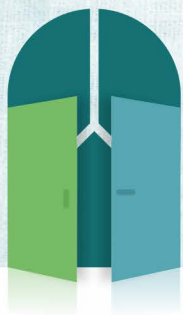
Palavras-chave: TUBERCULOSE, ANTI-TNF ALFA

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo agente *Mycobacterium tuberculosis complex*, sendo o pulmão o principal órgão atingido. Em 25% dos casos existe envolvimento extra-pulmonar: gânglios linfáticos, pleura, meninges, pericárdio, osso e rim.

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino de 59 anos, com antecedentes conhecidos de diabetes mellitus tipo 2, cardiopatia isquémica, litíase renal e doença de Still do adulto sob terapêutica com infliximab há 18 anos. Inicia quadro consumptivo sistémico com 4 meses de evolução caracterizado por febre, sudorese noturna e perda ponderal. Neste período tem episódio de bursite e celulite do antebraço esquerdo, sem agente identificado em exame cultural de líquido sinovial e sangue. Foi iniciada antibioterapia com melhoria clínica transitória, seguida de novo agravamento clínico com febre persistente. Realizou estudo complementar, com teste IGRA positivo, radiografia de tórax com padrão micronodular difuso que motivam broncofibroscopia. É orientado à nossa consulta para esclarecimento diagnóstico e, por apresentar lesão exuberante na orofaringe é pedida observação à ORL que documenta lesão ulcerada superficial no pilar amigdalino anterior direito alto e véu palatino à direita com extensão para o polo amigdalino direito superior com mobilidade normal e simétrica do palato e que motivam a realização de biópsia. Apesar da elevada suspeita de neoformação confirma-se processo inflamatório crónico com áreas granulomatosas.

Após confirmação de BAAR em secreções e lavado broncoalveolar é iniciada terapêutica antibacilar quádrupla com melhoria clínica transitória, resolução da lesão da orofaringe, mas com persistência de quadro febril. Por se ter identificado deteção molecular de resistência à isoniazida (mutação no gene "inhA") é alterada terapêutica. Apesar do tratamento verificou-se recorrência do quadro de bursite (líquido sinovial com BAAR) e edema escrotal cujo pús também confirmou a presença de BAAR.

Este caso clínico destaca-se pelo reconhecimento de formas menos frequentes de apresentação da doença como é a da cavidade oral (em apenas 0,5-5% dos doentes) e reforça a importância da exclusão de tuberculose latente em doentes submetidos a terapêutica anti-TNF alfa, sobretudo em casos com início de tratamento prévio à publicação da guideline conjunta da sociedade portuguesa de pneumologia e de reumatologia de 2006.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 114

A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS DE TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAR

Autor do trabalho:

JOANA BRANCO

Hospital Beatriz Ângelo

Co-Autores do trabalho:

CATARINA CUSTÓDIO; TELMA LOPES; FILIPA TODO BOM; MARGARIDA FELIZARDO; CARLOS MACOR; ALEXANDRA CHAVEIRO; SOFIA FURTADO

Palavras-chave: TUBERCULOSE CUTÂNEA; TUBERCULOSE AMIGDALINA

Introdução: A incidência de tuberculose tem vindo a diminuir a nível nacional, estando atualmente abaixo do limite definido como de baixa incidência. A tuberculose extra-pulmonar representa cerca de 12-20% dos casos de tuberculose e é mais frequente em crianças e doentes imunodeprimidos, sendo necessário um elevado índice de suspeição clínica na população adulta imunocompetente.

Apresentação dos casos clínicos: No primeiro caso descrevemos uma doente de 52 anos, não fumadora, com história conhecida de amigdalectomia direita em 2017, por hipertrofia amigdalina unilateral, com suspeita de doença linfoproliferativa cuja anatomia patológica foi compatível com hiperplasia folicular reactiva do tecido linfóide amigdalino.

Apresentou-se em Novembro de 2018 com um quadro com cinco meses de evolução de perda ponderal (5%), tosse produtiva e uma tumefação submaxilar direita, não dolorosa, de limites mal definidos e aderente aos planos profundos.

A ecografia de partes moles do pescoço mostrou formação sólida hipoeecóica e heterogénea na região submaxilar direita e a TC do pescoço e tórax evidenciou lesão nodular submandibular direita de contornos irregulares, aumento do volume da amígdala palatina esquerda, lesão nodular no lobo superior esquerdo (LSE), micronódulo no lobo inferior esquerdo (LIE) e adenopatias mediastínicas e hilares direitas e axilar esquerda. Realizou broncofibroscopia que mostrou lesão plana no brônquio LSE com anatomia patológica a sugerir infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, com lavado broncoalveolar e secreções brônquicas inconclusivos. A PET evidenciou espessamento a nível da orofaringe (SUV 6,69), formações ganglionares cervicais bilaterais, supra-clavicular direita, mediastínicas bilaterais, hilar e axilar esquerda hipermetabólicas, nódulo pulmonar LSE (SUV 5,69). Foi realizada biópsia transtorácica, com histologia e culturas negativas.

Procedeu-se a amigdalectomia esquerda, cujo exame anatomo-patológico revelou hiperplasia do tecido linfóide da amígdala e adenectomia cervical direita da área IIa, com resultado compatível com linfadenite granulomatosa necrosante com padrão sugestivo de etiologia tuberculosa.

Foi admitida tuberculose pulmonar, ganglionar e amigdalina, iniciada terapêutica antibacilar em Abril de 2019, com boa resposta clínica e imagiológica.

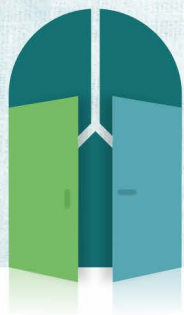
No segundo caso apresentamos uma doente de 49 anos, não fumadora, com história de HTA, dislipidémia, AVC aos 35 anos com epilepsia sequelar, arterite de Takayasu sob imunossupressão com prednisolona e azatioprina e adenocarcinoma do canal anal em 2016.

Em Junho de 2019, foi internada em contexto de diminuição da acuidade visual à esquerda, com diagnóstico de neuropatia ótica isquémica

arterítica. Durante este internamento foi observada pela Dermatologia por presença de cicatrizes hiperpigmentadas nas pernas e uma placa eritematosa na face posterior da perna direita, com drenagem espontânea de exsudado purulento, clinicamente sugestivos de pioderma gangrenoso versus paniculite, exame bacteriológico revelando-se negativo. Foi realizada biópsia incisional desta lesão que revelou paniculite lobular, tipo eritema induratum de Bazin.

Foi assumida tuberculose cutânea e iniciada terapêutica bacilar, até à data com favorável resposta clínica.

Conclusão: A tuberculose extra-pulmonar apresenta-se sob forma cutânea em 2 a 4% dos casos, sendo a forma amigdalina ainda mais rara. O seu diagnóstico representa na maioria dos casos um desafio clínico, não só pela diversidade de formas de apresentação mas também pela necessidade frequente de discussão e abordagem multidisciplinar.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 115

NEOPLASIA DA EPIGLOTE E TUBERCULOSE PULMONAR - CONCOMITANTE OU SEQUENCIAL?

Autor do trabalho:

TERESA FINDE CHIVINDA

Clínica Sagrada Esperança, Luanda-Angola

Co-Autores do trabalho:

MOYRA ULACIA 2; LYGIA VIEIRA LOPES3

Palavras-chave: TUBERCULOSE PULMONAR

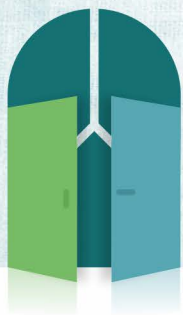
M.S.A, homem, negro, estivador, natural e residente em Luanda. Internado em Maio de 2017 sintomatologia com cerca de um mês de evolução caracterizada por tosse persistente com expectoração hemoptóica escassa, emagrecimento progressivo, anorexia. Negava toracalgia, dispneia, febre, sudorese excessiva nocturna. Antecedentes pessoais: Tuberculose Pulmonar há mais de 15 anos; fumador activo (20UMA), hábitos etanólicos 5g/dia. Antecedentes familiares: Irrelevantes. Objectivamente: Vigil, orientado e colaborante. Aspecto emagrecido. Corado e hidratado, eufórico, acianótico, anictérico. Parâmetros vitais dentro da normalidade. Boca, cabeça e pescoço: Sem alterações. Tórax: Sem alterações à inspecção, palpação ou percussão. AC: Audíveis, rítmicos, sem sopros. AP: Murmúrio vesicular mantido e simétrico, sem ruídos adventícios. ABDÓMEN, MEMBROS, EXAME NEUROLÓGICO: Sem alterações.

Análises: Sem alterações dignas de realce. Serologia VIH negativo. Baciloscopias negativas.

Radiografia de tórax (Maio/2017): com opacidade heterogênea apical á direita com esboço de cavitação. HIPÓTESES DE DIAGNÓSTICO: Reactivação de Tuberculose Pulmonar/ Bronquiectasias infectadas/ Neoplasia. TAC torácico: "observa-se cavidade no segmento posterior do lobo superior direito de natureza sequelar de anterior processo inflamatório/infeccioso. Outra lesão bolhosa de aparente natureza residual ao nível do segmento basal. Sem adenomegalias mediastínicas nem hilares. Dada a persistência dos sintomas efectuou Broncofibroscopia: destacou-se aumento de volume da epiglote com irregularidade da mucosa e lesões granulomatosas e irregulares de aspecto nacarado que se estendem até ao seio piriforme direito. Tuberculose laríngea?/ neoplasia da epiglote?). Sinais inflamatórios inespecíficos ao nível da árvore brônquica direita. Os exames bacteriológico e micobacteriológico foram negativos. Ao longo do internamento esteve medicado com ceftriaxone, ácido aminocaproico, tendo se verificado evolução clínica favorável. Obteve alta aguardando em ambulatório o resultado histológico da biópsia da epiglote que veio a revelar Carcinoma Epidermoide queratinizante e bem diferenciado, motivo pelo qual foi encaminhado à consulta de oncologia médica. Internado novamente em Agosto/2017 por toracalgia á direita, tosse com expectoração hemoptóica. À radiografia de tórax: pior, mostrando opacidade homogênea de limites arredondados ocupando os 2/3 superiores do campo pulmonar direito. TC tórax: volumosa lesão hiperdensa localizada no LSD com 11x5cm de maiores eixos contornos regulares. Bolha enfisematosa adjacente. Sem adenomegalias mediastínicas nem hilares. Metástase Pulmonar de carcinoma epidermoide da epiglote? Tuberculose Pulmonar? Repetiu Broncofibroscopia diagnóstica: ligeira irregularidade da epiglote (melhorada), em ambas árvores brônquicas sem sinais

indirectos ou directos de neoplasia, sinais inflamatórios inespecíficos ao nível do BLSD onde se efectuou lavado brônquico e biópsia do esporão de divisão do BLSD cujos estudos directos foram negativos. Tendo em conta o contexto epidemiológico e os achados radiológicos e endoscópicos decidiu-se iniciar atibacilares orais de 1ª linha. Verificou-se considerável melhoria clínica com diminuição dos acessos de tosse e da produção da expectoração, regressão da toracalgia, melhoria do apetite e do estado geral. Verificou-se igualmente melhoria radiológica, com redução das dimensões e da densidade da opacidade do lobo superior direito, o que sustentou ainda mais a hipótese infecciosa. Exame cultural do lavado brônquico Analiticamente sem alterações relevantes

DIAGNÓSTICO: Carcinoma epidermoide da epiglote + tuberculose pulmonar (prova terapêutica)



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 116

TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA - UMA APRESENTAÇÃO RARA

Autor do trabalho:

JOANA MARTINS

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: TUBERCULOSE LARÍNGEA, TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA, BRONCOFIBROSCOPIA, NECROSE

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, febre e radiologicamente com opacidades alveolares com tendência para a confluência e cavitação. Apresentamos um caso raro de uma tuberculose endobrônquica e pulmonar grave num doente imunocompetente.

Caso clínico: Homem de 74 anos, natural da china mas residente em Portugal com antecedentes prévios de psoríase e um acidente vascular cerebral isquémico sem sequelas. Recorreu ao serviço de urgência por perda de peso acentuado, febre de predomínio vespertino, sudorese noturna, tosse seca e pieira, apresentando na telerradiografia do tórax uma hipotransparência heterógena com lesão cavitada no lobo superior esquerdo. A história clínica e os achados radiológicos levaram a elevada suspeita para Tuberculose Pulmonar pelo que foi realizada videobroncofibroscopia que mostrou abundantes placas esbranquiçadas nas cordas vocais com lesões antracônicas que se estendiam em todo o trajeto da traqueia e de ambas as árvores brônquicas, com predomínio no lobo superior esquerdo e com necrose do segmento ápico posterior. Foi isolado bacilos ácido resistentes sendo a micobacteriologia positiva para *Mycobacterium tuberculosis* nas secreções brônquicas e no lavado bronco-alveolar. Foi estabelecido assim o diagnóstico de Tuberculose bacilífera pulmonar e endobrônquica pelo que iniciou terapêutica com isoniazida, rifampicina, pirazimanida e etambutol. A pesquisa do VIH foi negativa. Devido à grande extensão da doença com acometimento da laringe, traqueia, toda a árvore brônquica e do parênquima pulmonar, o doente acabou por falecer 4 meses após o início da terapêutica anti-bacilar.

Conclusão: A evolução e o prognóstico da tuberculose endobrônquica é variável, passando da resolução completa à estenose endobrônquica grave, sendo por isso o seu diagnóstico precoce muito importante, evitando complicações graves como bronquiectasias, destruição pulmonar, insuficiência respiratória e a necessidade da colocação de próteses endobrônquicas. Sublinhamos também 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.

PC 117

TUBERCULOSE DISSEMINADA - É PRECISO SUSPEITAR DA GRANDE IMITADORA!

Autor do trabalho:

ANA LUÍSA RAMOS

Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Co-Autores do trabalho:

ANA MARGARIDA MESTRE; LUCIANA BENTO; CÁTIA GUIMARÃES; FERNANDO NOGUEIRA

Palavras-chave: TUBERCULOSE; DISSEMINADA; MORBILIDADE, SAÚDE PÚBLICA.

Introdução: A tuberculose permanece um grave problema de saúde pública mundial.

Releva-se a sua importância mais recentemente pelo contexto da pandemia do vírus da imunodeficiência humana, crescente utilização de terapêutica imunossupressora, envelhecimento da população e surgimento de estirpes multirresistentes.

Em Portugal a tuberculose concentra-se nos grandes centros urbanos onde se mantém com incidência intermédia.

Assim mantém-se um diagnóstico a ter em conta sobretudo nos grupos de risco.

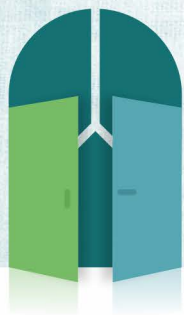
Caso clínico: Mulher, 70 anos, parcialmente autónoma, com antecedentes relevantes de fibrilhação auricular e Insuficiência cardíaca valvular condicionando doença hepática crónica.

Recorreu ao serviço de urgência por quadro com duas semanas de evolução de cansaço progressivo, anorexia, distensão abdominal, obstipação e febre. Referia ainda perda ponderal no último ano. Ao exame objetivo destacava-se: sopro cardíaco holossistólico III/VI (já conhecido), abdómen distendido, timpanizado e doloroso à palpação do flanco direito. Dos exames realizados no serviço de urgência, evidenciou-se: padrão de colestase e PCR 12mg/dL; ecografia abdominal com evidência de hepatomegalia, ecoestrutura compatível com doença hepática crónica, imagem hipoeogénica alongada, compatível com hematoma hepático subcapsular contudo não se podendo excluir atipia e radiografia torácica com hipotransparências micronodulares difusas.

Neste contexto foi internada no serviço de Medicina para investigação diagnóstica e tratamento admitindo-se como hipótese de diagnóstico provável - neoplasia hepática com metastização pulmonar.

No internamento manteve-se com sudorese profusa, febre, disúria e polaquiúria, sem isolamento de agente em exames culturais, tendo sido admitido infeções urinárias e cumprido dois ciclos de antibioterapia.

Realizou TC-toraco-abdomino-pélvica: múltiplas formações micronodulares dispersas, algumas delas coalescentes, predominantemente centrilobulares, sugestivo de tuberculose miliar. Fígado dismórfico, área hipodensa ovalada, podendo tratar-se de hematoma subcapsular. Áreas líquidas de parede espessada com marcação de contraste nos recessos peritoneais superiores assim como densificação de gordura peritoneal, podendo tratar-se de ascite infetada e organizada. Na broncofibroscopia não se evidenciaram lesões endobrônquicas e o lavado broncoalveolar revelou alveolite linfocítica (44% linfócitos, diminuição da razão CD4/CD8). O exame direto de secreções brônquicas foi positivo para micobactérias e



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

o teste de amplificação de ácidos nucleicos positivo para mycobacterium tuberculosis.

Uma vez o diagnóstico de tuberculose confirmado iniciou antibióticos. Para melhor caracterização das alterações imagiológicas da cavidade abdominal realizou RM abdominal revelando múltiplas coleções líquidas intraperitoneais.

Considerando a sintomatologia da doente, o padrão de colestase inicial (não característico de congestão hepática secundária a insuficiência cardíaca, que cursa com destruição dos hepatócitos) e as alterações imagiológicas realizou-se punção aspirativa da maior loca abdominal guiada por TC. O exame direto para micobactérias do líquido de drenagem revelou-se positivo. Posteriormente, exame cultural de secreções brônquicas, lavado bronco-alveolar, sangue e urina revelaram-se positivos para Mycobacterium tuberculosis confirmando o diagnóstico de tuberculose disseminada.

Discussão: Este caso clínico vem reforçar que a tuberculose pode afetar qualquer órgão ou tecido. E, sendo as suas manifestações clínicas frequentemente sistêmicas e inespecíficas o seu diagnóstico precoce pode ser difícil, (sobretudo em extremos etários como os idosos) conduzindo a doença disseminada.

Em suma, salientamos a importância de existir uma suspeição clínica, com vista a um diagnóstico e instituição terapêutica precoces, de modo a reduzir o risco de morbilidade e mortalidade.

PC 118

TESTE TUBERCULÍNICO VS IGRA NO RASTREIO DE TUBERCULOSE LATENTE EM INDIVÍDUOS CANDIDATOS A TERAPÊUTICA BIOLÓGICA**Autor do trabalho:****MARIA INÊS LUZ**

Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca

Co-Autores do trabalho:**KELLY LOPES; NIDIA CAIRES; ALEXANDRE GOMES; TERESA MOURATO; CONCEIÇÃO GOMES**

Palavras-chave: TUBERCULOSE, RASTREIO, TESTE TUBERCULINO, IGRA, TERAPÊUTICA BIOLÓGICA

Introdução: A tuberculose continua a ser um grave e importante problema de saúde pública a nível mundial.

O rastreio da tuberculose infeção latente inclui a exclusão de doença ativa e avaliação da resposta imunológica ao Mycobacterium tuberculosis através do teste cutâneo de tuberculina (TST) ou teste interferão-gama (IGRA).

A introdução de agentes biológicos no tratamento de doenças imunomediadas aumentou o risco de reativação de tuberculose para doença ativa.

Objectivo: Comparar a capacidade de detecção de infeção latente o TST e IGRA no rastreio de indivíduos com doenças imunomediadas candidatos a agentes biológicos.

Métodos: Estudo retrospectivo realizado no Centro Diagnóstico Pneumológico Dr.Ribeiro Sanches (ARS-LVT) relativo ao ano de 2017. Consideraram-se reativos os indivíduos com valores de induração ≥ 5 mm (imunodeprimidos) ou ≥ 10 mm (imunocompetentes), no TST, e concentração $\geq 0,35$ UI/ml, no IGRA-Quantiferon-TB.

O tratamento estatístico dos dados obtidos realizou-se no programa Statistical package for Social Sciences-SPSS®, versão 20.0. A análise de concordância entre os 2 testes realizou-se através da determinação do coeficiente K e análise da taxa de concordância.

Resultados: Foram avaliados 62 utentes, 55% (n=34) do sexo feminino e 45,2% (n=28) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 25 e os 81 anos, média de idades de $52,3 \pm 14,2$ anos.

Constatou-se que 87% (n=54) não tinham nem história pessoal de tuberculose nem contacto epidemiológico, enquanto que 4,5% (n=3) referiram ter tido contacto com indivíduos com tuberculose e 8% (n=5) referiram ter história de tuberculose prévia.

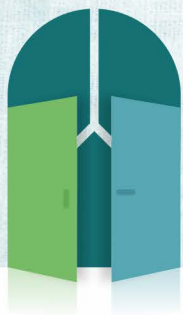
Todos os inquiridos realizaram radiografia ao tórax (n=55) e/ou TC Tórax (n=30) e 17 apresentaram alterações em algum dos exames.

O TST foi realizado em 79,0% (n=49) doentes. Destes, 81,6% foram reativos (n=40), 18,4% não reativos (n=9) e 13 com resultado desconhecido. O valor médio de diâmetro da induração foi de 16,9 mm, com valor mínimo de 0 mm e valor máximo de 60 mm.

Constatou-se que 83,9% (n=52) doentes realizaram IGRA, que foi positivo em 65,4% (n=34) e negativo em 34,6% (n=18).

O teste VIH1/2 foi negativo em 62,9% (n=39) dos doentes, sendo o resultado desconhecido nos restantes.

Entre os resultados de TST e IGRA concordantes (n=17), observou-se que 14 obtiveram os testes positivos em ambos. Quanto às provas



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

discordantes, 9 apresentaram IGRA positivo com TST não reativo, e 15 mostraram TST positivo com IGRA negativo. A concordância entre os testes TST e IGRA foi avaliada utilizando o coeficiente Kappa de Cohen e um valor de 0,274 foi encontrado, demonstrando uma concordância ligeira entre estas técnicas.

Conclusão: Estudos comparativos entre o TST e o IGRA são escassos pelo que os resultados destes testes devem ser cuidadosamente interpretados no contexto clínico adequado. Enquanto que o TST prima pela sua sensibilidade, a maior especificidade do IGRA poderá ser utilizada para confirmar um TST positivo.

Não havendo um gold standard para o diagnóstico de tuberculose latente, e considerando as limitações que tanto o TST como o IGRA apresentam, acreditamos que a melhor solução assenta no uso concomitante de ambos os testes, conforme as orientações da Direção-Geral da Saúde.

PC 119

UMA CAUSA INESPERADA, RARA, DE DERRAME PLEURAL**Autor do trabalho:****SARA SOFIA ALMEIDA HELENO**

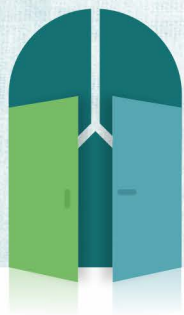
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real

Co-Autores do trabalho:**MARIANA LEAL; MARIA JOÃO NEVES; BRUNO CABRITA; RAQUEL VIANA; ADELAIDE ALVES; MÁRIO SOUSA; CARLA NOGUEIRA; INÊS FRANCO; ANDRÉ SANTOS SILVA; INÊS LADEIRA****Palavras-chave:** TUBERCULOSE PLEURAL; BOVIS; INFEÇÃO

A possibilidade de etiologia bacilar deve ser considerada em qualquer paciente com derrame pleural unilateral de causa indefinida. A tuberculose pleural constitui a segunda forma mais comum de tuberculose extrapulmonar. A ocorrência de infeção por agentes do complexo *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*, *M. africanum* e *M. bovis*) é influenciada sobretudo pela epidemiologia local e por fatores imunológicos do próprio indivíduo.

Apresenta-se o caso de uma paciente de 26 anos, raça caucasiana, não fumadora, natural do Turquemenistão e residente em Portugal há 4 anos, com história de tuberculose pulmonar há 5 anos tratada; sem outras comorbilidades ou estados de imunocomprometimento (como infeção pelo vírus de imunodeficiência humana). Avaliada em consulta por quadro com duas semanas de evolução de toracalgia pleurítica, tosse escassamente produtiva, astenia e hipersudorese noturna. A auscultação pulmonar evidenciava hipofonese dos sons respiratórios na metade inferior do hemitórax direito com restante exame objetivo irrelevante. Na telerradiografia torácica verificou-se a presença de hipotransparência homogênea compatível com derrame pleural de moderado volume à direita. A análise do líquido pleural revelava características de exsudado com predomínio linfocítico e adenosina deaminase (ADA) de 140 U/L, com microscopia direta negativa para bacilos álcool-ácido resistentes. Atendendo ao contexto clínico, epidemiológico e caracterização do líquido pleural, foi instituído esquema antibacilar com isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol e estreptomicina. A doente evoluiu favoravelmente do ponto de vista clínico e radiológico. No decurso do tratamento foi disponibilizado resultado de exame cultural do líquido pleural, identificando *M. tuberculosis* complex e Teste de Suscetibilidade aos Antibacilares a revelar resistência isolada à pirazinamida. Uma característica que diferencia o *M. bovis* das restantes espécies do complexo *M. tuberculosis* é a monorresistência intrínseca à pirazinamida.

Apesar das semelhanças clínicas dentro do complexo *M. tuberculosis*, o *M. bovis* – pela sua resistência intrínseca a pirazinamida e o seu pior prognóstico – deve ser identificado. Este caso relembra a importância da caracterização da espécie, uma vez que se trata de um agente raramente envolvido nesta forma de tuberculose extrapulmonar.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 120

PSEUDOANEURISMA DE RASMUSSEN, UMA CAUSA RARA DE HEMOPTISES COM ORIGEM NA ARTÉRIA PULMONAR.

Autor do trabalho:

BRUNO MENDES

Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Co-Autores do trabalho:

MARIANA CABRAL ; CARLOS FIGUEIREDO ; TIAGO BILHIM; TIAGO SÁ ;
VÂNIA CALDEIRA ; ALEXANDRA MINEIRO; JOÃO CARDOSOPalavras-chave: PSEUDOANEURISMA; RASMUSSEN; HEMOPTISES;
TUBERCULOSE

Introdução: O pseudoaneurisma de Rasmussen corresponde a uma dilatação local de um ramo da artéria pulmonar para dentro de uma cavidade adjacente causada por tuberculose. Esta complicação vascular é rara, podendo apresentar-se na forma de hemoptises maciças de difícil controlo. A origem desta hemorragia será a artéria pulmonar e não a artéria brônquica como a grande maioria dos casos de hemoptise.

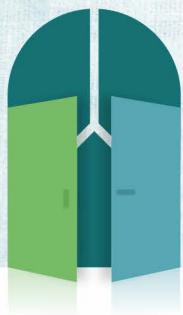
Apresentamos o caso de um homem com hemoptises recorrentes, a condicionar instabilidade hemodinâmica, já submetido previamente a intervenção endovascular da artéria brônquica.

Caso clínico: Homem de 42 anos, melanodérmico, natural da Guiné-Bissau. História médica conhecida de bronquiectasias e cavitações pós tuberculose tratada há 18 anos. Sem medicação habitual.

Internamento recente por quadro de hemoptises com isolamento de *Pseudomonas Aeruginosa* tratado com antibioterapia dirigida. O estudo complementar com pesquisa direta e cultura de micobactérias através do lavado bronco alveolar foi negativo. Em tomografia axial computadorizada (TAC) torácica identificou-se a presença de cavidade de grandes dimensões no lobo superior esquerdo e múltiplas bronquiectasias nesta área com presença de vaso com origem na artéria brônquica em estreita relação com estas bronquiectasias. Foi realizada intervenção endovascular com embolização de ramo da artéria brônquica. O doente teve alta com vigilância.

Recorreu ao serviço de urgência cerca de 1 mês depois por novo episódio de hemoptises em abundante quantidade. Sem febre, perda ponderal, sudorese noturna ou outra sintomatologia sugestiva de tuberculose ativa. Na avaliação encontrava-se hipotenso (90-50mmHg) e com hemoptise ativa. Após estabilização da tosse verificou-se necessidade de transfusão de 2 unidades de concentrado eritrocitário por apresentar hemoglobina de 7.1 g/dL. Durante o internamento teve novo quadro de hemoptises em grande quantidade controlada com altas doses de ácido aminocapróico e tranexâmico. Nova TAC torácica com contraste identificou preenchimento quase total da lesão cavitada, com sinais de hemorragia ativa em débito significativo proveniente de imagem compatível com pseudoaneurisma de Rasmussen com 5mm na vertente posterior da cavitação. Realizada angiografia que confirmou presença da referida lesão com origem em ramo da artéria pulmonar. O doente foi posteriormente submetido a embolização de "coil" da artéria pulmonar com sucesso pela equipa de radiologia de intervenção. Manteve-se até à data de alta sem novos episódios de hemoptise.

Conclusão: O pseudoaneurisma de Rasmussen é uma complicação potencialmente fatal da tuberculose. Apesar da sua raridade deve fazer parte do diagnóstico diferencial em doentes com hemoptises e história de tuberculose especialmente se as artérias brônquicas já tiverem sido embolizadas. Estudos comparativos da melhor abordagem (endovascular ou cirúrgica) ainda não foram realizados pela baixa incidência da complicação. Apresentamos um caso tratado de forma endovascular com sucesso.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 121

TUBERCULOSE LATENTE NOS DOENTES CANDIDATOS A TERAPÊUTICA BIOLÓGICA – RASTREAR PARA EVITAR

Autores do trabalho:

KELLY LOPES; MARIA INÊS LUZ

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Co-Autores do trabalho:

NIDIA CAIRES; TERESA MOURATO; ALEXANDRE GOMES; MARIA CONCEIÇÃO GOMES

Palavras-chave: TUBERCULOSE LATENTE, RASTREIO, TERAPÊUTICA BIOLÓGICA, REACTIVAÇÃO TUBERCULOSE

Introdução: A introdução de agentes biológicos no tratamento de doenças imunomediadas aumenta o risco de reativação de Tuberculose Infecção Latente (TBIL), levando ao desenvolvimento de tuberculose (TB) doença. O rastreio de TBIL é por isso fortemente recomendado previamente ao tratamento com estes agentes terapêuticos.

Métodos e objetivo: Estudo retrospectivo dos doentes com doenças imunomediadas candidatos a terapêutica biológica, observados no ano de 2017 no Centro Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches, no contexto de rastreio de TBIL.

O objetivo principal do estudo foi avaliar a prevalência de reativações nos doentes que completaram tratamento de TBIL.

Para análise dos dados, obtidos através de consulta do processo clínico, foi utilizado o programa SPSS v20 e Microsoft Excel 2010.

Resultados: Foram avaliados 62 doentes, 55% (n=34) do sexo feminino e 28 (45,2%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 25 e os 81 anos, média de 52,3±14,2 anos.

Constatou-se que apenas 4,5% (n=3) referiram contacto com indivíduos com TB e 8% (n=5) história de TB prévia.

Todos os inquiridos realizaram radiografia de tórax (n=55) e/ou TC Torácica (n=30) e 17 apresentaram alterações em algum dos exames, tornando-os elegíveis para tratamento.

O Teste Tuberculínico (TST) foi realizado em 79,0% (n=49) dos doentes, 81,6% (n=40) dos quais foram reativos, e o IGRA foi realizado em 83,9% (n=52), sendo positivo em 65,4% (n=34).

Do total de doentes, 2 abandonaram o seguimento neste CDP antes de concluírem o rastreio. O rastreio foi negativo em 3 doentes.

Dos 57 doentes elegíveis para tratamento, todos completaram o tratamento proposto: 54 com Isoniazida, com duração média de tratamento de 8,6 ± 1,4 meses; 3 com Rifampicina, durante 4 meses.

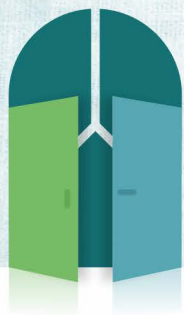
A maioria dos doentes (73,7%; n=42) não apresentou qualquer efeito adverso da medicação, enquanto que 14,0% (n=8) apresentaram hepatotoxicidade e 12,3% (n=7) efeitos colaterais considerados leves.

Observaram-se 3 reativações nos 57 doentes que completaram tratamento (5,3%): 1 ocular, 1 ganglionar e 1 pulmonar. Nos 3 casos os doentes completaram 9 meses de Isoniazida, com boa tolerância. Em nenhum deles houve concordância no rastreio entre TST e IGRA, sendo 2 reativos no TST e 1 com IGRA positivo. Todos eles apresentavam teste VIH 1/2 negativo. Os casos da TB ocular e TB ganglionar iniciaram agente biológico após 2 meses de isoniazida, com reativação aos 6 e 7 meses de follow up após conclusão da terapêutica profilática, respetivamente; e o

caso de TB Pulmonar iniciou agente biológico apenas após conclusão do tratamento antibacilar, com reativação aos 15 meses de follow up.

Conclusão: O desenvolvimento de TB doença durante o tratamento com agentes biológicos, particularmente anti-TNF, é um risco bem conhecido e pode resultar quer de uma nova infeção, quer de reativação de TBIL. A terapêutica preventiva nestes doentes reduz significativamente esse risco, pelo que o rastreio sistemático neste grupo é fundamental.

Neste estudo, do total de doentes que concluíram rastreio, apenas 3 apresentaram TB doença durante o tratamento, o que suporta a recomendação de rastreio e tratamento preventivo de TBIL nestes doentes.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 122

TUBERCULOSE OCULAR – CASUÍSTICA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA DOS ÚLTIMOS 3 ANOS

Autores do trabalho:

KELLY LOPES; MARIA INÊS LUZ

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Co-Autores do trabalho:

NIDIA CAIRES; ALEXANDRE GOMES; MARIA CONCEIÇÃO GOMES

Palavras-chave: TUBERCULOSE OCULAR, TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR

Introdução: Portugal é considerado desde 2017 um país de baixa incidência de tuberculose, com menos 20 casos por 100000 habitantes. No entanto, no Porto e Lisboa esta incidência permanece superior.

As formas extrapulmonares representam 25-30% dos casos. O olho é uma localização rara, podendo estar afetado mesmo na ausência de doença pulmonar.

Segundo o consenso Português, publicado em 2017, o gold standard para o diagnóstico confirmado de tuberculose ocular (TO) é a identificação de *Mycobacterium tuberculosis* nos tecidos ou fluidos oculares. Quando o diagnóstico definitivo não é possível mas há manifestações clínicas de tuberculose ou ausência de resposta ao tratamento convencional e evidência de exposição a tuberculose, o diagnóstico de TO deve ser presumido e o tratamento iniciado.

Métodos e Objetivos: Estudo retrospectivo dos doentes com diagnóstico de TO, observados no período de Janeiro 2016 a Dezembro 2018 no Centro Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches (CDP-RS).

O objetivo do estudo consistiu em caracterizar os doentes com TO. Os dados foram recolhidos através de consulta do processo clínico e foram analisados os parâmetros demográficos, antecedentes de tuberculose, testes imunológicos, alterações radiológicas, classificações das lesões oculares (SUN Working Group), tratamento e evolução. Foi utilizado o programa Microsoft Excel para análise e tratamento de dados.

Resultados: Foram estudados 38 doentes, correspondendo a 1,8% de todos os doentes com tuberculose observados no CDP-RS neste período. Destes, 17 (44,7%) eram homens e 21 (55,3%) mulheres, com uma média de idades de $53,2 \pm 15,7$ anos. Apenas 6 doentes (23,7%) relataram antecedentes pessoais de tuberculose dos quais: infeção latente (n=3), ganglionar (n=2), pulmonar (n=1) e ocular (n=1). Dos 38 doentes apenas 2 (5,3%) relataram contacto com doentes com tuberculose.

O diagnóstico foi presuntivo em todos os doentes. Nenhum teve diagnóstico confirmado, sendo que na maioria o diagnóstico foi possível (n=29) ou provável (n=9).

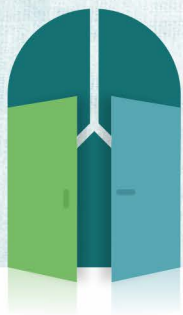
Na investigação etiológica, o teste de tuberculina foi positivo em 24 (63,2%) doentes. A área de endurecimento média foi de $23,2 \pm 9,3$ mm. O IGRA (QuantIFERON-TB Gold test) foi positivo em 33 (86,8%), negativo em 2 (5,3%) e desconhecido em 3 doentes (7,9%). Apenas 3 (7,9%) apresentavam alterações de sequelas de tuberculose pulmonar na radiografia do tórax e 9 (23,7%) na TC Torácica.

Relativamente às manifestações oculares, 14 apresentavam uveíte posterior, 9 uveíte anterior, 2 uveíte intermédia e 13 panuveíte. A maioria dos doentes apresentavam envolvimento ocular bilateral (44,7%, n=17).

Inicialmente todos os doentes receberam terapêutica tuberculostática quadrupla, sendo que 2 tiveram de fazer alteração terapêutica por toxicidade. Foi efectuada corticoterapia sistémica em 21 (55,3%) doentes. A duração média de tratamento foi $8,6 \pm 2,1$ meses e 9 (23,7%) doentes abandonaram tratamento. A maioria dos doentes (44,7%) apresentou melhoria com remissão das manifestações oculares, encontrando-se 2 ainda sob terapêutica.

Conclusões: O diagnóstico de TO é difícil, implicando um elevado índice de suspeição. É sobretudo presuntivo, devendo ser parte do diagnóstico diferencial de uveítes refratárias à terapêutica.

O tratamento é eficaz, devendo ser iniciado precocemente e mantido pelo menos 6 meses em todos os doentes em que a TO seja uma possibilidade.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 123

TUBERCULOSE: A GRANDE IMITADORA

Autor do trabalho:

CARLOS COUTO

Hospital Garcia de Orta

Palavras-chave: TUBERCULOSE; NEOPLASIA; NÓDULO PULMONAR; ADENOPATIA; TUBERCULOMA

Introdução: A tuberculose tem uma apresentação clínica muito variável. Pode surgir como um nódulo pulmonar, mimetizando neoplasia pulmonar. Caso Clínico: Trata-se de um doente de 51 anos, de nacionalidade brasileira que trabalha como eletricista com história prévia de tabagismo, hábitos etanólicos acentuados e inalação de cocaína. O doente desenvolveu sintomas de ortopneia, dispneia paroxística noturna e cansaço NYHA classe II. Após avaliação pela médica de família foi diagnosticada insuficiência cardíaca com depressão da fração de ejeção (FEVE de 22%). Foi medicado com furosemida, carvedilol e atorvastatina tendo havido melhoria dos sintomas. Foram ainda realizadas provas de função respiratória que estavam dentro da normalidade. O doente negou a presença de hipersudorese noturna, tosse, expectoração ou anorexia, tendo referido uma perda ponderal de 6 quilos (9% do peso corporal). O exame objetivo era normal.

Foi realizada TC torácica que revelou um nódulo de 11x20mm de contornos irregulares no segmento externo do lobo médio e adenopatias mediastínicas (em localizações pré traqueal e subcarinal) com 10-11mm de maior eixo. As análises sanguíneas incluindo HIV, HCV, HBV, serologias para *Rickettsia conorii* e *Treponema pallidum* valores de CEA, CA125 e CA 15.3, NSE, SCC e Cyfra 21.1 não revelaram alterações.

A PET CT revelou hipercaptação ligeira de fluorodesoxiglicose (SUV 1.85) no nódulo previamente identificado, pouco sugestiva de malignidade. Verificou-se hipercaptação em algumas adenopatias mediastínicas nas posições 4R com SUV 4.86 de 2.1cm e em localização pré vascular de 1.72cm com SUV 4.98. Foi realizada aspiração transbrônquica guiada por ecografia endobrônquica (TBNA) das adenopatias das estações 4R e 7 que foram negativas para neoplasia e não revelaram achados de relevo. Posteriormente foram realizadas duas biópsias transtorácicas que revelaram apenas presença de tecido necrótico.

O doente manteve-se em follow up tendo-se verificado aumento progressivo das suas dimensões até 17x20mm. Após 3 exames inconclusivos (1 TBNA e 2 BATT), foi decidido em reunião multidisciplinar repetir TBNA. A avaliação do citobloco revelou áreas de necrose caseosa muito sugestiva de infecção por *Micobacterium tuberculosis*. A citologia aspirativa revelou linfócitos histiócitos epitelióides e células multinucleadas gigantes. Foi iniciada terapêutica antibacilar com pirazinamida, rifampicina isoniazida e etambutol e o doente está atualmente a ser seguido em CDP com avaliação clínica e analítica regular e vigilância imagiológica.

Conclusão: A associação de tuberculose ganglionar e tuberculoma é incomum. O tratamento com antibacilares pode durar 1 ano ou mais e deve haver uma vigilância imagiológica regular para avaliar a evolução favorável e excluir neoplasia concomitante.

PC 124

PNEUMONIA NECROTIZANTE?

Autor do trabalho:

SARA BRAGA

Hospital Sousa Martins - Guarda

Co-Autores do trabalho:

JM SILVA; M OLIVEIRA; L. FERREIRA

Palavras-chave: PNEUMONIA, NECROTIZANTE, MICROORGANISMOS ANAERÓBIOS, TUBERCULOSE

Introdução: A maior fonte de bactérias anaeróbias causadoras de infeções pulmonares é a cavidade oral. A maioria dos pacientes tem condições que predispõe à aspiração, como consequência de alterações do estado de consciência e disfagia, sendo algumas das causas o uso de drogas, abuso de álcool, convulsões e doenças neurológicas.

A pneumonia necrotizante provocada por *Mycobacterium tuberculosis* é uma condição rara mas severa. A distinção entre pneumonia a *M. tuberculosis* e pneumonia necrotizante bacteriana nem sempre é fácil.

Caso Clínico: L.M.G.N., homem de 49 anos, fumador de 60 UMA, antecedentes de hábitos alcoólicos excessivos, recorre ao serviço de urgência por tosse produtiva com uma semana de evolução, dispneia, dor pleurítica à direita, febre e astenia.

Ao exame objetivo, para além de se apresentar febril (38,5°C), com várias peças dentárias em mau estado, apresentava à auscultação pulmonar murmúrio vesicular globalmente diminuído com crepitações na base direita. Apresentava uma gasimetria com insuficiência respiratória parcial. Analiticamente destacavam-se trombocitose (plaquetas = 505), hiponatremia (Na⁺ = 131) e parâmetros inflamatórios aumentados (PCR = 43.92)

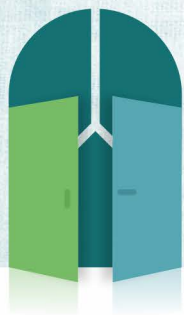
A radiografia de tórax apresentava uma opacidade no terço superior do campo pulmonar direito com opacidades aureolares e abaulamento da cisura.

Foi internado no serviço de Pneumologia com diagnóstico de Pneumonia adquirida na comunidade, existindo factores de risco para aspiração, pelo que iniciou empiricamente Amoxicilina com Ácido Clavulânico 2.2g e Azitromicina.

Durante o internamento houve um agravamento clínico e analítico do paciente pelo que foi adicionada clindamicina à anterior antibioterapia, após 5 dias de início da mesma.

Foi realizada tomografia computadorizada (TC) do tórax que destacava uma lesão cavitada apical direita com 8-9 cm, contendo pequeno nível de líquido, apresentando paredes ligeiramente espessas, contorno interno irregular e imagens pseudomembranares correspondendo a espessamentos peribroncovasculares apicais, de provável natureza infecciosa. No restante parênquima notava-se uma discreta proeminência difusa do interstício centrolobular, compatível com doença das pequenas vias aéreas. Paquipleurite anterior direita calcificada. Sem derrame pleural. Pequenos gânglios paratraqueais direitos subcentimétricos. Grandes vasos mediastínicos com aspetos tomodensitométricos globalmente conservados.

Realizou também broncofibroscopia com mucosa difusamente inflamatória espessada conferindo alargamento difuso de esporões, mais pronunciado



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

na árvore brônquica direita. Foi pedido exame cito, mico, bacteriológico de LBA, que se revelaram negativos.

Durante o internamento, cumpriu 14 dias de Amoxicilina/Clavulanato, 5 dias de Azitromicina e 14 de clindamicina.

Posteriormente, na cultura meio sólido Lowenstein Jensen, houve positividade para BAAR (bacilos ácido álcool resistentes).

Iniciou a abordagem terapêutica da tuberculose com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol.

Fez TC de controlo que mostrou significativa evolução favorável da lesão cavitada do LSD, com cerca de 3,5cm, de paredes ligeiramente espessadas e com densificação do parênquima pulmonar adjacente com algumas estrias que se estendem para as pleuras adjacentes. Significativos espessamentos pleurais sobretudo à direita com extensa paquipleurite calcificada.

Conclusão: A tuberculose continua a ser uma doença prevalente no nosso país e impõe-se o seu diagnóstico diferencial nas pneumonias adquiridas na comunidade de evolução arrastada.

PC 125

TUBERCULOSE DISSEMINADA E DOENÇA PULMONAR QUÍSTICA, UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Autor do trabalho:

ANDRÉ FABIANO

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Co-Autores do trabalho:

ANATILDE TRINDADE; MARIA INÊS LUZ ; MIGUEL GUIA; LAURA SANTOS; PEDRO BOLÉO-TOMÉ; FERNANDO RODRIGUES

Palavras-chave: TUBERCULOSE, QUISTOS PULMONARES, PNEUMOTÓRAX

Introdução: Existem múltiplas causas para o aparecimento de quistos pulmonares, podendo, raramente, surgir como complicação de tuberculose pulmonar. As lesões quísticas podem desenvolver-se antes, durante ou após o tratamento anti-bacilar.

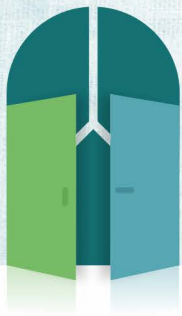
Caso clínico: Doente melanodérmico, de 41 anos, sem antecedentes médicos relevantes. Desenvolve quadro com 2 meses de evolução de perda ponderal (2kg), anorexia, astenia e adenopatia laterocervical esquerda. Na avaliação analítica inicial apresentava padrão de citocolestase hepática, serologia HIV1/2 negativas e radiografia torácica com acentuação bronco-vascular. A TC torácica de alta resolução não apresentava alterações, tendo sido agendada biópsia excisional da adenopatia laterocervical esquerda que acabou por não ser efectuada.

Decorridos 2 meses, o doente recorreu ao SU por queixas de dispneia, febre vespertina, sudorese noturna, astenia e persistência da perda ponderal (cerca de 7kg em 6 meses). Apresentava-se caquético, polipneico, febril e com fervores sub-crepitantes audíveis nas duas bases pulmonares. Apresentava insuficiência respiratória parcial. Analiticamente com leucocitose (12900cél/mL), neutrofilia (91,5%), PCR de 5,55mg/dL e padrão de citocolestase hepática. A radiografia torácica sugeria padrão micronodular com distribuição miliar. Foi admitida tuberculose miliar como diagnóstico mais provável e realizada broncofibroscopia, pela ausência de expectoração. As baciloskopias das secreções brônquicas e lavado bronco-alveolar foram negativas, mas a PCR para *Mycobacterium tuberculosis* foi positiva nas secreções brônquicas. O doente iniciou esquema de introdução gradual dos antibacilares potencialmente hepatotóxicos.

A TC tóraco-abdominal demonstrou, para além do envolvimento pulmonar miliar, adenopatia hilar hepática e lesões ósseas líticas destrutivas dos corpos vertebrais e osso ilíaco esquerdo, admitidos como envolvimento ósseo pela tuberculose. Mais tarde o exame cultural das secreções brônquicas foi positivo para *Mycobacterium tuberculosis* complex confirmando o diagnóstico definitivo de tuberculose disseminada.

Por sinais meníngeos positivos foi feita punção lombar. A PCR para *Mycobacterium tuberculosis* no líquido cefalorraquidiano foi igualmente positiva, confirmando o diagnóstico de tuberculose meníngea, pelo que foi iniciada corticoterapia sistémica. A TC CE não demonstrou alterações.

Constatou-se boa evolução clínica, com apirexia mantida e melhoria do quadro neurológico pelo que o doente teve alta clínica ao 29º dia de terapêutica antibacilar em full dose (HRZE). Em consulta de reavaliação foi constatado em radiografia torácica pneumotórax esquerdo com indicação para colocação de drenagem torácica. A TC torácica evidenciou, para além do pneumotórax à esquerda, múltiplos quistos que predominavam



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

nos lobos superiores bilateralmente. Por alteração do estado de consciência o doente foi intubado endotraquealmente (IET) e foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Fez TC e angioTC CE que demonstraram evolução desfavorável da tuberculose meníngea, mais tarde confirmadas pela RMN-CE. Foi iniciada dexametasona em esquema. O dreno torácico (DT) foi retirado ao 10º dia após colocação. O doente foi extubado ao 7º dia pós IET, sem intercorrências, retornando ao serviço de Pneumologia.

Por recidiva do pneumotórax à esquerda, procedeu-se à colocação de novo DT. Por se tratar de um segundo pneumotórax espontâneo secundário ipsilateral, foi feita toracoscopia com pleurodese por poudrage.

Conclusão: A tuberculose pulmonar deve ser considerada como possível causa de doença quística pulmonar adquirida. No caso aqui apresentado, o doente desenvolveu quistos pulmonares durante o tratamento anti-bacilar.

PC 126

DÉFICE DE SUBCLASSES DE IMUNOGLOBULINA G E BRONQUIECTASIAS-ESTUDO RETROSPECTIVO**Autor do trabalho:**

JOANA ALMEIDA BORGES

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

GRAÇA LOUREIRO; FÁTIMA FRADINHO

Palavras-chave: BRONQUIECTASIAS; DÉFICE DE SUBCLASSES DE IMUNOGLOBULINA G

Introdução: O Défice de subclasses de Imunoglobulina G (DSIgG) é um achado comum entre doentes com infeções mais frequentes ou graves, em doentes com défices séricos significativos de uma ou mais de uma das quatro subclasses de Imunoglobulina G (IgG), quando a concentração da IgG total é normal.

O DSIgG associa-se com défice de Imunoglobulina A, atopia, doenças autoimunes e doenças crónicas das vias aéreas, como bronquiectasias.

Objectivo: Caracterização de uma amostra de doentes adultos com DSIgG e avaliação do impacto do DSIgG nas bronquiectasias.

Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo numa amostra de doentes com DSIgG seguidos em Consulta de Imunoalergologia e de Pneumologia num período de 10 anos.

Foram avaliados dados demográficos, clínicos e laboratoriais do grupo total. Posteriormente foram seleccionados por conveniência os doentes com Tomografia Computorizada Torácica (TCT) que foram divididos em subgrupos de acordo com a presença de bronquiectasias (Subgrupos BQ e SEM com presença e ausência de bronquiectasias respetivamente) e adicionalmente avaliados dados funcionais.

A análise estatística dos dados foi realizada por métodos apropriados usando o programa SPSS V 22.0.

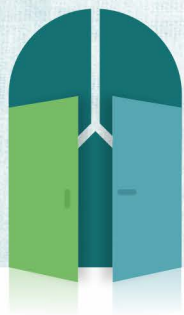
Resultados: No grupo total foram incluídos 54 doentes com idade mediana de 41,5 anos e 61,1% do sexo feminino. Neste grupo apresentavam défices seletivos de IgG1, IgG2 e IgG4 em 29,6%, 38,9% e em 11,1%, respetivamente, e associação de défices de IgG2 com IgG4 em 16,7%. Apenas havia um caso de défice seletivo de IgG3 e um outro de associação de défices de IgG1 com IgG4.

Houve associação a défice de IgA em 14,8% (8 casos), nomeadamente associado a três casos de défices de IgG2 e dois de IgG1 e IgG4.

A IgG total mediana foi de 8,14 g/L e os défices das subclasses apresentaram medianas de níveis de IgG1 de 3,64 g/L, de IgG2 de 1,50 g/L e de IgG4 de 0,01 g/L.

Cerca de dois terços revelavam manifestações sinopulmonares, nomeadamente infeções respiratórias recorrentes, asma, rinite, sarcoidose pulmonar (um caso) e défice de alfa 1 antitripsina (dois casos). Apresentavam atopia 29,6% e quatro doentes apresentavam doenças autoimunes como Doença de Graves.

Dos 22 doentes que realizaram TCT, foram identificados 7 doentes com bronquiectasias (Subgrupo BQ) cujas características estão representados na tabela 1. Este subgrupo apresentava mais mulheres (57,1 vs 33,3%) e idades inferiores (42 vs 52 anos). Observaram-se 3 e 2 casos de défices



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

seletivos de IgG1 e IgG2, respetivamente, e associação de défices de IgG2 com IgG4 em 2 casos.

A localização mais afetada por bronquiectasias no subgrupo BQ era o lobo médio e os lobos inferiores.

A nível funcional, o FEV1, o CVF, o FEF25-75%, o CPT e o VR revelaram valores inferiores em comparação com o subgrupo SEM.

Conclusões: Apesar de tal não se traduzir em resultados significativos em termos estatísticos, as bronquiectasias em doentes com DSIGG revelaram-se mais em doentes sexo feminino, com idade inferior e défice seletivo de IgG1.

Os autores consideram de interesse uma avaliação sistemática dos níveis de imunoglobulinas e subclasses de IgG no estudo etiológico de bronquiectasias visto que altera a sua abordagem terapêutica.

PC 127

FIBROSE QUÍSTICA NO ADULTO ACIMA DOS 40 ANOS – CASUÍSTICA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Autor do trabalho:

MARIA INÊS LUZ

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Co-Autores do trabalho:

TERESA RODRIGUES; FILIPA FERRO; CARLOS LOPES; PILAR CARDIM

Palavras-chave: FIBROSE QUÍSTICA, ADULTOS, LONGEVIDADE

Introdução: A Fibrose Quística (FQ) é uma doença genética que afecta vários órgãos de forma progressiva. Com os avanços diagnósticos e terapêuticos a FQ deixou de ser uma doença terminal da infância. Este estudo pretendeu avaliar as características dos doentes com FQ com mais de 40 anos.

Método: Foram estudados 13 doentes com o diagnóstico de FQ e com uma idade superior a 40 anos, acompanhados num centro de referência em Lisboa, durante o ano de 2019.

Resultados: Dos 13 doentes avaliados, 4 eram homens e 9 mulheres. Idade média de $47,9 \pm 5,2$ anos. Dos 13 doentes a maioria foram diagnosticados após os 18 anos e apenas 3 foram diagnosticados antes disso. O diagnóstico foi confirmado por estudo genético em todos os doentes (1 doente homozigótico Delta-F508/DeltaF508, 9 doentes heterozigóticos Delta-F508, 2 doentes heterozigóticos para a mutação G85E, 1 doente homozigótica para a mutação 3272-26A < G). Doze dos 13 doentes tinham prova de suor positiva.

Apenas 1 doente era assintomático apresentando todos os restantes sintomas respiratórios (tosse e expectoração), 5 tinham insuficiência pancreática exócrina e 1 diabetes relacionada com a FQ.

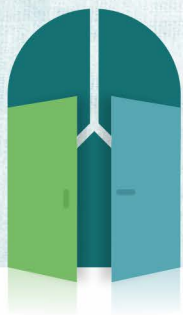
O Índice de Massa Corporal (IMC) médio foi de 25,24.

Constatou-se que 6 doentes apresentavam colonização crónica por *Pseudomonas aeruginosa* (PA), 5 por *Haemophilus influenza*, 2 por *Streptococcus pneumoniae*, 2 por *Sphaphylococcus aureus* metilicina resistente (MRSA).

A FVC média e o FEV1 médio foram de $88,2 \pm 16,2\%$ e $65,8 \pm 23,8\%$, respetivamente. De realçar a maior deterioração funcional registada nos doentes com colonização crónica por *Pseudomonas aeruginosa* (PA) traduzindo-se por valores de FEV1 médio mais baixos neste grupo o que alcançou significância estatística ($p = 0,047$).

Relativamente ao número médio de internamentos por exacerbações agudas nos últimos 5 anos, verificou-se uma média de 1,43 internamentos por doente (máximo: 5, mínimo: 0). O número de internamentos por exacerbação aguda foi um pouco superior no grupo de doentes não colonizados por PA (média de internamentos 1,86 versus média: 1 internamento no grupo dos doentes colonizados por PA).

Conclusão: A nossa realidade, mostra-nos que a FQ deixou de ser uma doença da idade pediátrica, registando-se um número cada vez maior de doentes adultos com esta patologia que mantém uma razoável reserva funcional respiratória, um bom estado nutricional e uma boa qualidade de vida traduzida por um aceitável número de exacerbações. Para tal, muito tem contribuído os avanços no diagnóstico e nas estratégias terapêuticas desenvolvidos nos últimos anos. De realçar o número ainda importante



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

de casos diagnosticados apenas na idade adulta, problema que se espera ver resolvido presentemente face à possibilidade de podermos contar atualmente com o rastreio neonatal da FQ em Portugal.

Face ao facto de estarem a surgir presentemente intervenções terapêuticas aparentemente muito eficazes e que parecem ter significativo impacto na modificação da história natural da doença com significativa redução da morbilidade e mortalidade quando introduzidas precocemente e face ao facto de estarem implementados programas de rastreio neonatal prevê-se que a FQ seja uma patologia com uma expressão cada vez mais importante na idade adulta.

PC 128

ISOLAMENTO DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA EM DOENTES COM FIBROSE QUÍSTICA - O PERFIL DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Autor do trabalho:**MARIA INÊS LUZ**

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Co-Autores do trabalho:**PILAR AZEVEDO; CARLOS LOPES**

Palavras-chave: FIBROSE QUÍSTICA, PSEUDOMONAS AERUGINOSA, RESISTÊNCIA, ANTIBIÓTICOS

Introdução: *Pseudomonas aeruginosa* (PA) é um microrganismo que frequentemente coloniza as vias aéreas dos doentes com Fibrose Quística (FQ), tendo um grande impacto na deterioração funcional pulmonar. A erradicação deste agente das vias aéreas dos doentes colonizados é difícil, estando preconizada a terapêutica supressora com antibióticos inalados na colonização crónica e a antibioterapia sistémica nas exacerbações agudas. A emergência de estirpes de PA resistentes aos antibióticos nesta população é um problema cada vez mais comum.

Objectivo: Avaliar o perfil de sensibilidade aos antibióticos das estirpes de PA em doentes com FQ e colonização crónica por este agente segundo os critérios de Leeds num Centro de Referência envolvendo a região de Lisboa Vale do Tejo até ao Algarve e correlacionar com os dados referentes ao compromisso funcional respiratório e ao estado nutricional.

Método: Análise retrospectiva dos doentes, com idade superior a 18 anos, seguidos num Centro de Referência de FQ que se encontravam colonizados por PA em Julho de 2019. Utilizou-se como definição de multirresistência resistência a duas ou mais classes de antibióticos.

A análise estatística foi efectuada no software Microsoft Excel.

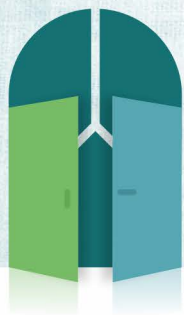
Resultados: Incluíram-se um total de 18 doentes adultos com FQ (47,3% dos doentes seguidos no Centro de Referência) com idade média de $32,1 \pm 8,9$ anos e um ligeiro predomínio do sexo feminino ($n=10$; 55,6%). O valor médio da % FEV1 previsto foi $54,1 \pm 17,7\%$ e do índice de massa corporal (IMC) foi de $22,5 \text{ Kg/m}^2$.

Os doentes foram divididos em dois grupos de acordo com o perfil de sensibilidade aos antibióticos (doentes colonizados com estirpes multirresistentes ($n=8$) e doentes colonizados com estirpes não multirresistentes ($n=10$)).

Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos no valor do FEV1 médio ($p=0,09$), embora este valor tenha sido inferior no grupo dos doentes colonizados por estirpes multirresistentes (FEV1 46,1% vs 60,4%).

Relativamente ao valor do IMC, a média foi inferior no grupo dos doentes colonizados por estirpes multirresistentes mas não alcançou significância estatística ($p=0,23$).

O padrão de sensibilidade aos antibióticos das estirpes de PA isoladas, mostrou que excluindo os 6 doentes com estirpes sensíveis a todos os antibióticos, todos os outros doentes apresentavam colonização por estirpes resistentes à gentamicina ($n=12$). Em relação aos restantes aminoglicosídeos, a resistência à amicacina foi de 55,6% ($n=10$), enquanto 38,9% ($n=7$) apresentava resistência à tobramicina. A resistência às



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

cefalosporinas (cefepime, ceftazidime), foi 44,4% (n=8). A resistência à ciprofloxacina foi de 38,9% (n=7). Nos doentes em que foi testado (n=6) metade apresentava resistência ao meropenem. Não foram registadas resistências da PA à colistina e ao ceftolozano/tazobactam.

Conclusão: Os resultados do presente estudo revelam uma prevalência elevada de colonização por PA nos doentes adultos seguidos num Centro de Referência de FQ e um valor preocupante de colonização por estirpes multirresistentes (cerca de metade). De referir ainda que mais de metade dos doentes estavam colonizados por estirpes com resistência a pelo menos um antibiótico.

O padrão de sensibilidade aos antibióticos não teve neste estudo impacto estatisticamente significativo no padrão funcional respiratório e no estado nutricional.

PC 129

PERFIL MICROBIOLÓGICO DE DOENTES COM BRONQUIECTASIAS: UMA COORTE PORTUGUESA**Autor do trabalho:****RAQUEL VIANA**

Centro Hospitalar de Leiria

Co-Autores do trabalho:**JOÃO CORDEIRO DA COSTA; SALVATO FEIJÓ**

Palavras-chave: BRONQUIECTASIAS, MICROBIOLOGIA, INFEÇÃO BRÔNQUICA CRÓNICA

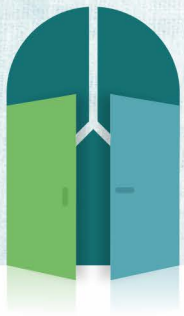
Introdução: A bronquiectasia consiste na dilatação permanente e irreversível das vias aéreas, associando-se frequentemente a infeção brônquica crónica. A caracterização do perfil microbiológico dos doentes com bronquiectasias é essencial para a definição de estratégias terapêuticas dirigidas. O presente trabalho tem como objetivo descrever o perfil microbiológico de uma coorte de doentes com bronquiectasias do Centro Hospitalar de Leiria.

Materiais e Métodos: Estudo de coorte prospectivo. Incluídos todos os doentes seguidos em Consulta de Infeção Brônquica Crónica no Centro Hospitalar de Leiria entre janeiro/2017 e julho/2019. Foram analisados os dados demográficos. Os isolamentos microbiológicos de amostras respiratórias foram retrospectivamente recolhidos e prospetivamente analisados. O perfil de resistência antimicrobiana dos principais microorganismos patogénicos nos doentes com bronquiectasias (*Pseudomonas aeruginosa* [Pa], *Haemophilus influenzae* [Hi] e *Staphylococcus aureus* [Sa]) foi registado. A análise estatística foi efetuada recorrendo ao programa IBM® SPSS vr25.

Resultados: 138 doentes, 49,3% do sexo masculino, média de idades 61,6 years (DP=17,5). Obteve-se diagnóstico microbiológico em 57,2% dos casos. As bactérias Gram-negativas foram os microorganismos mais frequentemente identificados (113 isolates). A Pa foi o agente mais prevalente, (26,1%), seguida do Hi (23,2%) e do Sa (MSSA 13,1%; MRSA 5,1%); 27,5% dos doentes tiveram mais do que um isolamento durante este período e 32,6% teve um ou mais internamentos por exacerbação de bronquiectasias. 63,9% dos isolamentos de Pa foram sensíveis a todos os antibióticos testados; resistência a fluoroquinolonas (16,6%) e cotrimoxazol (11,1%) foram as mais frequentes. Em relação ao Hi, 90,6% dos isolamentos foram multissensíveis; apenas 3 revelaram resistência (amoxicilina, amoxicilina e cotrimoxazol e ampicilina, respetivamente).

Foram isoladas micobactérias não tuberculosas em 4,3% dos doentes: 4 *Mycobacterium avium* complex, 1 *Mycobacterium lentiflavus* e 1 *Mycobacterium haemophilum*. Foi diagnosticada tuberculose a 3 doentes (suscetível a todos os fármacos de primeira linha). Verificaram-se 4 isolamentos de *Aspergillus fumigatus* e 4 de *Candida albicans*.

Discussão: A Pa e o Hi foram os microorganismos mais frequentemente isolados nesta coorte. Estes achados estão de acordo com a literatura (Pa: 12-43% e Hi: 14-52%). O perfil de resistência a antibióticos constitui uma preocupação no tratamento dos doentes com bronquiectasias, uma vez que estes fármacos são utilizados regularmente nesta patologia (sistémicos ou inalados).



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

Existem poucos dados acerca do quadro atual de resistência antimicrobiana em doentes com bronquiectasias não fibrose quística. A resistência de Pa a fluoroquinolonas foi a resistência a antibióticos mais prevalente neste estudo. Este facto suscita preocupação, dado que esta classe de antibióticos representa uma das opções de primeira linha em terapêuticas de erradicação.

Surpreendentemente, Hi mostrou uma baixa taxa de resistência. Os isolamentos de Sa têm aumentado nos doentes com bronquiectasias, tal como revela esta coorte. Os isolamentos de micobactérias não tuberculosas ainda são raros, contrariamente a outras coortes, como as norte americanas.

Conclusão: Pa, Hi e Sa são os agentes microbiológicos mais frequentes nesta coorte. A resistência a quinolonas é um facto relevante para os isolamentos de Pa. Micobactérias não tuberculosas e fungos foram isolamentos raros.

PC 130

DIVERSIDADE FENOTÍPICA NAS EXACERBAÇÕES DE BRONQUIECTASIAS

Autor do trabalho:

CARINA RÔLO SILVESTRE

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Oeste – Torres Vedras

Co-Autores do trabalho:

RICARDO CORDEIRO; DANIEL DUARTE; TERESA FALCÃO; ANTÓNIO DOMINGOS

Palavras-chave: BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE QUÍSTICA; EXACERBAÇÃO.

Introdução: As bronquiectasias são uma condição inflamatória crónica associada a muitas doenças distintas. Explorar a diversidade fenotípica dos agentes microbiológicos nas exacerbações de bronquiectasias pode melhorar o conhecimento sobre a disbiose pulmonar em episódios agudos.

Objetivos: Caracterização clínica e microbiológica dos doentes internados no serviço de Pneumologia por exacerbação de bronquiectasias não fibrose quística.

Métodos: Análise retrospectiva e descritiva dos dados clínicos e culturais da expetoração de 40 doentes internados por exacerbação num período de dezoito meses.

Resultados: Os doentes apresentaram uma idade mediana de 74,5 anos, 57,5% (23) eram do sexo feminino, 42,5% (17) do sexo masculino e 20% (8) tinham história de tabagismo. Além das bronquiectasias, 70% (28) dos doentes tinham história de outras comorbilidades respiratórias, sendo as mais comuns: 22,5% (9) com DPOC, 17,5% (7) com sequelas de tuberculose pulmonar e 7,5% (3) com as duas condições prévias.

Salienta-se que, 60% (24) dos indivíduos apresentavam bronquiectasias com envolvimento bilateral. Analisando o tipo: 67,5% (27) cilíndrico e 12,5% (5) apresentavam mais do que um tipo.

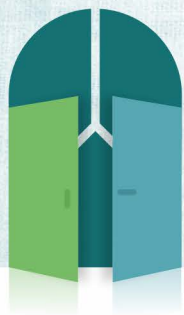
A maioria dos pacientes, 65% (26) tiveram uma exacerbação com internamento no último ano, 15% (6) tiveram dois e 30% (12) tiveram três ou mais episódios com hospitalização. O tempo médio de internamento foi de 12,6 dias.

Na admissão, 87,5% (35) dos indivíduos tinham insuficiência respiratória. Destaca-se que, no último internamento 25% (10) apresentaram história de colonização bacteriana e que 57,5% (23) apresentaram cultura da expetoração positiva: 26,1% (6) dos casos *S. aureus* resistente à meticilina (MRSA); em 21,7% (5) *P. aeruginosa*; 17,4% (4) com coinfeção associando os dois agentes anteriores; de igual forma, 8,7% foram positivas para *H. influenza* (2).

Dois casos (8,7%) de infeção por *P. aeruginosa* apresentaram resistência à ciprofloxacina, um associava resistência à gentamicina e outro à piperacilina/tazobactam. Os dois casos (8,7%) que revelaram crescimento de *H. influenza* apresentaram resistência à eritromicina e outro associava a resistência à piperacilina/tazobactam. Em dois dos casos (8,7%) de coinfeção a espécie de *P. aeruginosa* revelou resistência ao carbapenem e à ciprofloxacina, no outro à gentamicina e à ciprofloxacina.

Ocorrem mais exacerbações em doentes com cultura expetoração positiva ($p=0,011$) e quando há história de colonização ($p=0,001$).

Conclusão: As bactérias mais comuns nas exacerbações foram MRSA e *P. aeruginosa*. Todos os casos de coinfeção apresentavam estes dois agentes microbiológicos.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 131

SOLUÇÃO SALINA HIPERTÓNICA NEBULIZADA NO TRATAMENTO DE BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE QUÍSTICA: A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA.

Autor do trabalho:

DANIEL OLIVEIRA REIS

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Co-Autores do trabalho:

MARGARIDA COSTA E SILVA; REGINA MONTEIRO; INÊS SANCHES;
IVONE PASCOAL

Palavras-chave: BRONQUIECTASIAS; SOLUÇÃO SALINA HIPERTÓNICA

Introdução: Nos doentes com bronquiectasias a clearance mucociliar está prejudicada devido às alterações estruturais, desidratação das vias aéreas e ao excessivo volume e viscosidade das secreções respiratórias. A solução salina hipertónica (SSH), juntamente com as técnicas de fisioterapia respiratória permitem otimizar a drenagem de secreções nesses doentes.

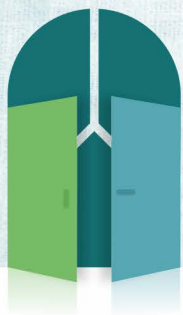
Objetivo: Analisar os doentes com bronquiectasias não fibrose quística (BNFQ) tratados com SSH e avaliar a sua tolerância a esse tratamento.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo dos doentes com BNFQ tratados com SSH e que realizaram prova de provocação entre janeiro de 2017 e Julho de 2018. Foram analisados dados demográficos, clínicos, microbiológicos e funcionais dos doentes.

Resultados: Dos 22 doentes incluídos no estudo, 1 foi excluído por abandono da consulta. A idade mediana dos doentes foi de 54 anos (idade mínima: 20 anos; idade máxima 87 anos) e 12 doentes (57,1%) eram do sexo feminino. A etiologia pós-infecciosa das BNFQ (bronquiectasias não fibrose quística) foi assumida em 6 doentes (28,6%), seguindo-se a discinesia ciliar primária em 4 doentes (19%) e a asma. 7 doentes (33,3%) cumpriam critérios de infeção bacteriana crónica; as estirpes bacterianas identificadas nesses doentes foram: *Pseudomonas aeruginosa* (n=6), *Haemophilus influenzae* (n=1) e *Klebsiella pneumoniae* (n=1). Segundo o score E-FACED, as bronquiectasias dos doentes foram classificadas em graves (n=2; 9,5%), moderadas (n=4; 19%) e leves (n=15; 71,4%). 2 doentes (9,5%) estavam sob tratamento com antibióterapia inalada e 1 doente (4,8%) estava a ser tratado com azitromicina em dose anti-inflamatória. Todos os doentes apresentavam broncorreia como motivo para o início da SSH, sendo que 11 (52,4%) apresentavam também exacerbações frequentes. Os doentes realizaram teste de provocação com SSH antes de iniciarem esse tratamento e o resultado foi negativo em todos. A média de duração de tratamento com SSH foi de 12,6 meses ($\pm 8,7$). 5 doentes (23,8%) suspenderam o tratamento por efeitos adversos (dispneia e tosse (n=3), pieira (n=1) e hemoptises (n=1)) após uma mediana de 6 meses (0-15) de tratamento. Adicionalmente, 3 doentes suspenderam o tratamento por ausência de benefício clínico, após uma mediana de 3 meses (1-10) de tratamento. Relativamente ao grupo que suspendeu o tratamento por efeitos adversos, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no FEV1% (após broncodilatação) basal (p=0,760) ou na percentagem de modificação de FEV1 no teste de tolerância ao SSH (p=0,746) em comparação com o grupo que manteve o tratamento. Nos doentes com pelo menos 12 meses de tratamento com SSH e exacerbações frequentes (n=3; 14,3%) verificou-se uma redução na mediana de

exacerbações de 3 (3-7) para 2 (1-3). A taxa de mortalidade sob tratamento foi de 14,3% (n=3).

Conclusão: A etiologia pós-infecciosa foi a mais frequente no nosso estudo. A dimensão da amostra condiciona a análise estatística relativamente ao impacto do tratamento com SSH no número de exacerbações. Apesar de todos os doentes terem um teste de provocação com SSH negativo, verificou-se que 23,8% dos pacientes acabaram por suspender o tratamento por efeitos adversos, não se conseguindo identificar, nas variáveis analisadas, diferenças estatisticamente significativas em relação ao grupo de doentes que manteve o tratamento.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 132

UTILIDADE DO ÓXIDO NÍTRICO NASAL NO RASTREIO DE DISCINÉSIA CILIAR PRIMÁRIA – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Autor do trabalho:

TERESA PEREIRA RODRIGUES

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

CARLOS LOPES; CAROLINA CONSTANT; TERESA BANDEIRA

Palavras-chave: ÓXIDO NÍTRICO, DISCINÉSIA CILIAR PRIMÁRIA, BRONQUIECTASIAS

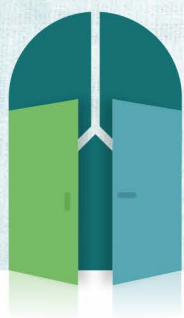
A discinésia ciliar primária (DCP) é uma doença autossômica recessiva rara caracterizada por disfunção ciliar, resultando em infecções otosinopulmonares crônicas. Estima-se que afete 1 em cada 10000 pessoas. Não há nenhum teste para rastreio da população geral. A melhor abordagem é combinar sintomas compatíveis com testes em centros especializados. O PICADAR é um questionário que combina características clínicas e eventos compatíveis. A microscopia eletrónica, a videomicroscopia e o estudo genético são dispendiosos e demorados. Em 1994 descobriu-se que na DCP os valores de óxido nítrico nasal (ONn) estavam diminuídos. A medição do ONn constitui hoje uma ferramenta de rastreio muito sensível e específica. É indolor, rápida e económica.

Na Consulta de Bronquiectasias do Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria cerca de 30% dos doentes não têm diagnóstico etiológico identificado. Desde há alguns anos são utilizadas a videomicroscopia, a microscopia eletrónica e a genotipagem em doentes com suspeita de DCP, maioritariamente em crianças. Com a recente disponibilidade de um medidor de ONn, quisemos avaliar a taxa de subdiagnóstico entre os adultos com bronquiectasias difusas com história compatível com DCP submetidos à aplicação sistemática de um algoritmo de diagnóstico etiológico. Foram analisados os resultados de 9 doentes consecutivos a quem foi medido o ONn, com o aparelho Niox Vero®, usando a técnica de encerramento do palato.

Dos 9 doentes, 7 eram mulheres, com idades entre os 23 e os 51 anos (média 34±9 anos). Cinco (56%) tiveram um valor de ONn baixo (entre 3nL/min e 63,45nL/min média 27,48+/-22,9nL/min), compatível com DCP. O valor médio dos que tiveram ONn normal foi 254,7+/-87,1 nL/min (entre 152,4 e 363,6nL/min). Eram seguidos em média há 4+/-3,7 anos em consulta de Pneumologia. Embora os doentes com PICADAR mais elevado tenham apresentado ONn mais baixo, nenhum doente teve pontuação superior a 7, considerado o cut-off para diagnóstico. Parece-nos que este score, isoladamente, não é suficientemente sensível para selecionar que adultos com bronquiectasias devem ser submetidos a medição do ONn. Relativamente à clínica, quase todos apresentavam expetoração crónica, mas apenas 2 relatavam história de dificuldade respiratória perinatal e apenas 1 apresentava anomalia de situs. Do ponto de vista funcional, os doentes com valor de ONn compatível com DCP apresentaram FEV1 médio mais baixo (64% vs 109%).

Concluindo, a medição do ONn é uma importante ferramenta para rastrear doentes com bronquiectasias e características compatíveis com DCP; selecionar quem deve avançar para testes mais complexos; e como parte integrante da marcha diagnóstica perante suspeita clínica de DCP. A

valoração dos resultados dos exames complementares deve ter em conta o contexto clínico, ser multidimensional e feita em reunião multidisciplinar, o que só é possível num centro especializado. O nosso estudo verificou que mais de metade da amostra teve resultado compatível com DCP, o que revela elevada taxa de subdiagnóstico. É nosso objetivo alargar a utilização deste meio de diagnóstico a cada vez mais doentes para que, estando identificada a DCP, se consiga aprofundar a compreensão sobre a doença, melhorar os cuidados terapêuticos e estabelecer um planeamento familiar eficaz.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 133

VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NA PREVENÇÃO DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA APÓS EXTUBAÇÃO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autor do trabalho:

MARIA JOANA PEREIRA CATARATA

Serviço de Pneumologia do CHUC

Co-Autores do trabalho:

CAROLINA CABO; SÓNIA ANDRÉ

Palavras-chave: VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA; EXTUBAÇÃO; INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

Introdução: O período de periextubação representa um momento crucial nas unidades de cuidados intensivos (UCI). A falha na extubação, definida como a necessidade de reintubação dentro de 2 a 7 dias após uma extubação programada, está associada a maior tempo sob ventilação mecânica invasiva, aumento da incidência de pneumonia associada ao ventilador, internamento hospitalar prolongado e aumento da mortalidade. Portanto, é essencial identificar os doentes com alto risco de desenvolverem insuficiência respiratória aguda (IRA) na pós-extubação, de forma a optar pelo melhor suporte ventilatório. A ventilação mecânica não invasiva (VMNI) e o oxigénio de alto fluxo podem ser usados no período pós extubação para evitar a IRA e consequentemente a reintubação. No entanto, o papel da VMNI imediatamente após a extubação em doentes hipóxicos permanece por esclarecer.

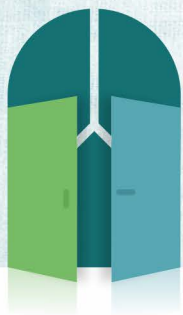
Objetivos: identificar características clínicas e co-morbididades de doentes admitidos na UCI e que foram submetidos a VMNI ou oxigenoterapia após a extubação. O segundo objetivo consistiu em analisar o papel da VMNI imediatamente após a extubação e a sua eficácia na prevenção de insuficiência respiratória. O outcome primário foi a necessidade de reintubação. Os outcomes secundários consistiram na mortalidade na UCI e aos 30 dias, bem como o tempo de internamento hospitalar.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo dos doentes internados na UCI do Hospital Santo António, entre 1 de janeiro e 31 de julho de 2018. Foram analisadas as características clínicas, comorbilidades, causa de internamento, estratégia de desmame ventilatório e evolução clínica. A comparação entre os dois grupos (oxigenoterapia versus VMNI) foi realizada pelo teste exato de Fisher para variáveis categóricas e pelo teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas. A análise estatística foi realizada usando o SPSS, e as diferenças entre os dois grupos foram consideradas significativas com $P < 0,05$.

Resultados: Foram incluídos 153 doentes com 64,0 (IQR 53,5-76,0) anos e 52,4% do género masculino. A principal causa de admissão foi o choque séptico ($n = 36$, 23,5%), seguida do pós-operatório abdominal ($n = 24$, 12,6%) com score APACHE II médio de $47,98 \pm 14,98$. Cerca de 13,1% dos pacientes eram obesos com diagnóstico de apneia obstrutiva do sono em 2,6%; 15,7% tinham antecedentes de insuficiência cardíaca congestiva e 8,9% de DPOC. A VMNI foi realizada após a extubação em doentes de alto risco para IRA ($n = 14$, 9,2%). Quando comparado com oxigenoterapia, a instituição da VMNI no período pós-extubação resultou em mais dias de internamento na UCI [mediana 9,0 dias (IC 6,43-20,71) versus mediana 5,0 dias (IC 6, 85-10,21), $p = 0,015$], no entanto não se verificaram

diferenças na mortalidade intra-hospitalar ($p = 0,462$) ou aos 30 dias ($p = 0,129$). A incidência de reintubação não foi estatisticamente diferente entre os dois grupos ($p = 0,101$).

Conclusão: A eficácia da VMNI em cuidados intensivos foi comprovada principalmente em doentes com insuficiência respiratória global aguda ou crónica agudizada. Neste estudo, mostramos que a VMNI é segura, e sem inferioridade quando comparado à oxigenoterapia durante o desmame ventilatório, mesmo em doentes admitidos com IRA hipóxica ou sem antecedentes de insuficiência respiratória global crónica.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 134

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR ASSOCIADO A MUTAÇÕES DO GENE MTHFR E PAI-1 – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

JOANA DANIELA RODRIGUES BARBOSA

Unidade de Insuficiência Respiratória, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

SARA SALGADO; PAULA ESTEVES; CRISTINA BÁRBARA

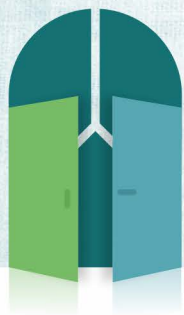
Palavras-chave: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, TROMBOSE VENOSA PROFUNDA, MTHFR C677T, PAI-1 4G

Introdução: A trombofilia é definida como uma predisposição para trombose e pode ser associada a causas hereditárias ou adquiridas. As causas adquiridas incluem as neoplasias, terapêutica hormonal, imobilização, cirurgias e doenças imunes como o síndrome dos anticorpos anti-fosfolípidos. Relativamente aos fatores genéticos que podem ser identificados em 60% dos casos de tromboembolismo venoso (TV), o fator V de Leiden é a principal causa de trombofilia hereditária, podendo ocorrer envolvimento de outros como a protrombina 20210A, antitrombina III e proteína C e S. A associação entre a presença de variantes alélicas do MTHFR (C677T e A1298C) e o aumento do risco de ocorrência de TV não está totalmente esclarecida. No entanto, foi demonstrado um aumento dos níveis de homocisteína em portadores da variante MTHFR C677T. Outra variante alélica que parece estar associada é PAI-1 4G, contudo o aumento do risco também não está totalmente esclarecido, mas foi descrita uma associação entre essa variante e o aumento da ocorrência de trombose venosa em órgãos internos, nomeadamente a veia porta. A associação combinada de mutações MTHFR e PAI-1 foi também descrita num doente com trombose venosa renal isolada, demonstrando que a associação destas duas mutações pode aumentar a probabilidade de eventos tromboembólicos.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de uma doente, 37 anos, não fumadora, com antecedentes pessoais de obesidade, sob terapêutica anticoncepcional oral e antecedentes familiares de óbito em contexto de tromboembolismo pulmonar (pai). Foi admitida por síncope e quadro prévio com uma semana de evolução de dispneia e toracalgia de características pleuríticas. Apresentava-se taquicárdica e a gasimetria demonstrava hipoxémia e hipocapnia. Analiticamente apresentava d-dímeros de 4,2mg/l, troponina de 29ng/l e NT-proBNP 1748pg/ml. A tomografia computadorizada do tórax (TC) revelou tromboembolismo bilateral extenso, dilatação da artéria pulmonar e do ventrículo direito e densificações pseudonodulares, inespecíficas, podendo tratar-se de enfartes. O ecocardiograma demonstrou uma exuberante dilatação das cavidades direitas com abaulamento septal, mas com função sistólica global conservada, não apresentando indicação para fibrinólise urgente. Iniciou anticoagulação, apresentando boa evolução clínica e gasimétrica. Do estudo das trombofilias, a destacar a deteção de fatores genéticos predisponentes com a identificação de homozigotia para o polimorfismo MTHFR C677T e heterozigotia para PAI-1 4G. Efetuou posteriormente ecodoppler venoso dos membros inferiores que demonstrou recanalização da veia popliteia esquerda trombosada e repetiu ecocardiograma e TC do tórax que não revelaram alterações relevantes.

Manteve anticoagulação com rivaroxabano com estabilidade clínica e sem novos eventos tromboembólicos.

Discussão e Conclusão: Este caso reporta uma rara associação de fenómenos tromboembólicos e trombofilia hereditária com as variantes alélicas MTHFR C677T e PAI-1 4G, demonstrando a eficácia da utilização do rivaroxabano. É escassa a literatura que reporta esta associação, demonstrando que esta combinação pode aumentar a probabilidade de eventos tromboembólicos.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 135

POLIANGEITE MICROSCÓPICA COM HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: UMA ESTADIA PROLONGADA NUMA UCI

Autor do trabalho:

PEDRO AMERICANO

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Co-Autores do trabalho:

LÍGIA PIRES; GLÓRIA CABRAL CAMPELLO

Palavras-chave: POLIANGEITE MICROSCÓPICA, HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA

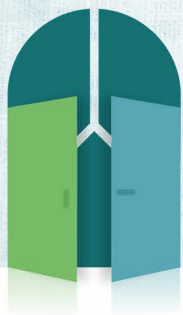
Caso clínico: sexo masculino, 62 anos, fumador (60 UMA), recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com cinco dias de evolução de dispneia progressiva, febre, tosse e expectoração mucosa, ocasionalmente hemoptóica. À admissão encontrava-se febril, hipertenso, taquicárdico, SatO₂: 91% em ar ambiente. Analiticamente: Hb 5,1 g/dL, VGM 102 fL, HGM 34 pg, Leucócitos 9,9 x10⁹/L (Linfócitos: 0,67, Neutrófilos: 8,9, Basófilos: 0,03, Monócitos: 0,26, Eosinófilos: 0 x10⁹/L), PCR 119,5 mg/L, Creatinina 4,82 mg/dL. Radiografia torácica e tomografia computadorizada: infiltrado intersticial-alveolar exuberante bilateral, centrífugo. Internado em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), submetido a intubação orotraqueal por hemoptise significativa. Devido à insuficiência renal aguda, foi iniciada hemodiafiltração venosa contínua.

Broncoscopia: hemorragia difusa em toalha. Lavagem broncoalveolar (LBA) com aparência macroscópica sequencialmente mais hemática. Fundoscopia: vasculite retiniana bilateral. Citoplasma soro anti-neutrófilo Corpo anti-MPO: 542 UA/mL.

Diagnosticada poliangite microscópica com comprometimento pulmonar e renal, e iniciado tratamento (no 3º dia de UCI) com metilprednisolona (1g/dia durante 5 dias), seguido de ciclofosfamida 1500mg (750mg/m²) e dose de manutenção de prednisolona (60 mg/dia). No dia 10 apresentou febre e diminuição de PaO₂/fiO₂. Repetiu LBA com isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente em culturas. Diagnosticada pneumonia associada ao ventilador tardia e tratada com Ceftolozano/Tazobactam e Gentamicina, de acordo com o teste de sensibilidade aos antibióticos. Por agravamento clínico em doente imunossuprimido, foram posteriormente acrescentados Linezolid e Anidulafungina empiricamente, com resolução do quadro.

Após suspensão da sedação, houve uma importante alteração comportamental, com episódios de irritabilidade e agressividade, acabando o doente por se auto-extubar no dia 28, sem necessidade de reintubação. Foi aplicado CAM-ICU, compatível com delirium, iniciando Dexmedetomidina com melhora da sintomatologia. No dia 29, realizou segundo ciclo de ciclofosfamida 1500mg, sem complicações. O paciente manteve indicação para terapêutica renal de substituição e paraparésia no contexto de polineuropatia dos cuidados intensivos. A hospitalização foi prolongada em enfermaria devido a colecistite isquêmica perfurada com peritonite biliar. Submetido a colecistectomia e a múltiplos antibióticos, o tratamento imunossupressor foi interrompido desde o segundo ciclo e, um mês depois, o paciente iniciou episódios de dispneia e expectoração hemoptóica, sugerindo reativação da vasculite.

Conclusões: As doenças pulmonares intersticiais são complexas e seu diagnóstico deve ser abordado com precisão na UCI. Neste caso, o início rápido e a manifestação pulmonar com risco de vida de uma vasculite sistêmica levaram a uma investigação em que o diagnóstico rápido e a terapia direcionada precoce foram determinantes para o prognóstico do paciente. Mesmo assim, a hospitalização foi prolongada por sucessivas intercorrências, elevando um caso já interessante para um verdadeiro desafio de medicina intensiva.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 136

PSEUDOANEURISMA DE RASMUSSEN. UMA EMERGÊNCIA HEMORRÁGICA IMINENTE

Autor do trabalho:

PEDRO AMERICANO

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Co-Autores do trabalho:

CÁTIA SARAIVA; LÍGIA PIRES; JOÃO MUNHÁ FERNANDES; GLÓRIA CABRAL CAMPELLO

Palavras-chave: PSEUDOANEURISMA DE RASMUSSEN, TUBERCULOSE PULMONAR, HEMOPTISE

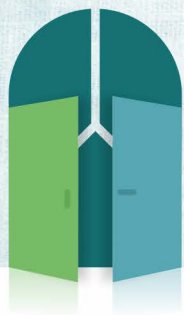
Caso Clínico: doente caucasiano, sexo masculino, 37 anos, fumador (20 UMA), recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 4 meses de evolução de tosse, expectoração purulenta, perda ponderal (não quantificada) e expectoração hemoptóica nos últimos 2 dias.

À admissão hemodinamicamente estável, eupneico em repouso, auscultação pulmonar com roncos nos dois ápices. Analiticamente: Hb 10,7g/dL, VGM 73 fL, HGM 23,3 pg, Leucócitos: $19,6 \times 10^9/L$ (Neutrófilos: 14,1, Linfócitos: 2,5, Basófilos: 0, Monócitos: 1,9, Eosinófilos: $0,9 \times 10^9/L$), Plaquetas $681 \times 10^9/L$, PCR 161 mg/L. Gasometria arterial (ar ambiente): pH 7,46, PaCO₂: 38,8 mmHg, PaO₂ 73,2 mmHg, HCO₃⁻: 27,20 mmol/L, SatO₂: 95%. Radiografia torácica: infiltrado bilateral com aparente cavitação no campo superior direito. Admitido no Serviço de Pneumologia em quarto de isolamento respiratório, o exame micobacteriológico direto da expectoração mostrou bacilos álcool-ácido resistentes, a tomografia computadorizada mostrou doença extensa com múltiplas cavitações de grandes dimensões, principalmente à direita, e foi iniciada terapêutica antituberculosa com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol e Levofloxacina.

O paciente manteve hemoptise e continuou a baixar a hemoglobina (6,5 g / dL), apesar da terapêutica com ácido aminocapróico. No sexto dia de internamento, iniciou taquicardia e hipotensão e foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), iniciando terapêutica com ácido tranexâmico e controlando a hemoptise. Após 2 dias sem terapêutica e sem qualquer perda hemática, apresentou hemoptise maciça (500mL), controlada com ácido aminocapróico e morfina. Realizou angiotomografia torácica que mostrou um pseudoaneurisma no lobo inferior direito (segmento 6). O paciente foi transferido para o departamento de Radiologia de Intervenção noutra instituição e submetido a angiografia seletiva das artérias brônquicas, onde foram identificados os vasos hemorrágicos e embolizados com partículas de 200ug de álcool polivinílico (PVA). No dia seguinte, já na nossa UCI, o paciente apresentou nova hemoptise maciça com abundante perda de sangue e dessaturação (68%), apesar de terapêutica com ácido tranexâmico, sendo intubado e conectado a ventilação mecânica. Broncoscopia mostrou hemorragia ativa proveniente do brônquio lobar médio e foi realizada hemostase local com solução salina a 0,9% e adrenalina. Inicialmente com ventilação difícil (pH 7,06, PaCO₂ 88 mmHg, PaO₂/ FiO₂: 76,1), otimizada com curarização, o paciente foi novamente transferido para o departamento de Radiologia de Intervenção de outro centro, desta vez submetido a embolização com álcool etileno vinílico (EVOH) por Punção transtorácica guiada por TC. A partir de então

com evolução favorável, sem novos episódios de hemoptise, o doente teve alta, continuando a terapêutica antituberculosa no ambulatório.

Conclusões: O pseudoaneurisma de Rasmussen é uma complicação pouco frequente da tuberculose pulmonar cavitada que pode levar a hemoptise maciça com risco de vida. Perante essa emergência, todas as medidas devem ser tomadas para conter a hemorragia e proteger a via aérea, estabilizando o doente até que a resolução da lesão primária seja possível. Neste caso, apesar de dois episódios súbitos e inesperados de hemorragia grave, o paciente foi mantido vivo e recuperou do quadro sem sequelas significativas.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 137

LAVADO BRONCOALVEOLAR NO DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE PNEUMONIA EM UCI: O TIMING IMPORTA?

Autor do trabalho:

PEDRO AMERICANO

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Co-Autores do trabalho:

LÍGIA PIRES; JUAN HIDALGO; CÁTIA SARAIVA; DANIELA SILVA; RUI FERREIRA; GLÓRIA CABRAL CAMPELLO

Palavras-chave: LAVADO BRONCOALVEOLAR, PNEUMONIA, BRONCOSCOPIA

Introdução: O papel da broncoscopia flexível (BF) no diagnóstico de pneumonia em pacientes sob ventilação mecânica invasiva (VMI) não está claramente definido, nem o momento ideal para a colheita de lavado broncoalveolar (LBA).

Objetivos: Avaliar a relevância da colheita de amostras respiratórias invasivas com BF em pacientes com pneumonia sob VMI e o momento ideal do procedimento.

Métodos: Estudo retrospectivo de pacientes internados em UCI, com idade ≥ 18 anos, com diagnóstico clínico e radiológico de pneumonia, de janeiro de 2017 a dezembro de 2018, submetidos a BF e colheita de LBA com 150ml de soro fisiológico. Comparámos os resultados microbiológicos, considerando o tempo entre a intubação orotraqueal e a BF: ≤ 48 h (Grupo 1) e >48 h (Grupo 2). Critérios de exclusão: diagnóstico de tuberculose na admissão, motivo não infeccioso para a realização de BF. A análise estatística foi realizada em plataforma digital (SPSS v24).

Resultados: foram realizadas 62 BF, 49 cumprindo os critérios de inclusão, das quais 22 inseridas no grupo 1 e 27 no grupo 2. A idade média dos pacientes foi de 65,4 anos; 69% eram do sexo masculino. Diagnóstico na admissão na UCI: médico 36 (73,5%), cirúrgico 6 (12,2%), trauma 7 (14,3%). Índices médios de gravidade: SAPS II 49, APACHE II 24. O tempo médio de antibiótico no dia do LBA foi de 2,6 dias; 15 pacientes (30,6%) não estavam sob antibioticoterapia à data da colheita.

O LBA teve culturas positivas em 24 (49%) amostras, Grupo 1: 9 (40,9%), Grupo 2: 15 (55,6%) ($P = 0,3$). Os dias médios de ventilação foram semelhantes nos dois grupos: grupo 1 - 12,7 dias e grupo 2 - 12,9 dias.

Conclusão: Este estudo revelou que o LBA realizou o diagnóstico em 49% das BF realizadas, com maior rentabilidade quando realizadas em pacientes com > 48 h de VM, embora sem significado estatístico.

PC 138

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE NA UCI: 4 ANOS EM RETROSPECTIVA

Autor do trabalho:

FILIPA AGUIAR

Hospital de Braga

Co-Autores do trabalho:

CECÍLIA PACHECO; JOSÉ EDUARDO OLIVEIRA

Palavras-chave: PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE, SCORES DE SEVERIDADE, MORTALIDADE

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é um problema grave de saúde pública e está associado a alta mortalidade. Existem vários scores de severidade disponíveis, tais como o Pneumonia Severity Index (PSI), IDSA (Infectious Diseases Society of America) /ATS (American Thoracic Society) severe pneumonia e CURB-65.

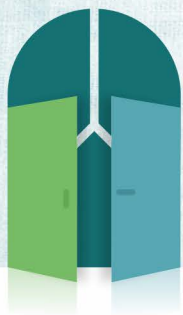
O objetivo deste estudo foi estudar os fatores prognósticos da PAC severa, incluindo os três scores mencionados.

Foi realizada uma análise retrospectiva dos pacientes com PAC admitidos numa unidade de cuidados intensivos (UCI) de um hospital central entre 01/2015 e 12/2018. Foram avaliadas as características dos pacientes, sinais vitais, achados laboratoriais e imagiológicos.

Foram considerados 52 pacientes, com média de idade de 61,0 anos e predomínio do género masculino ($n = 32$; 61,5%). 19,2% ($n = 10$) dos pacientes apresentavam antecedentes de alcoolismo. O sintoma mais frequentemente descrito foi dispneia (80,8%; $n = 42$), seguido de tosse (59,6%; $n = 31$). A duração média de permanência na UTI foi de 8,0 dias. 7 pacientes (13,5%) morreram durante a admissão na UCI e 6 (11,5%) na continuação. O valor mediano de CURB65 foi 3,0 e a PSI mediana 125,5. Esta população apresentou uma mediana de 3,5 minor criteria de IDSA/ATS e 81,6% apresentou dois major criteria. O score PSI foi estatisticamente superior no grupo de pacientes que morreram durante a admissão na UCI ($p = 0,04$) ao contrário do observado com o score CURB-65 e critérios minor de IDSA/ATS. Individualmente, antecedentes de alcoolismo ($p = 0,006$) e um pH inferior ($p = 0,019$) foram associados a maior mortalidade.

A população com PAC admitida na UCI mostrou o score de PSI, o alcoolismo e o valor pH inferior como preditores isolados de mortalidade.

Pacientes com PAC severa são um exemplo extremo desta patologia. A identificação dos pacientes com maior risco de mortalidade é crucial para a otimização dos tratamentos e redução das taxas de mortalidade.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 139

PNEUMONIA À ADMISSÃO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DE UM ANO

Autor do trabalho:

ANA CATARINA DA SILVA ALFAIATE

Serviço de Pneumologia, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Portugal

Co-Autores do trabalho:

MAFALDA SÁ PEREIRA²; LUCINDA OLIVEIRA³; CORINNA LOHMANN³; ANTERO FERNANDES³

Palavras-chave: PNEUMONIA; UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Objetivo: caracterizar a população de doentes com o diagnóstico de pneumonia da

comunidade ou nosocomial, à admissão numa Unidade de Cuidados Intensivos, num período de um ano (junho de 2018 a maio de 2019).

Métodos: consideraram-se apenas os doentes em que se obteve isolamento de agente microbiológico, em amostras colhidas previamente ou à data de admissão na Unidade.**Resultados:** neste período, estiveram internados, na Unidade de Cuidados Intensivos, um total de 349 doentes. Destes, 70 apresentaram diagnóstico de pneumonia, à admissão na Unidade, com base em critérios clínicos e imagiológicos e com isolamento de agente microbiológico.

Cinquenta (71,43%) eram do sexo masculino. A média de idades foi de 60,03 ± 16,65 anos. Relativamente à origem, 37,14% eram provenientes do Serviço de Urgência e 34,29% da Enfermaria.

No que diz respeito a comorbilidades, 20 doentes (28,57%) apresentavam doença respiratória crónica conhecida, sendo a DPOC a mais frequente. Trinta e três doentes (47,14%) apresentavam fatores de imunossupressão. A média do APACHE II foi de 21,21 ± 9,13 e do SAPS II de 49,87 ± 18,15. Cinco doentes (7,14%) foram submetidos a ventilação não invasiva com média de utilização de 2,00 ± 2,00 dias e 69 (98,57%) a ventilação invasiva com média de utilização de 7,76 ± 9,18 dias.

Em relação à microbiologia das secreções brônquicas, foram isolados um total de 93 microorganismos, sendo os mais frequentes: *Staphylococcus aureus* sensível a metacilina – 18, *Streptococcus pneumoniae* – 17, *Haemophilus influenzae* – 15, *Escherichia coli* – 8, *Klebsiella pneumoniae* – 6, *Pseudomonas aeruginosa* – 5, *Enterobacter aerogenes* – 3, *Moraxella catarrhalis* – 3, *Streptococcus pyogenes* – 3, *Enterobacter cloacae* – 2, *Proteus mirabilis* – 2, *Citrobacter freundii* – 2. Em alguns doentes, houve mais do que um microrganismo isolado nas secreções brônquicas.

As hemoculturas foram positivas, concomitantemente, em 12 casos (17,14%).

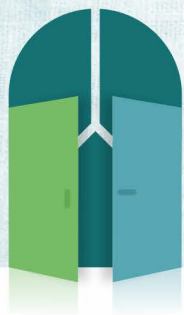
De acordo com a observação do perfil de sensibilidade dos microrganismos isolados, 27 (29,03%) eram multirresistentes.

A maioria dos doentes realizou vários ciclos de antibioterapia. Após início empírico de antibioterapia, em 29 doentes (41,42%) foi possível realizar descalamento da antibioterapia de acordo com o TSA.

Estiveram internados em média 8,89 ± 9,28 dias.

A mortalidade foi de 40% durante a permanência na UCI. Dos doentes que tiveram alta para outros Serviços, registou-se uma mortalidade de 33,33%.

Conclusão: este trabalho permitiu caracterizar a população de doentes com diagnóstico de pneumonia à admissão numa UCI, com isolamento de agente, nomeadamente em relação a comorbilidades e gravidade. Salienta-se, ainda, a importância do conhecimento do agente etiológico na orientação da antibioterapia.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 140

A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO PROCESSO DE DESMAME VENTILATÓRIO (VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA PROFILÁTICA E FACILITADORA)

Autor do trabalho:

INES NETO

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Hospital São Sebastião

Co-Autores do trabalho:

TIAGO LEONOR; RICARDO PINHO

Palavras-chave: VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA, DESMAME VENTILATÓRIO.

Introdução: a ventilação não invasiva (VNI) tem sido utilizada como adjuvante no desmame ventilatório, em racional profilático (consolidação e prevenção de falência e da necessidade de reintubação) e em racional facilitador da reautonomização ventilatória (extubação mais precoce). A aplicação da VNI nestes cenários tem demonstrado ser efectiva na redução de reintubação em grupos específicos de doentes (insuficiência respiratória crónica agudizada, insuficiência cardíaca). O impacto prognóstico da reintubação e/ou do prolongamento do suporte ventilatório invasivo sustenta a necessidade de reconhecer os doentes que possam beneficiar de VNI no processo de reautonomização ventilatória.

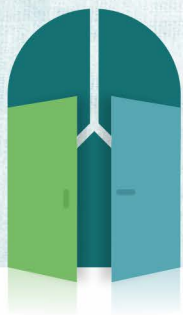
Objectivos: caracterizar a utilização da VNI no processo de desmame ventilatório numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP); identificar factores predisponentes de benefício na utilização de VNI no desmame ventilatório.

Métodos: estudo observacional retrospectivo, incluindo os doentes submetidos a VNI no processo de consolidação do desmame ventilatório no período anual de 2017. A análise estatística utilizou o programa Statistical Package for Social Sciences (versão 25.0, IBM Corporation, USA).

Resultados: a utilização de VNI no processo de desmame ventilatório ocorreu em 13.7% do total de internamentos (55/401). Os doentes alocados a este racional de cuidados apresentaram uma idade mediana de 70.0 anos (P25-75, 61.0-77.0 anos), sendo o género masculino predominante (72.7%). A tipologia de admissão mais frequente foi a admissão médica (90.9%). Os motivos de admissão mais frequentes foram o choque séptico (41.8% [ponto de partida respiratório, 27.3%; ponto de partida abdominal, 14.5%]) e a exacerbação aguda de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (10.9%). A existência de doença respiratória crónica foi identificada em 27.3% dos doentes. O diagnóstico de insuficiência cardíaca estava presente em 36.4% dos doentes. A estratificação de gravidade, assente no "Simplified Acute Physiology Score (SAPS) II", apresentou um valor médio de 51.2 (IC95%, 47.4-55.1). O tempo médio de suporte ventilatório mecânico invasivo foi de 7.1 dias (IC95%, 5.4-8.8 dias). Os principais motivos para alocação a VNI no processo de reautonomização ventilatória foram o reconhecimento dos cenários de DPOC (27.3%) e insuficiência cardíaca (20.0%). A insuficiência respiratória tipo 2 de etiologia não estabelecida representou 18.2% dos casos. A taxa de reintubação foi de 16.4%. O evento reintubação não apresentou relação estatística com qualquer dos factores analisado (idade, SAPS II, tempo de intubação). A demora média de internamento na UCIP foi de 10.0 dias (IC95%, 8.3-11.7 dias) e de internamento hospitalar de 28.5 dias (IC95%, 22.1-35.0 dias). A

demora média intra-UCIP e hospitalar foi superior nos doentes reintubados (demora intra-UCIP, 8.5 vs 17.8, $p < 0.001$; demora hospitalar, 23.9 vs 52.2, $p=0.031$). A taxa de readmissão a Cuidados Intensivos não foi diferente da observada no grupo de doentes não incluído (9.1% vs 6.2%, $p = 0.35$). A mortalidade intra-hospitalar, indexada ao SAPS II, foi de 0.44 (mortalidade intra-hospitalar indexada global da UCIP, 0.73).

Conclusão: a VNI no processo de desmame ventilatório é basal ao processo de cuidar na UCIP, sendo particularmente relevante nos casos de insuficiência respiratória crónica agudizada e de insuficiência cardíaca. Os dados referentes a doentes não alocados a VNI (extubação a ventilação espontânea) estão sob revisão.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 141

COMPLICAÇÕES E SEGURANÇA NA REALIZAÇÃO DE BRONCOSCOPIA TERAPÊUTICA POR ESTENOSE TRAQUEOBRÔNQUICA MALIGNA: EXPERIÊNCIA DA VIDA-REAL

Autor do trabalho:

RICARDO ESTÊVÃO GOMES

Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta

Co-Autores do trabalho:

ANA CATARINA MOREIRA; MARGARIDA BARATA; JORGE ROLDÃO VIEIRA; JORGE SOARES; JOSÉ DUARTE

Palavras-chave: OBSTRUÇÃO TRAQUEOBRÔNQUICA, BRONCOSCOPIA TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES, MORTE

Introdução: A broncoscopia terapêutica (BT) para estenoses traqueobrônquicas malignas (mETB) é considerado um tratamento paliativo para alívio sintomático. Contudo, a sua realização não é livre de complicações e pode mesmo precipitar um resultado não desejado.

Objetivo: avaliar a existência de fatores preditores de complicações não fatais e de morte relacionada com o procedimento de BT para mETB.

Métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico que incluiu todos os doentes submetidos a BT por mETB sintomática entre Janeiro 2008 a Dezembro 2018. Foram incluídos doentes com redução de 50% ou mais do diâmetro normal da via aérea (VA). Dados relativos ao doente, lesão, procedimento broncoscópico e resultado final foram estudados. O end-point primário (EP) definido foi a ocorrência de complicações não fatais durante o procedimento e o end-point secundário foi a associação de morte durante o procedimento e morte 24h após o procedimento.

Resultados: Foram incluídos 65 doentes: 42 (64,6%) sexo masculino, idade média $61,8 \pm 12,9$ anos, submetidos a 81 procedimentos: 65 (80,2%) primeiras BT e 16 (19,8%) segundas BT. Antes do procedimento, 76,5% dos doentes referiam dispneia (38,3% em repouso e 38,3% no esforço), 13,6% hemoptises e 13,6% foram diagnosticados com mETB por doença metastática de origem não pulmonar.

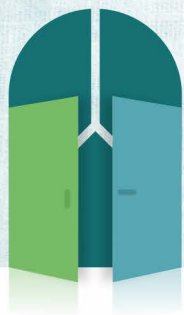
O procedimento foi emergente em 12,3% e urgente em 22,7% dos casos. O grau de estenose foi dividido em 50-69% (21%), 70-89% (26%) ou >90% (53%). A reperfusão bem sucedida da VA foi possível em 58% dos procedimentos.

Complicações não fatais relacionadas com o procedimento estiveram presentes em 18,5% (n=15) dos casos: instabilidade hemodinâmica de causa não hemorrágica (8,6%), hemorragia condicionando instabilidade hemodinâmica (6,2%), laceração da parede traqueobrônquica (6,2%) e pneumotórax com enfisema subcutâneo (2,5%). A presença de mETB por doença metastática esteve significativamente associada à ocorrência de complicações (p=0,027) e a reperfusão broncoscópica bem sucedida esteve significativamente associada a procedimento livre de complicações (p=0,032). Na regressão logística multivariada, foram identificados 3 preditores independentes para a ocorrência do EP. Sexo masculino (OR 0,097, 95%CI 0,018-0,533) e realização de procedimento eletivo (OR 0,105, 95%CI 0,021-0,524) como fatores protetores, enquanto que mETB>90% (OR 6,372, 95%CI 1,023-39,709) como fator de risco.

O end-point secundário foi observado em 7,4% dos casos (n=6). Esteve significativamente associado à realização de procedimentos emergentes

(p=0,024) e à presença de dispneia em repouso (p=0,010) e hemoptises (p=0,031) antes do procedimento. Todos os doentes apresentavam mETB>90% (p=0,028). Não foram encontrados fatores preditores independentes.

Conclusão: No nosso estudo, a incidência de complicações não fatais foi significativa enquanto que a incidência de morte foi baixa. Foram identificados alguns determinantes e preditores que possivelmente influenciam a ocorrência de ambas. Estar sensibilizado para estes determinantes pode ajudar a melhorar a nossa prática clínica bem como o resultado final do procedimento.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 142

ENCERRAMENTO DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA POR AMPLATZER OCCLUDER - PRIMEIRO CASO DESCRITO EM PORTUGAL

Autor do trabalho:

INÊS SUCENA PEREIRA

CHVNG/E

Co-Autores do trabalho:

JOÃO CARLOS SILVA; PEDRO BRAGA; CARLOS FERNANDES; DANIEL COUTINHO

Palavras-chave: FÍSTULA TRAQUEO-ESOFÁGICA, AMPLATZER

Introdução: O aparecimento de uma fístula traqueoesofágica pode ter várias causas e condiciona muitas vezes tosse, disfagia, aspirações de conteúdo alimentar o que leva a infeções respiratórias de repetição e malnutrição. O tratamento de eleição é cirúrgico, constituindo a colocação de clips esofágicos “over-the-scope” (OTSC) ou de próteses esofágicas/traqueais uma alternativa nos doentes sem indicação cirúrgica. Têm sido descritos alguns casos de utilização do Amplatzer Occluder (dispositivo de nitrilo usados para encerramento de comunicações interauriculares) para o tratamento destas fístulas.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 67 anos, fumadora. Antecedentes pessoais de DPOC, AVC, HTA, depressão e sequelas de TP. História pessoal de acidente de viação há 45 anos com necessidade de ventilação mecânica prolongada e traqueostomia, posteriormente encerrada. Medicada habitualmente com Indacaterol + Brometo de Glicopirrónio, Furosemida, Espironolactona, Indapamida + Amlodipina, Mirtazapina, Lorazepam e Diazepam.

Doente refere desde o internamento há 45 anos engasgamentos frequentes, tosse irritativa e apresentava infeções respiratórias de repetição com necessidade de vários internamentos.

Em 2016 teve dois internamentos por infeções respiratórias que motivaram estudo mais alargado, o qual revelou a presença de fístula traqueoesofágica na parede posterior da traqueia a 5 cm da carena, documentada inicialmente por broncofibroscopia (BFC). Realizou gestão inicial da fístula traqueoesofágica através do encerramento da mesma com OTSC por EDA. Por recidiva da fístula, repetiu tentativas de encerramento da fístula com OTSC por mais duas vezes, sempre com recidiva.

Em Maio de 2019 a doente recorreu novamente ao SU por agravamento dos episódios de engasgamento, dispneia, tosse e vômitos quando se alimentava, tendo sido internada para estudo. Durante o internamento, registou-se um aumento dimensional da fístula por BFC, tendo a doente iniciado alimentação por sonda nasogástrica e recusado qualquer tratamento cirúrgico.

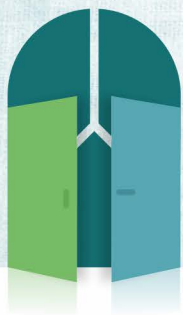
Dada ausência de resposta ao OTSC e recusa da doente para tratamento cirúrgico, propôs-se colocação de Amplatzer Occluder que a doente aceitou.

A colocação do dispositivo realizou-se com controlo fluoroscópico e com visualização direta pela vertente esofágica e traqueal. Procedeu-se à passagem do fio guia pelo esófago até à fístula sendo depois retirado pela vertente traqueal com pinça de biópsia por via broncofibroscópica. Foi colocado o Amplatzer Occluder de 8 mm pelo fio guia da vertente traqueal

com abertura sequencial do dispositivo inicialmente na vertente esofágica e depois na vertente traqueal, tendo sido verificada a correta colocação do dispositivo.

Desde então a doente iniciou novamente alimentação por via oral sem novos episódios de engasgamento nem infeções respiratórias. Ainda irá ser reavaliada endoscopicamente.

Conclusão: As fístulas traqueoesofágicas podem ser refratárias aos tratamentos endoscópicos habituais e são causa de morbilidade importante para o doente. Nos doentes em que a cirurgia não é uma opção, é importante ter em conta novas possibilidades de tratamento como a colocação do Amplatzer Occluder que tem demonstrado bons resultados apesar de ainda serem poucos os casos descritos.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 143

UTILIDADE CLÍNICA E SEGURANÇA DO EUS-B NA ABORDAGEM DE LESÕES MEDIASTÍNICAS E PULMONARES

Autor do trabalho:

ANTÓNIO PEDRO DE SOUSA FERNANDES

Serviço de Pneumologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

MICHELE DE SANTIS; PAULO MATOS; LOURDES BARRADAS

Palavras-chave: EUS-B; EBUS; TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS

Introdução: A utilização da sonda de EBUS (endobronchial ultrasound) por via transesofágica (EUS-B) foi reportada pela primeira vez em 2007. O EUS-B permite uma abordagem mais completa do mediastino quando associado ao EBUS. Este procedimento permite o acesso quase total às estações ganglionares mais relevantes no estadiamento do cancro do pulmão; o diagnóstico de lesões pulmonares e paraesofágicas mediastínicas inacessíveis pela árvore traqueobrônquica; o acesso a estações ganglionares mediastínicas inferiores (ex. 8 e 9) e subdiafragmáticas, bem como uma alternativa ao EBUS na punção de determinadas estações (ex. 2L e 4L).

Objetivos: Determinar o impacto da utilização do EUS-B, isolada ou juntamente com o EBUS, na abordagem de lesões mediastínicas e pulmonares.

Métodos: Estudo retrospectivo, que incluiu doentes com lesões mediastínicas e pulmonares, submetidos a EUS-B desde janeiro de 2017 a agosto de 2019 no Instituto Português de Oncologia de Coimbra. Os procedimentos foram realizados numa única sessão por um pneumologista. Foi avaliada a sensibilidade do procedimento.

Resultados: Foram incluídos 122 doentes, com predomínio do género masculino (n=77, 63.1%) e uma idade média de idade de 65.8 ± 9.4 anos. Foi realizado EUS-B isoladamente em 68 (55.7%) doentes e EUS-B associado a EBUS em 54 (44.3%). O procedimento foi realizado maioritariamente sob sedação consciente e intubação nasal (n=70, 57.4%). Do total de doentes, apenas 105 (86.1%) foram submetidos a punção ganglionar: 72 (68.6%) para diagnóstico e/ou estadiamento de cancro do pulmão; 21 (20.0%) para diagnóstico de adenopatias isoladas e 12 (11.4%) para avaliação de envolvimento metastático do mediastino por neoplasias extrapulmonares. A estação ganglionar mais frequentemente puncionada foi a 7 (n=52, 49.5%), seguida pela 4L (n=42, 40%). O procedimento foi positivo em 53 (50.5%) doentes; o diagnóstico mais frequente foi a neoplasia do pulmão (n=41), com predomínio de adenocarcinoma (n=23), seguido de carcinoma do pulmão de pequenas células (n=9), carcinoma NOS (n=5), carcinoma epidermóide (n=3) e carcinoma pleomórfico (n=1). A sensibilidade geral do exame foi de 88.4%. Não foram registadas complicações maior.

Conclusões: O EUS-B é uma técnica endoscópica segura e sensível na abordagem de lesões mediastínicas e pulmonares paraesofágicas, sobretudo na acessibilidade de estações ganglionares de difícil acesso por EBUS e em doentes com pouca tolerabilidade ao EBUS por compromisso respiratório ou contraindicações para anestesia geral.

PC 144

BRONCOFIBROSCOPIA NA ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DE DERRAME PLEURAL

Autor do trabalho:

CAROLINA MATOS CABO

Serviço de Pneumologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

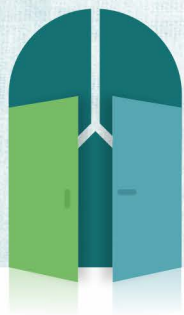
Palavras-chave: DERRAME, PLEURAL, BRONCOFIBROSCOPIA, DIAGNÓSTICO

Objetivo: Analisar os resultados de broncofibroscopia de doentes com derrame pleural, nomeadamente dos estudos microbiológicos, histológicos e citopatológicos. Perceber a utilidade do procedimento no estudo e obtenção de diagnóstico destes doentes.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com derrame pleural de novo que realizaram broncofibroscopia de Janeiro a Dezembro de 2014 no serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Resultados: Foram identificados 19 doentes (13 do sexo masculino e 6 do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 35 e os 88 anos, idade média de 71 anos. Em todos os procedimentos foi realizado aspirado brônquico. Em 8 doentes foram encontradas lesões endobrônquicas ou infiltração da mucosa, tendo sido realizadas biópsias brônquicas (n=8, 42.1%). Em 5 procedimentos foram realizadas lavagens brônquicas dirigidas (26.3%), em 4 escovado brônquico (21.1%) e em dois doentes foi realizado lavado broncoalveolar (10.5%). Relativamente aos achados microbiológicos, a cultura do aspirado foi polimicrobiana ou negativa em 12 doentes (63.2%). O principal microorganismo encontrado foi *Staphylococcus aureus* multirresistente (n=3, 15.8%), sendo que em 4 (21.1%) casos outros microorganismos foram encontrados - *Serratia marcescens*, *Candida albicans*, *Klebsiella pneumoniae* e *Enterobacter aerogenes* multirresistente. A cultura do lavado foi negativa ou polimicrobiana em 4 dos 7 casos (57.1%) e com identificação de microorganismos em 3 casos (em dois *Staphylococcus aureus* multirresistente e num *Candida albicans*). A pesquisa de micobactérias foi negativa em todos os aspirados brônquicos, assim como nos lavados. A análise citopatológica foi realizada na maioria dos casos (n=17, 89.5%), revelando em todos os casos excepto um (onde foram encontradas células com atipia moderada) células inflamatórias e fibrina. O estudo histológico das biópsias realizadas foi, em dois casos (25%), diagnóstico - carcinoma epidermóide bem diferenciado e metastização por carcinoma mamário. Em 3 casos (37.5%) foi encontrada inflamação brônquica inespecífica e em nos restantes 3 outros resultados, nomeadamente, metaplasia epidermóide, hiperplasia de células basais do epitélio respiratório e indeterminado. Através dos resultados obtidos por este procedimento foi possível obter um diagnóstico para o derrame pleural em 5 casos (26.3%).

Conclusões: A população analisada, apesar de reduzida, mostra a diversidade de técnicas subsidiárias utilizadas na broncofibroscopia. Apesar da utilidade do procedimento na marcha diagnóstica de um doente com derrame pleural, este não se revela essencial, devendo sempre ser utilizado em conjunto com a abordagem pleural.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 145

PLEURODESE NO DERRAME PLEURAL MALIGNO: DUAS ABORDAGENS TÉCNICAS NUM ESTUDO RETROSPECTIVO

Autor do trabalho:

ANA CATARINA ALVES MOREIRA

Serviço de Pneumologia; Hospital Garcia de Orta

Co-Autores do trabalho:

CARLOS COUTO; JOÃO PORTELA; JORGE SOARES; JOSÉ DUARTE

Palavras-chave: PLEURODESE; DERRAME PLEURAL; MALIGNO; TORACOSCOPIA, TALCO; EFICÁCIA; COMPLICAÇÕES

Introdução: O derrame pleural maligno é uma complicação frequente nos doentes com neoplasias em estadios avançados, sendo o diagnóstico e tratamento precoces fundamentais para a qualidade de vida dos mesmos. A pleurodese constitui uma das alternativas terapêuticas mais comuns e com comprovada eficácia.

Objetivos: Caracterização da experiência de um Centro na realização de pleurodese no derrame pleural maligno, procurando avaliar taxa de sucesso e as principais complicações associadas às duas técnicas (drenagem ou toracoscopia), estabelecer uma análise comparativa entre as duas técnicas e fazer uma revisão da literatura existente acerca das atuais indicações, complicações e eficácia do procedimento.

Métodos: Foi realizado um estudo observacional retrospectivo de todas as pleurodeses realizadas no Departamento de Técnicas Pneumológicas no período decorrido entre 2015 e 2017. Foi efetuada a colheita de dados demográficos e clínicos, a localização e histologia tumoral e características do líquido pleural. O outcome primário foi a eficácia da pleurodese, definida como a ausência de recidiva do derrame. Foi ainda realizada uma análise da sobrevida dos doentes no pós-pleurodese.

Resultados: Foram incluídos 61 doentes, 52% dos quais do sexo feminino, com uma idade mediana de 68 anos. No respeitante à localização do tumor primário, o pulmão (38%), mama (28%) e trato gastrointestinal (13%) surgiram como os mais comuns, nomeadamente, o adenocarcinoma do pulmão (33%) e o carcinoma ductal invasivo da mama (21%). Em 77% dos casos a pleurodese foi realizada através da instilação de talco por drenagem torácica e em 23% por toracoscopia. Em 48% dos casos não se documentou recidiva do derrame nos 90 dias pós-pleurodese, em 29% a eficácia foi parcial, com posterior recidiva do derrame, e em 23% houve falência do procedimento. A eficácia foi semelhante em ambas as técnicas (79% por drenagem torácica e 71% por toracoscopia). A única complicação documentada foi o empiema pleural (8,1%). A sobrevida nos 90 dias pós-pleurodese foi de 67,2%.

Discussão: O estudo supracitado encontra-se em paralelo com a literatura existente, permitindo estabelecer a eficácia da pleurodese no subgrupo de doentes analisado, sem diferença significativa entre as duas abordagens técnicas utilizadas. Além de um controlo adequado dos sintomas do derrame pleural, associou-se a um baixo índice de complicações, o que permite contemplar a pleurodese como uma técnica eficaz em doentes selecionados. Tendo em conta a simplicidade da técnica e menor necessidade de recursos, a pleurodese por drenagem torácica com lama de talco deverá ser considerada como 1ª opção na abordagem do DP maligno recidivante.

PC 146

CRIABIÓPSIA PULMONAR TRANSBRÔNQUICA NAS DOENÇAS PULMONARES DIFUSAS: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 24 CASOS

Autor do trabalho:

PEDRO BARROS

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro

Co-Autores do trabalho:

BRUNO SANTOS; CLÁUDIA GUERREIRO; VANDA AREIAS; ISABEL RUIVO; ULISSES BRITO

Palavras-chave: CRIABIÓPSIA, DOENÇA PULMONAR DIFUSA, BRONCOSCOPIA

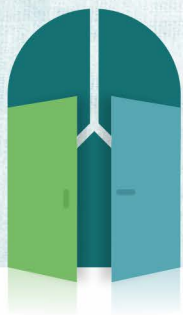
Introdução: Na avaliação diagnóstica das doenças pulmonares difusas (DPD) está atualmente recomendada uma abordagem multidisciplinar que relacione dados clínicos, radiológicos e patológicos. Por vezes o diagnóstico permanece duvidoso, mesmo utilizando esta abordagem. Nestes casos, torna-se necessário a obtenção de amostras de parênquima pulmonar que nos possa orientar para o possível diagnóstico. A criobiópsia pulmonar transbrônquica (CPTB) tem surgido como uma alternativa promissora e menos invasiva que a biópsia pulmonar cirúrgica (BPC), e que tem sido cada vez mais utilizada na abordagem diagnóstica das doenças pulmonares difusas.

Objetivos: Avaliar a rentabilidade diagnóstica da criobiópsia pulmonar transbrônquica, as patologias mais encontradas e as complicações produzidas pelo procedimento, em doentes com suspeita de doença pulmonar difusa.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com características clínicas e radiológicas de doença pulmonar difusa, a quem foram realizadas criobiópsias pulmonares transbrônquicas na Unidade de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, de Abril de 2018 a Agosto de 2019. Os procedimentos foram realizados através de Videobroncoscopia, usando uma sonda de criobiópsia para recolher amostras de parênquima pulmonar. Foi feita uma análise dos dados dos doentes e do procedimento, incluindo a rentabilidade diagnóstica e as complicações produzidas.

Resultados: Foram analisadas as amostras de criobiópsias de um total de 24 doentes. A média de idades era 59,2±11 anos, 16 (67%) do género masculino. A média de amostras obtidas em cada procedimento foi de 3 (intervalo, 1 a 5 amostras). Foi alcançado diagnóstico em 16 doentes (75%). O diagnóstico mais frequente foi pneumonite de hipersensibilidade crónica (6 doentes, 25%), seguido de pneumonite intersticial crónica (5 doentes, 21%). Outros diagnósticos encontrados foram doença granulomatosa não necrotizante (4 doentes, 17%), sarcoidose (1 doente, 4%) e pneumonia por *Klebsiella pneumoniae* (1 doente, 4%). Em 6 doentes (25%) o resultado foi inespecífico. As complicações decorrentes do procedimento foram hemorragia moderada (6 doentes, 25%) e Pneumotórax (1 doente, 4%). Não ocorreram complicações graves.

Conclusões: Os resultados sustentam a ideia que a criobiópsia pulmonar transbrônquica é uma técnica segura e útil no diagnóstico das doenças pulmonares difusas, pelo que deve ser sempre considerada na sua abordagem diagnóstica.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 147

UM CASO DE DOENÇA DE DIEULAFOY BRÔNQUICA

Autor do trabalho:

FILIPA AGUIAR

Hospital de Braga

Co-Autores do trabalho:

MARIA JOÃO ARAÚJO; DIANA PIMENTA; RAQUEL PEREIRA; DANIELA RODRIGUES; CATARINA LACERDA; BEATRIZ FERNANDES; LURDES FERREIRA

Palavras-chave: DOENÇA DE DIEULAFOY, HEMOPTISES

A doença de Dieulafoy é uma malformação vascular, definida pela presença de artérias atípicas e dilatadas na submucosa. Estas artérias apresentam um alto risco de hemorragia. Apesar desta doença ser mais frequentemente relacionada com os órgãos do trato gastrointestinal, encontra-se também descrita para outros sistemas, incluindo para a árvore brônquica. A doença de Dieulafoy brônquica é uma patologia incomum, contando com menos de 40 casos descritos na literatura. Manifesta-se com hemoptises maciças, numa situação que pode ser de risco de vida.

Um doente do género masculino, de 59 anos, sem antecedentes patológicos relevantes foi admitido em internamento hospitalar por hemoptises de grande volume. Não apresentava outra sintomatologia associada. Os seus estudos analíticos (coagulação e marcadores inflamatórios) não apresentavam alterações de relevo. Realizou uma tomografia computadorizada de tórax com contraste em fase pulmonar à admissão que revelou a presença de material endobrônquico no lúmen da árvore brônquica direita e uma área de condensação parenquimatosa mal definida no lobo inferior direito. Uma semana após cessação das hemoptises o doente foi submetido a uma videobroncoscopia. Neste exame foi possível observar resíduos de sangue, principalmente na árvore brônquica direita, e uma lesão serpiginosa, com relevo, na parede do segmento lateral basal do brônquio lobar inferior direito. Esta lesão estava sob visualização direta quando espontaneamente começou a sangrar profusamente. A hemorragia foi de difícil controlo, mas após medidas com soro gelado, adrenalina e balão de Fogarty foi possível cessá-la, deixando um coágulo desde o brônquio principal direito até a carina. O doente ficou em observação e duas horas após o término da videobroncoscopia apresentou um episódio de hemoptises maciças com alteração do estado de consciência e dessaturação forçando a sedação, entubação orotraqueal e ventilação invasiva. O doente foi referenciado para realização de uma arteriografia brônquica de emergência na qual foi possível embolização de uma artéria anómala à direita. O doente apresentou uma boa recuperação e não teve novos episódios de hemoptises até ao momento.

Neste caso, a identificação atempada, a cooperação multidisciplinar, e a orientação adequada, permitiu um final de sucesso. Episódios de hemoptises maciças são situações graves e em cerca de 25% dos casos não é possível identificar a causa. A visualização destas lesões vasculares por videobroncoscopia está condicionada pela sua localização e presença de coágulo superficial. No caso de se suspeitar de lesões de Dieulafoy brônquicas, a precaução é essencial e a realização de biópsias pode ter complicações fatais.

PC 148

ESTENOSE SUB-GLÓTICA CONGÉNITA – A PROPÓSITO DE DISPNEIA DE ESFORÇO NO ADULTO

Autor do trabalho:

ANA LUÍSA RAMOS

Hospital Egas Moniz – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Co-Autores do trabalho:

ANA MARGARIDA MESTRE; ANA FILIPA SANTOS; FERNANDO NOGUEIRA

Palavras-chave: ESTENOSE SUB-GLÓTICA; CONGÉNITA; DISPNEIA DE ESFORÇO; DESAFIO TERAPÊUTICO

Introdução: A estenose subglótica consiste na redução parcial ou completa do calibre das vias aéreas. É classificada quanto à etiologia (congénita ou adquirida), grau de obstrução e extensão.

A estenose subglótica congénita é secundária à recanalização inadequada do lúmen durante a embriogénese e representa 5% dos casos de estenose subglótica. A estenose congénita subdivide-se em dois tipos principais: membranosa e cartilaginosa.

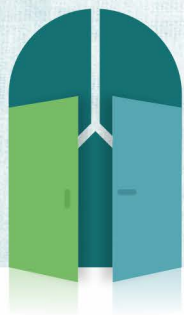
As manifestações clínicas típicas são dispneia progressiva, estridor e pieira. O espectro clínico da estenose sub-glótica congénita é variável incluindo doentes: com sintomas exuberantes desde o nascimento, com sintomas desencadeados após intercorrência infecciosa ou esforço físico e assintomáticos (diagnóstico fortuito – em contexto de intubação em cirurgia não relacionada).

Caso Clínico: Sexo feminino, 48 anos, não fumadora, sem antecedentes pessoais de relevo apresentou-se com dispneia de esforço de agravamento progressivo nos últimos 2 anos, tornando-se incapacitante. Posterior surgimento de tosse seca e estridor.

No estudo funcional respiratório destacava-se aplanamento do ramo expiratório sem alterações da curva inspiratória, compatível com obstrução variável das vias aéreas superiores intratorácicas. Na TC-torácica visualizou-se brônquio acessório de calibre fino a suprir o lobo superior direito com origem na traqueia subcarinal. Realizou broncoscopia tendo-se observado uma membrana subglótica que impedia a passagem do fibroscópio. Foi proposta para broncoscopia rígida onde se visualizou uma membrana rosada sub-glótica com orifício de 4mm e variação anatómica com emergência ao nível da traqueia distal de um brônquio acessório de calibre fino para o lobo superior direito.

No último ano realizou fotocoagulação e três dilatações resultando em melhoria sintomática, contudo transitória. Na TC-torácica de reavaliação apresentava espessamento de partes moles, relativamente concêntrico, do andar infraglótico da laringe e da traqueia cervical com extensão aos primeiros anéis traqueais e na laringoscopia verificou-se estenose sub-glótica condicionando diminuição do lúmen em 2/3. Pelo carácter recidivante com intervalos progressivamente menores entre as dilatações, realizou laringotraqueoplastia com cartilagem costal e traqueostomia seguida de ressecção cricotraqueal. A histologia da peça operatória demonstrou inflamação crónica e fibrose do córion.

De acordo com a clínica, investigação diagnóstica laboratorial, imagiológica e histológica foram excluídas as formas adquiridas de estenose, e admitiu-se tratar de um caso de estenose congénita, que de forma menos comum se revelou sintomática tardiamente na vida do doente.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

Destaco ainda, que atualmente a doente mantém avaliação clínica regular em consulta de Pneumologia.

Discussão: A estenose subglótica é uma patologia complexa, capaz de condicionar limitação significativa na qualidade de vida (quer pela sintomatologia quer pela morbilidade associada às múltiplas intervenções terapêuticas), devendo a sua abordagem ser multidisciplinar (Otorrinolaringologia, Cirurgia cardíaco-torácica e Pneumologia) permitindo assim uma melhor orientação e tratamento.

A abordagem terapêutica depende da gravidade da estenose, sintomatologia e dos objetivos esperados pelo doente e inclui: atitude expectante; abordagem endoscópica e cirúrgica.

A avaliação e tratamento desta patologia assentam em exames invasivos e intervenções cirúrgicas complexas com complicações importantes associadas e taxa de recorrência não desprezível. Assim, o tratamento da estenose sub-glótica permanece atualmente num verdadeiro desafio.

PC 149

CORPOS ESTRANHOS NA ÁRVORE BRÔNQUICA: EXPERIÊNCIA DA UNIDADE DE PNEUMOLOGIA DE INTERVENÇÃO DO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO**Autor do trabalho:**

MARIA MERCÊS LEONARDO

Hospital Beatriz Ângelo

Co-Autores do trabalho:

JOANA PEDRO; MARISA MORAIS; FRANCISCO MIGUEL; FILIPA PIRES; MARGARIDA AGUIAR; VERA MARTINS; SUSANA CLEMENTE; SOFIA FURTADO; MARIA MANUEL MARQUES

Palavras-chave: CUIDADOS DE ENFERMAGEM, CORPOS ESTRANHOS, BRONCOFIBROSCOPIA, BRONCOSCOPIA RÍGIDA, SEDAÇÃO, ANESTESIA GERAL

Introdução: A aspiração de corpo estranho é uma situação grave e pode ser potencialmente fatal. A gravidade depende do grau de obstrução das vias aéreas.

A aspiração de corpos estranhos pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais frequente nos extremos etários. Em adultos a aspiração de corpos estranhos está associada a situações acidentais ou a alterações do estado de consciência.

A broncoscopia flexível é o método de eleição para a realização do diagnóstico da presença de corpos estranhos na via aérea, contudo a broncoscopia rígida é o método de eleição para a sua remoção.

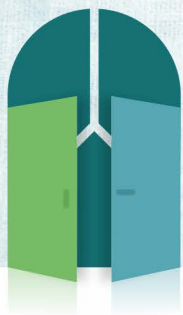
Objectivo: Apresentar de forma esquemática a casuística dos corpos estranhos removidos, na Unidade de Pneumologia de Intervenção do Hospital Beatriz Ângelo entre Fevereiro de 2012 e Setembro de 2019.

Realçar a importância de uma equipa multidisciplinar na realização destes exames.

Material e métodos: Foram incluídos os utentes submetidos a videobroncografia e broncoscopia rígida com suspeita de corpo estranho na árvore brônquica de Fevereiro de 2012 a Setembro de 2019. Foram avaliados, de forma retrospectiva, as características demográficas, tipo de corpo estranho, localização, método de remoção, tipo de anestesia, complicações, e os recursos humanos presentes. Foi revisto o papel da equipa multidisciplinar e suas funções.

Resultados: Foram realizados 19 exames endoscópicos a utentes com suspeita de corpo estranho (média etária 58 anos, 63,2% sexo masculino) dos quais 15 foram videobroncografia e 4 broncoscopia rígida. Todos foram efetuados com apoio anestésico (13 sob sedação profunda e 6 sob anestesia geral). A localização dos corpos estranhos foi em 100% dos casos na árvore brônquica direita e a técnica de remoção de eleição foi o recurso a pinça de corpos estranhos. Não ocorreram complicações imediatas decorrentes da técnica.

Em todos os utentes (n=19) foi efectuada avaliação inicial por enfermeiro e médico e realizada preparação prévia do material necessário para a realização do procedimento em segurança. Na sala de exame, a equipa de enfermagem procedeu à verificação do correto funcionamento e desinfeção/esterilização do equipamento/material, e em todos os utentes (n=19) foi aplicada uma checklist de segurança cirúrgica.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

Em todos os procedimentos (n=19) estiveram presentes 1 pneumologista, 1 anestesiológico e 2 enfermeiros (um fornecendo os instrumentos/material para que o procedimento decorresse em segurança e um outro de apoio ao anestesista para preparação/administração de fármacos e monitorização de sinais vitais).

O recobro foi feito numa área dedicada, implicando a vigilância por parte de um enfermeiro, garantindo a recuperação segura do estado de consciência e programação da alta. Esta situação verificou-se igualmente nos 19 utentes.

Conclusões: A remoção de corpos estranhos da árvore brônquica é um procedimento de complexidade significativa, e que apenas deve ser feito por equipas experientes na área. A presença de uma equipa multidisciplinar garante a sua realização de forma segura e eficaz, como confirmámos na análise da nossa amostra. Apesar de a broncoscopia rígida ser considerado o "gold standard" na remoção de corpos estranhos, nesta amostra verificou-se o predomínio do uso da videobroncofibroscopia, com igual eficácia e segurança, o que se encontra de acordo com a literatura mais recente.

PC 150

O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

CARINA RÔLO SILVESTRE

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Oeste – Torres Vedras

Co-Autores do trabalho:

RICARDO CORDEIRO; DANIEL DUARTE; MARIA JOÃO TAVARES; AURORA BRAGANÇA; CARLA CARDOSO; TERESA FALCÃO; ANTÓNIO DOMINGOS

Palavras-chave: DOENÇAS LINFOPROLIFERATIVAS; LINFOMA GREY-ZONE; LINFOMA PULMONAR.

Introdução: No diagnóstico diferencial de massas pulmonares, as causas infecciosas, inflamatórias e neoplásicas devem ser consideradas. Nas doenças oncológicas, para além das neoplasias primitivas do pulmão, as doenças linfoproliferativas devem ser equacionadas. As técnicas pneumológicas são cruciais para alcançar o diagnóstico.

Caso clínico: Mulher, 45 anos, auxiliar educativa, não fumadora. Com história de fibroadenoma da mama direita. Sem medicação habitual.

Recorreu ao serviço de urgência (SU) por tosse seca, febre, sudorese noturna, astenia e perda ponderal de 10kg em 4 meses.

À admissão, TT 39°C, normotensa, FC 120bpm, eupneica em ar ambiente, SpO₂ 98%, pálida, à auscultação pulmonar com diminuição do MV no ápex direito. Sem adenopatias palpáveis.

Analicamente, Hb 8,0g/dL, Htc 26%, VGFM 69fL, HGM 21pg, leucocitose 36100/uL, 86,4% neutrófilos, plaquetas 983 000/uL, PCR 16,5mg/dL.

A radiografia de tórax evidenciou condensação do lobo superior direito (LSD).

A TC torácica-abdomino-pélvica objetivou, pneumonia obstrutiva por massa heterogénea, lobulada de 97mm no LSD, nódulo hepático e mamário e adenopatias hilares, mediastínicas e celíacas.

Iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina.

Na videobroncofibroscopia (BFC) com lesões inflamatórias da árvore brônquica direita, feitas biópsias distais que não revelaram atipia.

Após melhoria clínica pediu alta contra parecer médico, sem realizar biópsia aspirativa transtorácica (BATT).

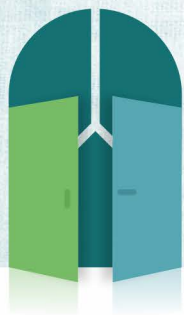
Retornou ao SU após 15 dias por toracalgia direita, sudorese noturna e reaparecimento da febre. Mantinha as alterações imagiológicas e analíticas.

Iniciou Levofloxacina empírica.

Realizou nova BFC, com inflamação desde o 1/3 inferior da traqueia, brônquio principal e lobar superior direitos, feitas biópsias distais que identificaram mucosa brônquica com exsudado fibrinoleucocitário, sem displasia ou atipia.

Submetida a BATT, a avaliação anátomo-patológica denotou infiltrado inflamatório crónico, ativo, com agregados linfóides.

Realizou TC torácica-abdomino-pélvica com, manutenção das alterações previamente descritas e hepatomegália e adenopatias do hilo hepático, gástricas e retroperitoneais.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

Apresentou agravamento clínico, com dispneia e lombalgia intensa. Ao exame objetivo, com adenopatias supraclaviculares e inguinal esquerda, diminuição MV no hemitórax direito. Da avaliação gasométrica em ar ambiente: pH 7,42; paCO_2 50; paO_2 54mmHg; SO_2 85,7%. Analiticamente, mantinha parâmetros inflamatórios elevados.

Suspendeu antibioterapia e iniciou corticoterapia.

A reavaliação imagiológica objetivou derrame pleural direito, atelectasia adjacente e estabilidade volumétrica da massa LSD.

Foi submetida a toracentese ecoguiada e biópsias cegas pleurais. O LP revelou-se um exsudado, com estudo citológico e microbiológico negativo. A avaliação histológica das biópsias identificou infiltrado inflamatório crónico sem sinais de malignidade.

Apresentou descida progressiva dos parâmetros inflamatórios e manteve-se clinicamente estável.

Realizou nova BATT cujos achados foram idênticos aos prévios.

Foi submetida a biópsia de um gânglio inguinal, a imunohistoquímica revelou linfoma de células B, com características intermédias entre linfoma difuso de grandes células e linfoma de Hodgkin clássico, CD20+, CD79a+; PAX5+; BCL6+; CD30+; CD10-; CD2-; ALK- e EBER-.

Iniciou ciclo de quimioterapia com R-CHOP.

Conclusão: O envolvimento primário ou secundário nas doenças linfoproliferativas foi equacionado. Todavia, as múltiplas técnicas pneumológicas realizadas não permitiram o diagnóstico. Apenas, a progressão sistémica da doença, após excisão de uma adenopatia periférica, permitiu definir a etiologia da massa torácica. O tipo histológico classificado com "grey zone", torna o caso raro.

PC 151

VALOR PREDITIVO NEGATIVO DO EBUS PARA N2 NA NEOPLASIA DO PULMÃO

Autor do trabalho:

MARIA ALVARENGA SANTOS

Hospital Beatriz Ângelo

Co-Autores do trabalho:

MARGARIDA AGUIAR; VERA SANTOS MARTINS; SUSANA CLEMENTE; VÂNIA SACRAMENTO; MARGARIDA FELIZARDO; JOÃO SANTOS SILVA; PAULO ALMEIDA CALVINHO; SOFIA TELLO FURTADO

Palavras-chave: EBUS, NEOPLASIA DO PULMÃO, ESTADIAMENTO MEDIASTÍNICO.

Introdução: A ecoendoscopia brônquica com punção aspirativa transbrônquica (EBUS) tem-se afirmado como um importante método de avaliação minimamente invasiva da neoplasia do pulmão. No estadiamento mediastínico, é fundamental a caracterização do N2 em doentes candidatos a cirurgia.

Objetivo: Avaliar o valor preditivo negativo (VPN) do EBUS para N2 em doentes com neoplasia do pulmão candidatos a cirurgia.

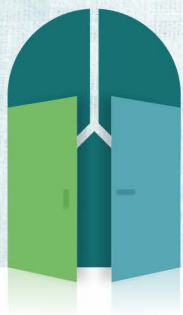
Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva dos doentes que realizaram EBUS entre janeiro de 2015 e junho de 2019 no Hospital Beatriz Ângelo. Destes foram selecionados aqueles que realizaram EBUS em contexto de neoplasia do pulmão e que foram posteriormente submetidos a cirurgia. Estes doentes foram caracterizados de acordo com dados demográficos, dados imagiológicos (tomografia computadorizada [TC] e tomografia por emissão de positrões-tomografia computadorizada [PET]), diagnóstico e tratamento.

Resultados: Foram realizados 218 EBUS, dos quais 127 (58%) em contexto de neoplasia do pulmão. Destes, 21 doentes foram posteriormente submetidos a cirurgia.

Observou-se uma média etária de $62 \pm 10,9$ anos com um predomínio do género masculino (76,2%). Foram realizadas punções em 18 doentes com um total de 32 gânglios puncionados (média de 1,77 gânglios puncionados por doente). Os gânglios mais frequentemente puncionados foram os da estação 7 ($n=15$, 46,9%) e 4R ($n=11$, 34,3%). O diâmetro médio (por EBUS) dos gânglios puncionados foi $12,6 \pm 6,5$ mm e dos não puncionados foi $4,5 \pm 1,3$ mm (valor $p < 0,001$).

A tabela 1 apresenta os dados do estadiamento mediastínico pelas diferentes técnicas. A tabela 2 compara o estadiamento mediastínico por EBUS e por cirurgia. Dos 3 doentes com estágio N0 por EBUS e N2 por cirurgia, a cirurgia foi de ressecção pulmonar com esvaziamento ganglionar mediastínico em 2 e mediastinoscopia no outro. Na nossa amostra, o VPN do EBUS para N2 foi 80%. Um dos 3 doentes tinha envolvimento da estação ganglionar 5, não puncionável por EBUS. Excluindo este doente, o VPN do EBUS para N2 foi 86,6%.

Conclusões: O EBUS é uma técnica minimamente invasiva de estadiamento mediastínico da neoplasia do pulmão com um alto VPN para N2. Deste modo, evita cirurgias potencialmente inúteis e os riscos associados. Como limitação, a referir a pequena dimensão da amostra.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 152

ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO APÓS ACIDENTE DE VIAÇÃO DE ALTA CINÉTICA

Autor do trabalho:

ANDRÉ TERRAS ALEXANDRE

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

Co-Autores do trabalho:

RAFAEL NOYA; TERESA GOMES; ANA FERNANDES

Palavras-chave: CORPO ESTRANHO; TRAUMA; BRONCOFIBROSCOPIA

Introdução: A aspiração de corpos estranhos é uma possível complicação no doente politraumatizado, embora seja frequentemente negligenciada. As peças dentárias são os corpos estranhos mais frequentemente descritos neste contexto, nomeadamente após trauma maxilofacial.

Caso Clínico: Os autores relatam o caso de um doente do género masculino, com 64 anos de idade, previamente autónomo e sem antecedentes pessoais médicos ou cirúrgicos de relevo.

Foi admitido no Serviço de Urgência após acidente de viação de alta cinética, durante o qual sofreu embate frontal contra veículo pesado, tendo ficado encarcerado na sua viatura até à chegada da equipa de emergência pré-hospitalar.

À observação inicial na Sala de Emergência apresentava via aérea permeável, encontrava-se taquipneico, com expansão torácica bilateral, com SpO₂ de 99% sob FiO₂ de 50%, taquicárdico, normotenso após 2 litros de fluidoterapia (120/70 mmHg), consciente, colaborante e orientado. À auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. Apresentava ferida cortocontusa nas regiões supraciliárias e temporal direitas, assim como múltiplas feridas de abrasão no tórax.

Foram realizadas radiografias dos ossos longos, que revelaram fratura distal do rádio direito e do fémur e tibia esquerdos, tomografia computadorizada (TC) do crânio, que não revelou alterações, TC cervicodorsolumbar, que não mostrou fraturas ou luxações vertebrais e TC toracoabdominopélvica, que excluiu pneumotórax ou derrame pleural, assim como lesões pós-traumáticas em órgãos sólidos abdominopélvicos, mas revelou fratura de duas costelas à esquerda e imagens hiperdensas pericentimétricas a nível dos brônquios principal direito (BPD) e lobar inferior direito (BLID) sugestivas de corpos estranhos, associadas a opacidade alveolar posterobasal bilateral sugestiva de aspiração.

O doente foi admitido no Bloco Operatório para tratamento cirúrgico da fratura femoral, seguida de imobilização das restantes fraturas.

Verificou-se boa evolução clínica global, embora mantivesse queixas de tosse não produtiva persistente no pós-operatório. Ao quarto dia após admissão, verificou-se intenso acesso de tosse com exteriorização espon-tânea de corpo estranho com aparência vítrea, associado a hemoptise de pequeno volume.

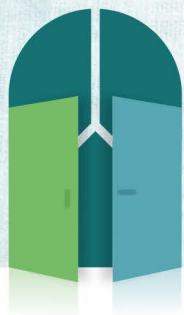
Repetiu TC de tórax, que mostrou persistência da imagem hiperdensa a nível do BLID mas, agora, ausência da imagem no BPD.

O doente foi submetido a broncoscopia flexível, onde se observou corpo estranho alojado na emergência da pirâmide basal direita, com cerca de 1 cm de maior diâmetro, compatível com fragmento de para-brisas de automóvel, com mucosa adjacente normal. O mesmo foi retirado com

pinça de biópsia, sem quaisquer complicações. Nos dias seguintes, assistiu-se a resolução das queixas de tosse.

Conclusão: Este caso clínico é especialmente interessante pelas invulga-res imagens endoscópica e radiológica, mas também para frisar a pouca importância que foi inicialmente atribuída a alterações imagiológicas expressivas, em virtude da instabilidade do doente e da urgência da abordagem cirúrgica inicial.

Trata-se de uma situação que, neste caso, foi facilmente resolvida com recurso a broncoscopia flexível, mas que pode revelar-se mais complexa se a sua resolução for protelada.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 153

QUALIDADE BIOLÓGICA: A IMPORTÂNCIA DO NÚMERO DE CONTROLOS

Autor do trabalho:

SANDRA JESUS ALBERTO CARVALHO

Hospital Vila Franca de Xira

Co-Autor do trabalho:

PAULA ROSA

Palavras-chave: CONTROLO DE QUALIDADE BIOLÓGICO, ESPIROMETRIA.

Introdução: O Controlo Qualidade Biológico (CQBio) é parte integrante de controlo de qualidade (CQ) no Laboratório de Função Respiratória (LFR). De acordo com a literatura este controlo deve ser feito regularmente a partir de medições da função respiratória de pelo menos 2 indivíduos (controlos biológicos - CBio) e para determinar a estabilidade da função respiratória devem obter-se um mínimo de 10 medições.

Objetivo: Verificar o nível de reprodutibilidade dos valores obtidos pelos CBio, a fim de garantir a precisão dos resultados obtidos nas provas funcionais respiratórias (PFR) realizadas no LFR do Hospital Vila Franca de Xira.

Metodologia: Para estabelecimento do intervalo normal dos dois CBio realizaram-se dez espirometrias diariamente no mesmo período do dia com o equipamento Masterscreen Body®, cumprindo os critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade ATS/ERS 2005. CBio1 (feminino, 28 anos, índice de massa corporal (IMC) 20,45 Kg/m²) e CBio2 (masculino, 44 anos, IMC 30,06 Kg/m²). Foram considerados para análise os seguintes parâmetros: FVC e FEV1. Para a obtenção do coeficiente de variação (CV) foram calculados a média e o desvio padrão (SD) dos valores obtidos. Foi verificada precisão dos valores de cada CBio considerando aceitável um CV inferior a 3%. O SD foi utilizado para definir o limite superior (LS) e o limite inferior (LI). A média, o LS e LI foram registados em carta controlo (CC). Posteriormente, o FEV1 e a FVC foram obtidos quinzenalmente, registados em CC e interpretados de acordo com as regras de Westgard. Os resultados de estatística descritiva do CV são apresentados sob a forma da média e SD, obtidos através do programa estatístico SPSS ® v24.

Resultados:

Intervalo de normalidade: CBio1 (n=10): CV(%) CVF= 3,86 ± 0,08; CV(%) FEV1= 3,58 ± 0,06; CBio2 (n=10): CV(%) CVF=5,19 ± 0,07; CV(%) FEV1= 4,25 ± 0,05.

Controlo biológico: CBio1 (n=19): CV(%) CVF= 3,81 ± 0,09; CV(%) FEV1= 3,43 ± 0,09; CBio2 (n=20): CV(%) CVF=5,12 ± 0,06; CV(%) FEV1= 4,22 ± 0,05.

Discussão e Conclusão: Os valores de FVC e o FEV1 do CBio2 apresentaram-se sempre dentro dos limites aceitáveis, enquanto que no CBio1 os valores estiveram fora do controlo, sobretudo o FEV1. Após a verificação do circuito do equipamento, admitimos que estes valores eram resultado da instabilidade da função respiratória do CBio1 apesar de se tratar de um indivíduo não fumador, saudável, assintomático e sem história prévia de doença respiratória, tendo-se procedido à sua substituição. Este resultado sublinha a importância da inclusão de pelo menos dois CBio, a fim de evitar resultados falsos positivos no controlo de qualidade biológico.

PC 154

QUANDO AS PROVAS FUNCIONAIS NÃO CUMPREM CRITÉRIOS DE QUALIDADE - UM CASO INCOMUM

Autor do trabalho:

C. CARVALHO

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

J MARTINS; C BÁRBARA

Palavras-chave: PROVAS DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA, ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Introdução: As provas de função respiratória são de uma sobeja importância na abordagem e orientação diagnóstica dos diferentes espectros de doenças respiratórias, assim como na delineação da evolução das mesmas.

A interpretação dos dados das mesmas é de sobeja importância, conquanto estas não permitam o diagnóstico definitivo (salvo raras exceções).

Caso clínico: Homem de 81 anos, caucasiano, natural e residente em Torres Vedras, é encaminhado a consulta de Pneumologia Geral após achados imagiológicos.

Tratava-se de um doente não fumador, com historial clínico de febre tifóide na infância, FA paroxística, insuficiência cardíaca crónica classe II NYHAA, e com alegada presunção diagnóstica de SAOS grave pelo médico assistente prévio, encontrando-se sob VNI nocturna há menos de 6 meses.

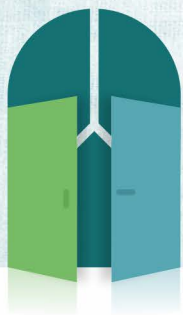
À observação inicial referia dispneia mMRC 3, de agravamento progressivo nos últimos 12 meses, com tosse mucóide sem predomínio horário (padrão usual há mais de 10 anos), com perda ponderal associada de 27kgs nos últimos 12 meses. Referia ainda astenia e adinamia, porém sem anorexia alegadamente percebida pelo doente.

Haveria realizado provas funcionais respiratórias datadas de há 3 meses, com padrão restritivo grave, índice de tiffenau normal, porém com adenda da técnica que haveria orientado a prova por défice de colaboração do doente. Apresentava ainda uma avaliação gasométrica prévia na qual se destacava hipercápnia compensada com PaCo₂ de 55mmHg, sem hipoxémia associada.

Os achados imagiológicos consistiam em duas nódulos pulmonares do lobo superior direito, o maior de 1.2cm's no seu maior eixo, com vidro despolido no tecido pulmonar circundante. Haverá realizado ainda PET SCAN cujo resultado concluiu "sem alterações metabólicas - exceptuando as fisiológicas expectáveis".

Foi internado para estudo etiológico do quadro consuptivo, sendo que embora a validade das provas não fosse da maior segurança, em consonância para com a hipercápnia objectivada orientou para uma possível doença neuro-muscular, tendo-se documentado por estudo electromiográfico um padrão com critérios neurofisiológicos definitivos para Esclerose Lateral Amiotrófica.

Conclusão: As provas de função respiratória são de uma magnitude impar na orientação diagnóstica das doenças pulmonares e doenças com acometimento pulmonar, mesmo quando os seus critérios de qualidade são dúbios.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 155

CORRELAÇÃO DA PROVA DA MARCHA DE 6 MINUTOS COM PARÂMETROS FUNCIONAIS RESPIRATÓRIOS NOS DOENTES COM DPOC

Autor do trabalho:

DANIEL OLIVEIRA REIS

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Co-Autores do trabalho:

INÊS LADEIRA; RICARDO LIMA; MIGUEL GUIMARÃES

Palavras-chave: DPOC; PM6M

Introdução: A prova da marcha de 6 minutos (PM6M) é um teste simples, submáximo, que permite avaliar a capacidade funcional nos doentes com patologia respiratória crónica como a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). A sua capacidade de avaliar a resposta a determinados tratamentos e o seu valor prognóstico tornam este teste essencial na avaliação dos doentes com DPOC.

Alguns estudos têm também demonstrado correlação entre os resultados da PM6M e os valores espirométricos dos doentes.

Objetivo: Analisar a correlação entre a distância percorrida na PM6M (valor em metros e percentagem do previsto) e os parâmetros funcionais respiratórios dos doentes com DPOC.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo dos doentes com DPOC que realizaram PM6M entre Janeiro e Junho no laboratório de provas funcionais respiratórias. Foram analisados dados demográficos, antropométricos, clínicos e funcionais. Foi analisada a correlação entre a distância percorrida na PM6M (valor absoluto em metros e percentagem do valor previsto) e o FEV1 e DLCO.

Resultados: Foram incluídos 111 doentes no estudo. A idade média dos doentes era de 66,64 anos (± 9.04) e a maioria era do sexo masculino ($n=92$; 82.90%). A maioria dos doentes eram ex-fumadores ($n=70$; 63.10%) ou fumadores ($n=32$; 28.8%). O índice de massa corporal (IMC) médio era de 26.19 (± 4.37). Segundo a classificação GOLD, 23 doentes (20.70%) pertenciam ao grupo A, 37 doentes (33.30%) ao grupo B, 11 doentes (9.9%) ao grupo C e 30 doentes (27%) eram do grupo D.

Relativamente a alguns parâmetros funcionais respiratórios, o FEV1 (após broncodilatação) médio era de 1.48 L (± 0.56), a TLC média era de 6.83 L (± 1.12), o RV médio era de 3.59 L (± 0.96), a relação IC/TLC média era de 0.35 (± 0.82) e a DLCO média era de 58.53 (± 17.36).

A distância média percorrida na PM6M foi de 461.44 m (± 77.19) e 78.74% (± 12.58).

Verificou-se uma correlação fraca e estatisticamente significativa entre a percentagem do valor previsto da distância percorrida na PM6M e o FEV1 ($r=0.362$; $p < 0.001$) e a DLCO ($r=0.368$; $p < 0.001$).

Verificou-se também uma correlação fraca e estatisticamente significativa entre a distância percorrida na PM6M, em metros e o FEV1 ($r=0.342$; $p=0.001$) e a DLCO ($r=0.274$; $p=0.007$).

Conclusão: No nosso estudo, a distância percorrida na PM6M, quer em metros, quer em percentagem do valor previsto, apresentou correlação fraca mas estatisticamente significativa com os parâmetros funcionais avaliados (FEV1 e DLCO).

PC 156

PAPEL DA CONDUTÂNCIA NA PROVA DE BRONCODILATAÇÃO

Autor do trabalho:

ANDRÉINA VASCONCELOS

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Co-Autores do trabalho:

CARLOS FD RODRIGUES; CATARINA CASCAIS COSTA; CARLA VALENTE; BÁRBARA RODRIGUES

Palavras-chave: PROVA DE BRONCODILATAÇÃO, CONDUTÂNCIA

Introdução: De acordo com a ATS/ERS define-se resposta broncodilatadora como a alteração absoluta e percentual do volume expiratório forçado inicial no primeiro segundo (FEV1) e/ou da capacidade vital forçada (CVF) de pelo menos 200 mL e 12 %, respetivamente, em relação ao basal. No entanto, outros parâmetros pulmonares têm sido associados à reversibilidade da limitação do fluxo aéreo com a terapêutica broncodilatadora, nomeadamente a resistência e a condutância.

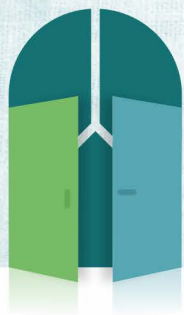
Objetivo: Avaliar a resposta broncodilatadora através da variação percentual da condutância.

Métodos: Análise retrospectiva de 593 pletismografias com prova de broncodilatação (BD) realizadas no serviço entre 1 de janeiro de 2018 e 30 de junho de 2019, em indivíduos com idade ≥ 18 anos. Foram incluídos no estudo diversos parâmetros funcionais respiratórios, clínicos e demográficos, e 182 pletismografias foram rejeitadas por não respeitarem os critérios de inclusão. O estudo estatístico foi realizado no programa STATA, através do modelo PROBIT.

Resultados: Foram estudadas 411 pletismografias com BD, das quais 18.73 % ($n=77$) foram positivas. A média de idades dos doentes foi de 63.08 ± 14.31 anos, sendo 53.28 % ($n=219$) do sexo masculino. A DPOC foi o diagnóstico preponderante (24.57 %, $n=101$), seguido das doenças pulmonares intersticiais (18.25 %, $n=75$) e da asma (17.03 %, $n=70$). Relativamente a hábitos tabágicos, 12.65 % ($n=52$) dos indivíduos eram fumadores, 35.28 % ($n=145$) ex-fumadores e 52.07 % ($n=214$) não fumadores. O valor médio de IMC foi de 28.84 ± 5.77 Kg/m² variando entre 14.24 e 53.42 Kg/m². No população total em estudo, o valor médio de variação percentual da condutância foi 24.26 ± 33.45 % variando entre -45 e 170 %, e o da resistência foi -11.48 ± 25.12 % variando entre -81 e 78 %, tendo apenas a condutância apresentado uma relação positiva e estatisticamente significativa ($p=0.046$) com a prova de BD positiva. Quando comparados os subgrupos, o valor médio de variação percentual da condutância foi duas vezes

superior no grupo com BD positiva (41.77 ± 37.13 , [-25,143]), relativamente ao grupo com BD negativa (20.22 ± 31.23 [-45,170]), demonstrando que quanto maior a variação percentual de condutância, maior a probabilidade de BD positiva. Contudo esta probabilidade não ultrapassa os 50 % de probabilidade média nem é estatisticamente significativa para nenhum dos valores presentes na amostra.

Conclusão: A variação percentual da condutância não desempenha um papel significativo na resposta broncodilatadora.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 157

TERAPIA DE ALTO-FLUXO NASAL | UMA REALIDADE NO DOMICÍLIO?

Autores do trabalho:

JOSÉ MOUTINHO; CÁTIA CANEIRAS

Divisão Médica, Nippon Gases Portugal

Co-Autores do trabalho:

RICARDO COXO; JOÃO FILIPE; ROSA FONSECA ; TERESA MAGALHÃES;
CÁTIA MILENE ESTEVES; SALVADOR DIAZ-LOBATO

Palavras-chave: INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS (CRD), ALTO-FLUXO NASAL, AUTO-GESTÃO

Introdução: A terapia de alto-fluxo nasal representa um importante avanço nas alternativas para o suporte ventilatório não-invasivo em doentes com insuficiência respiratória. Inicialmente desenvolvida na população neonatal em unidades de cuidados intensivos e serviços de urgência, tem vindo a ganhar o seu espaço no área do doente adulto. Vários têm sido os estudos que contribuem para a apresentação dos benefícios da sua utilização não só na gestão da insuficiência respiratória aguda, mas também na insuficiência respiratória crónica, nomeadamente no doente DPOC. No entanto, existe uma falta de evidência em ambiente domiciliário.

Caso Clínico 1: Feminino, 56 anos, IMC=29 kg/m²; Diagnóstico de IRC no contexto de fibrose pulmonar ideopática e neoplasia do pulmão com lobectomia do lobo inferior esquerdo em 2011;

Inicia terapia de alto-fluxo nasal no domicílio em Outubro de 2018: com fluxo de 30-35 lpm, temperatura de 34°, débito de oxigénio a 15 lpm, para manter FiO₂ de 60% e ensino e adaptação de oximetria.

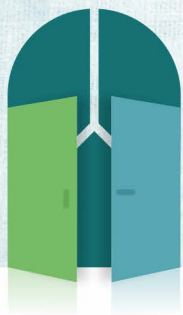
Nas visitas de monitorização apresenta-se aderente, referindo elevado conforto pela diminuição da dispneia. Totalmente dependente da terapia com adesão média de 24 h/dia. Apresentou episódios de agudização e internamento e resolução do quadro através do reajuste de parâmetros do equipamento.

Em Junho de 2019 em consulta com o Pneumologista assistente identifica-se Insuficiência Respiratória Hipercápnica, pelo que inicia terapia de binível ST com oxigenoterapia adjuvante a 15 lpm no período noturno, mantendo o alto-fluxo nasal no período diurno.

Caso Clínico 2: Masculino, 63 anos, IMC=25 kg/m²; Diagnóstico de DPOC e hipertensão pulmonar. Início de OLD em 2012 com várias hospitalizações: pneumotórax em 2016 e infeção respiratória em Maio 2019. Adaptado à terapia de alto-fluxo nasal, com fluxo de 20 lpm, temperatura de 31° e débito de oxigénio a 10 lpm para obter FiO₂ de 59% tem alta para o domicílio 2 dias após com ensino e adaptação de oximetria. Utente manteve autonomia de reajuste de parâmetros por indicação médica, referindo uma clara melhoria na qualidade de vida, melhor qualidade de sono e remissão do cansaço/cefaleias pós-despertar. Adesão média de 10h/dia, incluindo o período noturno. Quando não está a utilizar o alto fluxo nasal, o utente faz oxigenoterapia entre 8 - 10 lpm com máscara venturi, utilizando o oxímetro de forma autónoma para alterar entre terapias.

Conclusão: A utilização da terapia de alto fluxo a nível domiciliário é recente mas os seus resultados são preditivos de sucesso. Uma adequada

articulação entre doente/cuidador, profissional de saúde CRD e médico assistente é de extrema importância para a promoção e manutenção da eficácia terapêutica. Desta forma conseguiremos garantir os principais objetivos da terapia, nomeadamente o conforto e autonomia do doente, com consequente incremento da sua qualidade de vida e longevidade.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 158

DEFICIÊNCIA EM ALFA-1-ANTITRIPSINA: O GENÓTIPO PI*ZZ É O ÚNICO VILÃO?

Autor do trabalho:

CLÁUDIA SABINA FIGUEIRA DE SOUSA

Hospital Central do Funchal

Co-Autores do trabalho:

CATARINA SOUSA; BRUNO GIL GONÇALVES; INÊS FARINHA; FILIPA COSTA; PAULO LOPES; VICTOR TEIXEIRA; MARIA SUCENA; NATÁLIA MARTINS; SUSANA SEIXAS

Palavras-chave: DÉFICE DE ALFA-1 ANTITRIPSINA; DPOC;

Várias mutações no gene SERPINA1 podem levar a deficiência de alfa-1-antitripsina (A1AT), conduzindo a um largo espectro de doença. Nos doentes portadores de alelos Z, há acumulação desta proteína polimerizada no fígado, o que leva a doença hepática, e diminuição dos níveis de proteína circulante no sangue periférico, levando a enfisema pulmonar. As mutações Mmalton (Mm) são raras e afetam o alelo M, mas também estão associadas a um aumento do risco de doença hepática e a doença pulmonar.

O objetivo deste estudo foi comparar as características demográficas, clínicas e funcionais pulmonares dos doentes com genótipo Pi*ZZ e Pi*ZMm. Conduzimos um estudo retrospectivo, multicêntrico, comparando os adultos com o genótipo Pi*ZMm e adultos Pi*ZZ seguidos em consultas de Pneumologia de três hospitais portugueses, durante o ano de 2018. Dos 66 doentes incluídos, a maioria (59.1%) era do sexo masculino e a média de idades era de 52.6±13.9 anos. 52 doentes apresentavam o genótipo Pi*ZZ e 14 o genótipo Pi*ZMm. Foi detetada obstrução em 64.3% dos doentes ZMm e em 55.8% dos ZZ (p = 0.567). Não houve diferença estatisticamente significativa entre ambos os grupos no que concerne ao doseamento sérico médio de A1AT (23.1±6.6 vs. 23.2±6.4 mg/dL, p=0.940) e à medição do FEV1% (80.8±40.4% vs. 71.3±39.9%, p=0.439). Quanto à história de tabagismo, houve diferenças estatisticamente significativas no FEV1% dos doentes ZZ entre os fumadores/ex-fumadores e não fumadores (53.8±33.2% vs. 107.9±27.3%, p <0.001), mas não se verificando diferença no grupo de doentes ZMm (p=0.275).

Neste estudo, no que diz respeito à doença pulmonar, ter um genótipo Pi*ZMm tem os mesmos outcomes clínicos do que ter o alelo Z em homozigotia. Estes dados realçam a importância de identificar outros genótipos raros de déficit de A1AT, para além dos Pi*ZZ. Também as diferenças no que respeita à história de tabagismo nos doentes Pi*ZZ chamam a atenção para o efeito sinérgico do fumo do tabaco e do déficit de A1AT no declínio da função pulmonar.

PC 159

DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA ASSOCIADA À VARIANTE MMALTON/MPALERMO – VARIABILIDADE GENÉTICA E CLÍNICA NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA

Autor do trabalho:

CATARINA SOUSA

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

Co-Autores do trabalho:

CLÁUDIA SOUSA; FILIPA COSTA; GIL GONÇALVES; INÊS FARINHA; MARIA JOÃO OLIVEIRA; MIGUEL GUIMARÃES; PAULO LOPES; RICARDO LIMA; SUSANA SEIXAS; VICTOR TEIXEIRA; MARIA SUCENA

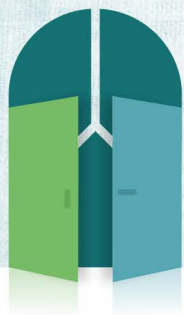
Palavras-chave: ALFA-1 ANTITRIPSINA; DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA; DPOC; CIRROSE

Introdução: A deficiência de alfa-1 antitripsina (AAT) é uma das doenças genéticas hereditárias mais prevalentes. Além das duas principais variantes deficitárias (PI Z, PI S), existem variantes mais raras com significado clínico, como a variante PI Mmalton (Mm)/Mpalermo (Mpa). De forma semelhante à variante PI Z, estas variantes estão associadas a polimerização das moléculas de AAT no hepatócito, levando a uma redução dos seus níveis plasmáticos e predispondo o doente a doença pulmonar e hepática. **Objetivo:** Caracterização dos indivíduos, com deficiência de AAT, portadores da variante PI Mm/Mpa (Phe52del).

Métodos: Revisão retrospectiva dos processos clínicos dos doentes portadores da variante PI Mm/Mpa, identificados entre 2007 e 2018, em 4 centros portugueses.

Resultados: Dos 73 doentes identificados, 58,9% eram do sexo masculino e 35,6% eram fumadores/ex-fumadores. Nesta amostra, 46,6% eram PI*MMm/Mpa, 20,5% PI*ZMm/Mpa, 17,8% PI*SMm/Mpa e 15,1% Mm/MpaMm/Mpa. O doseamento médio de AAT foi de 52,7 mg/dL. Os doentes portadores de um alelo Z ou homozigóticos para a variante Mm/Mpa apresentaram uma deficiência de AAT mais grave (23,0 e 23,9mg/dL, respetivamente). Rastreio familiar, sintomas respiratórios e patologia hepática levaram ao diagnóstico em 49,3%, 32,9% e 9,6% dos doentes, respetivamente. Foi diagnosticada patologia pulmonar em 46,5% e patologia hepática em 22,4% dos doentes.

Discussão: A variante PI Mm/Mpa, tal como a PI Z, pode estar implicada em condições severas de deficiência, sendo as manifestações clínicas destes doentes heterogéneas. Nesta amostra, uma proporção significativa de doentes já apresentava doença pulmonar ou hepática no momento do diagnóstico, o que confirma a necessidade de uma maior consciencialização sobre esta variante e o seu potencial patogénico.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 160

UMA PRIMEIRA CONSULTA EM GRUPO NA CESSAÇÃO TABÁGICA – SOLUÇÃO À VISTA?

Autor do trabalho:

CATARINA CASCAIS COSTA

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga

Co-Autores do trabalho:

GILBERTO TEIXEIRA; LÍLIA ANDRADE

Palavras-chave: CESSAÇÃO TABÁGICA, TABAGISMO, CONSULTA DE GRUPO

Introdução: O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo e compete a todos os profissionais de saúde alertar e encaminhar o fumador para a Cessação Tabágica. A lista de espera da consulta de Cessação Tabágica, no entanto, ultrapassa frequentemente a capacidade existente em recursos humanos e infra-estruturas dos serviços de saúde.

Material e métodos: Foram convocados semanalmente o número máximo de utentes que se podiam agendar para uma 1ª consulta de Cessação Tabágica no espaço de 2 semanas. Esta consulta foi realizada numa sala do serviço de formação, onde após o preenchimento dos questionários em papel, era realizada apresentação em formato powerpoint sobre o objetivo e metodologia da consulta, sendo no fim proposto o agendamento de consulta individual. Levavam folha para registo de hábitos tabágicos e informação pertinente. Os autores compararam o número de consultas e a lista de espera da consulta no final de 2017 versus o final de 2018, ano em que foi introduzida esta consulta de grupo.

Resultados: Entre 2017 e 2018 registou-se um aumento de doentes convocados para primeiras consultas (87 para 192), aumento do número de consultas realizadas (de 44 para 101), diminuição (41,2%) do número de utentes em lista de espera que passaram de 148 para 61, diminuição do tempo médio de dias em lista de espera (de 334.3 para 162.9). No final de maio de 2019 o número de utentes em lista de espera era de 43, do fim de 2018 para maio de 2019 o número de dias em lista de espera passou de 162.9 para 73.77.

Conclusão: A implementação duma primeira consulta de grupo de Cessação Tabágica permitiu abranger um maior número de utentes e reduzir a lista de espera, tornando o tempo de espera mais adequado às especificidades desta consulta.

PC 161

CONHECIMENTOS E ABORDAGEM AO TABAGISMO POR INTERNOS DE UM HOSPITAL

Autor do trabalho:

MIGUEL FILIPE GUIA

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca

Co-Autores do trabalho:

MIGUEL SILVEIRA; JOSÉ PEDRO BOLÉO-TOMÉ; CECÍLIA PARDAL; FERNANDO RODRIGUES

Palavras-chave: TABAGISMO, CESSAÇÃO TABÁGICA

Introdução: O tabagismo é a principal causa de morbilidade e mortalidade evitável, sendo fundamental uma abordagem apropriada dos profissionais de saúde em relação à cessação tabágica.

Objetivos: Avaliar a importância atribuída ao tabagismo, formação prévia e necessidade de formações nesta área, conhecimentos práticos e abordagem por parte de internos de um hospital.

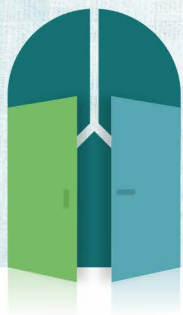
Métodos: Foi distribuído, pelos internos de um hospital, um inquérito em formato "online", anónimo e de preenchimento voluntário.

Resultados: Responderam 83 internos. A média de idades foi de 25 anos, 60% eram do sexo feminino, sendo 76% internos de formação específica (IFE) e os restantes internos do ano comum. Dentro dos IFE, as especialidades mais comuns foram: Medicina Interna (19%), Pneumologia (16%), Cirurgia Geral (13%), Pediatria, Oncologia Médica e Psiquiatria (cada uma 6%), Ortopedia e Anestesiologia (cada uma 5%). Em termos de hábitos tabágicos, 74% eram não fumadores e 10% ex-fumadores.

A relevância do tabagismo para as doenças da respetiva especialidade foi considerada essencial por 21% dos internos, muito importante por 45% e importante por 27%. Todos os internos afirmaram que os profissionais de saúde devem averiguar sempre os hábitos tabágicos dos seus doentes.

Em relação à formação prévia, 67% consideraram ter conhecimentos sobre tabagismo, todavia 68% referiu sentir necessidade de mais formação nesta área. De facto, muitos consideraram que a sua formação prévia não os deixou aptos: a avaliar o grau de dependência dos fumadores (54%), a avaliar a motivação dos doentes fumadores para deixarem de fumar (49%), para a abordagem breve ao fumador - algoritmo dos "5 As" (66%), para abordar fumadores que se encontrem ambivalentes ou sem intenção de deixar de fumar (64%). De referir também que 48% dos internos não consideraram que a sua formação prévia os tenha deixado aptos a identificar os fumadores a referenciar para intervenção especializada e 75% referiram que não os preparou para prescrição e acompanhamento de intervenções farmacológicas em cessação tabágica. Metade dos internos já havia referenciado doentes para consulta de cessação tabágica.

A maioria dos internos (80%) tinha tido formação em tabagismo no decorrer do curso superior, sendo que 25% tinham tido também no ensino secundário. Apenas 13,3% tinham realizado formação pós-graduada em tabagismo no âmbito da especialidade, sendo que o mesmo número o tinha feito no âmbito do internato do ano comum. Em relação ao formato de uma eventual futura formação em tabagismo, os formatos mais sugeridos foram "workshop" prático com simulação de



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

consulta (38%), formação combinada de “e-learning” com palestra presencial (27%), curso teórico presencial (16%) e curso exclusivamente em formato “e-learning” (12%).

Conclusões: Os resultados do inquérito realizado revelam que os internos consideram que o tabagismo tem um impacto importante nos seus doentes, havendo a necessidade de investir em formação pós-graduada, de modo a expandir os conhecimentos e otimizar a abordagem na cessação tabágica.

PC 162

MIELOLIPOMA MEDIASTÍNICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:**MIGUEL ALVES**

Serviço de Medicina Interna da ULSNE

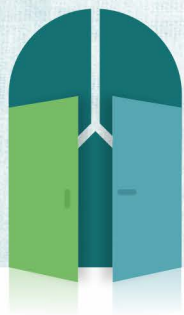
Co-Autores do trabalho:**NELSON TEIXEIRA; MIGUEL GUERRA; CLOTILDE ANDRADE**

Palavras-chave: CIRURGIA TORÁCICA; MIELOLIPOMAS; TUMORES BENIGNOS

Os mielolipomas são tumores benignos, raros, de origem mesenquimatosa, constituídos por tecido adiposo e hematopoiético, geralmente encapsulados, com localização preferencial nas glândulas supra-renais. A incidência de mielolipomas extra-adrenais é rara, situando-se mais frequentemente na região retroperitoneal. Embora habitualmente sejam assintomáticos, constituindo achados em exames complementares, podem atingir grandes dimensões, com potencial de causar compressão de estruturas adjacentes. Para além disso, a apresentação e localização pode simular tumores agressivos, como lipossarcomas.

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 70 anos, não fumador, ex-trabalhador mineiro, com antecedentes patológicos de esferocitose hereditária e hiperplasia benigna da próstata. Apresentava tosse não produtiva, dispneia para médios esforços e dorsolombalgia. A TC torácica revelou uma imagem nodular hipodensa com 4,6 x 2,2 cm, localizada em topografia paravertebral postero-inferior direita, com bordos regulares. Na reavaliação imagiológica aos 3 meses verificou-se aumento dimensional para 5,2 x 3cm. Realizou então biópsia transtorácica guiada por TC, cujo exame anatomopatológico revelou medula óssea ectópica, podendo corresponder a mielolipoma, sem sinais de malignidade. Dado o aumento dimensional e o risco de compressão de estruturas nervosas e vasculares, foi efetuada exérese cirúrgica da lesão através de toracotomia, tendo o exame anatomopatológico da peça cirúrgica confirmado a presença de mielolipoma. Constatou-se melhoria clínica, com resolução da dorsolombalgia.

Os mielolipomas torácicos constituem apenas cerca de 3% destes tumores, a maioria no mediastino posterior e geralmente não requerem tratamento, estando indicada vigilância clínica e imagiológica. A remoção cirúrgica é o tratamento de eleição, recomendado para mielolipomas de grandes dimensões ou com risco de compressão de estruturas adjacentes.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 163

TORÇÃO PULMONAR ESPONTÂNEA – RELATO DE UM CASO RARO

Autor do trabalho:

DENNY MARQUES RODRIGUES

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

DANIELA CARDOSO; MARGARIDA VALÉRIO; JULIANA BARATA; RITA LOPES; SARA CUNHA; RITA PANCAS

Palavras-chave: TORÇÃO PULMONAR, LÍNGULA, NEOPLASIA

Introdução: A torção pulmonar resulta da rotação de um lobo pulmonar (ou pulmão inteiro) em torno de seu pedículo broncovascular. O grau de rotação é variável (geralmente 180°), podendo condicionar processo isquémico da estrutura envolvida.

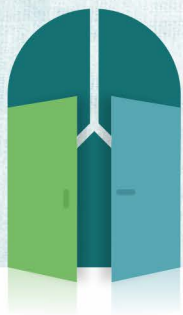
Trata-se de um evento raro, com incidência de 0.089-0.4%, sendo a maioria dos casos reportados secundários a cirurgia pulmonar, nomeadamente lobectomia. Menos frequentemente ocorre como complicação de procedimentos menos invasivos, como cirurgia torácica videoassistida (VATS), após toracocentese de grande volume ou pneumotórax. Raramente ocorre espontaneamente no pulmão nativo sem patologia estrutural conhecida. Em Rx tórax, o lobo afetado é frequentemente opacificado, com hilo em posição inadequada, podendo apresentar padrão reticular, traduzindo congestão lesional ou perilesional. A TC do tórax permite caracterizar a lesão e tem um importante papel no diagnóstico diferencial (processos de obstrução endobronquial, enfarte, infeção ou mesmo de neoplasia). A abordagem terapêutica ideal é controversa e depende da viabilidade do pulmão acometido, mas pode constituir uma emergência cirúrgica.

Caso Clínico: Relata-se o caso de um homem de 60 anos, fumador ativo, com antecedentes de HTA e DPOC, medicado com broncodilatador e anti-hipertensor, internado no serviço de Pneumologia em contexto de exacerbação de DPOC. Durante o internamento realizou Rx tórax que revelou massa no lobo superior esquerdo (LSE). Posteriormente, realizou TC torácica que descreve área de contornos espiculados, com cerca de 40mm localizada no LSE estendendo-se desde a superfície pleural ao hilo, sem adenomegalias. Perante a suspeita de processo neoplásico, realizou PET-CT que evidenciou captação de 18FDG na lesão descrita, sem captação a nível ganglionar.

O doente foi submetido a broncrofibroscopia que não evidenciou alterações morfoestruturais endobronquiais e com posterior histologia e citologia negativas para células neoplásicas. Realizou ainda biópsia trans-torácica da lesão, igualmente sem evidência de células neoplásicas. Seguidamente, foi proposto e aceite para exame extemporâneo. Durante a cirurgia não foi identificada a lesão descrita imagiologicamente, mas sim processo atelectásico da língua com torção associada. Procedeu-se à libertação da referida topografia com lise de aderências e posterior descorticação. Verificou-se normal re-expansão do pulmão atelectasiado. Biópsia cirúrgica pleural revelando pleurite crónica com angiogénese. O diagnóstico de torção espontânea da língua foi estabelecido e o doente seguido em consulta, com normalização imagiológica.

Conclusão: Este trabalho relata um interessante caso de torção pulmonar espontânea da língua, cujo conhecimento deve fazer parte do repertório do médico Pneumologista não só pela potencial gravidade clínica, por vezes com necessidade de intervenção cirúrgica urgente quando se trata de uma apresentação aguda, mas também pelos diagnósticos diferenciais envolvidos.

Casos como o apresentado destacam a importância do diálogo multidisciplinar na avaliação, interpretação e resolução de situações menos comuns ou quando a evolução não segue o curso estimado.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 164

MASSAS MEDIASTÍNICAS ANTERIORES E O PAPEL DA RM**Autor do trabalho:****JOANA DANIELA RODRIGUES BARBOSA**

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN)

Co-Autores do trabalho:**RICARDO GOMES; SARA SALGADO; PAULA CAMPOS****Palavras-chave:** MASSAS MEDIASTÍNICAS ANTERIORES, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, TIMOMA, LINFOMA, BÓCIO MERGULHANTE, TERATOMA

Introdução: Existem diferentes tipos de massas mediastínicas que podem ser caracterizadas através das técnicas de imagem. O diagnóstico pode ser estabelecido pela localização da lesão, idade e achados imagiológicos. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) são importantes na identificação dessas lesões e a restringir o diagnóstico diferencial. Embora a TC seja amplamente utilizada para a avaliação inicial, os resultados são frequentemente indeterminados. A RM tem ganho importância na caracterização das lesões mediastínicas, no local de origem e no envolvimento das estruturas adjacentes, auxiliando na avaliação das relações pré-operatórias, apesar de não ser muito utilizada.

Apresentamos quatro casos clínicos de massas mediastínicas anteriores mais comuns, comparando os achados na TC e RM do tórax e fornecendo pistas essenciais para o diagnóstico correto. Todas as lesões foram confirmadas por exame histopatológico.

Caso Clínico:

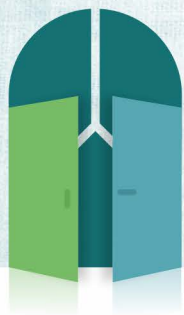
Caso 1 – Uma doente de 39 anos realizou uma TC do tórax apresentando uma massa anterior do mediastino, sólida, com contornos lobulados, heterogénea, com áreas centrais de hipodensidade. Realizou biópsia cirúrgica que revelou a presença de timoma e efetuou uma RM para avaliação das relações pré-operatórias. Foi submetida a ressecção da massa com confirmação histológica de timoma.

Caso 2 – Um doente de 23 anos, evacuado para esclarecimento de massa mediastínica, apresentava quadro com um ano de evolução caracterizado por toracalgia, fadiga e febre. A TC mostrou uma massa sólida mediastínica anterior/superior esquerda, de contorno lobulado, com realce de contraste e algumas áreas de hipodensidade no seu interior. A RM demonstrou uma massa com hipossinal em T2, área central com hipossinal e ausência de realce (provavelmente necrose). Após biópsia confirmou-se o diagnóstico de linfoma linfoblástico de células T.

Caso 3 – Uma paciente de 42 anos realizou uma TC de tórax mostrando uma massa mediastínica anterior volumosa que se estendia do opérculo torácico até ao apêndice auricular direito. Devido à compressão vascular, foi necessária a realização de uma RM para definir o plano de clivagem e confirmar a indicação cirúrgica para ressecção. O exame histológico confirmou a presença de um bócio mergulhante.

Caso 4 – Uma jovem de 21 anos com toracalgia esquerda com 15 dias de evolução realizou uma TC de tórax confirmando-se uma volumosa massa mediastínica antero-lateral esquerda. A RM mostrava uma massa encapsulada com paredes espessadas irregulares, multilobuladas com septos espessados e conteúdo heterogéneo. Com supressão de gordura houve perda de sinal demonstrando conteúdo de gordura/sebo, altamente sugestivo de teratoma, posteriormente confirmado no exame histológico.

Discussão e Conclusão: Embora a TC seja considerada a modalidade de escolha, a RM vem sendo cada vez mais utilizada devido à sua excelente caracterização tecidual, capacidade de diferenciar massas sólidas e quísticas, uma maior percepção da relação das estruturas adjacentes, a ausência de radiação ionizante e a possibilidade de ser realizada em pacientes com insuficiência renal ou com alergia ao contraste. A RM pode ser usada para obter um diagnóstico clínico, ajudar no estadiamento e no tratamento dessas lesões, podendo reduzir procedimentos desnecessários e ser utilizada no seguimento desses pacientes.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 165

TUMOR DESMÓIDE – CASO RARO DE MASSA TORÁCICA GIGANTE

Autor do trabalho:

DANIELA CARDOSO

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Palavras-chave: MASSA TORÁCICA, TUMOR DESMÓIDE, FIBROMATOSE AGRESSIVA

Introdução: O tumor desmóide, também denominado de fibromatose agressiva, é raro, representando menos de 3% das neoplasias de tecidos moles. Apesar de benigno, sem potencial conhecido de metastização, é localmente agressivo. Surge na maioria das vezes de forma esporádica, no entanto, em cerca de 5-15% dos casos, está associado a polipose adenomatosa familiar. Surge com maior frequência no género feminino, em idades compreendidas entre os 15 e os 60 anos. A apresentação clínica é muito variável dependendo da sua localização e velocidade de crescimento.

O tratamento deve ser agressivo e consiste na ressecção cirúrgica com margens livres. No caso de irresssecabilidade, pode ser necessário recorrer a radioterapia. Apresenta elevada taxa de recidiva local (cerca de 65%) mesmo após ressecção completa.

Caso clínico: Doente do género feminino, 19 anos, natural de São Tomé, com antecedentes de anemia ferropénica, recorreu ao Serviço de Urgência por epigastria de características inespecíficas com 2 dias de evolução e cansaço de agravamento progressivo. Negava dispneia, tosse, expetoração e toracalgia, bem como demais alterações gastro-intestinais. Exame objetivo alterado apenas na auscultação pulmonar com diminuição marcada do murmúrio vesicular nos $\frac{3}{4}$ inferiores do hemitórax esquerdo, sem ruídos adventícios.

Analiticamente apresentava anemia hipocrómica microcítica, com necessidade de suporte transfusional, sem outras alterações. A radiografia do tórax revelou hipotransparência de limites bem definidos, com grandes dimensões ocupando os $\frac{3}{4}$ inferiores do hemitórax esquerdo. Para melhor caracterização dos achados realizou TC torácica que mostrou massa heterogénea, ocupante do espaço torácico esquerdo, de origem indefinida, com cerca de 133x92mm, obliterando a quase totalidade do pulmão esquerdo e condicionando desvio contralateral do mediastino.

Iniciou estudo complementar em consulta externa do qual se destaca: endoscopia digestiva alta sem alterações; estudo funcional ventilatório com síndrome restritivo (CVF 35.6% e FEV1 33.1); biópsia transtorácica com histologia inespecífica de fragmento com proliferação colagénica/fibroblástica.

Foi submetida a ressecção cirúrgica, tendo sido encontrada massa gigante a ocupar os $\frac{2}{3}$ inferiores de toda a cavidade torácica esquerda, encapsulada, de consistência dura, condicionando atelectasia de todo o lobo inferior esquerdo, por compressão.

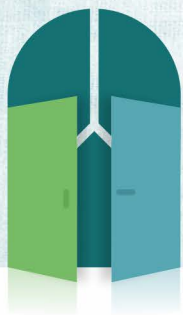
O estudo anatomo-patológico da massa revelou tumor mesenquimatoso com características imuni-histoquímicas de tumor desmóide.

Após a cirurgia houve expansão pulmonar completa, com melhoria das queixas de cansaço.

Discussão: O tumor desmóide, com crescimento lento, apresenta uma clínica insidiosa e frustrante, podendo até ser assintomático. No entanto, apresenta elevada agressividade local, podendo invadir e comprimir estruturas

neuro-vasculares e órgãos adjacentes e ser responsável por um marcado compromisso funcional do pulmão.

A sua excisão livre de margens apresenta elevada complexidade cirúrgica, pelas enormes dimensões, podendo haver atingimento da parede torácica com necessidade de reconstrução. Apresenta ainda elevada taxa de recidiva local após excisão completa, sendo essencial manter vigilância. Assim, apesar da sua classificação benigna, representa uma causa importante de morbi-mortalidade do doente no diagnóstico diferencial de massa torácica.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 166

UM LÍQUIDO PLEURAL ELÁSTICO - O QUE PODERÁ SER?

Autor do trabalho:

MARIA INÊS COSTA

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Co-Autores do trabalho:

VALENTINA PINELLI; MASSIMILIANO SIVORI

Palavras-chave: DERRAME PLEURAL; ÁCIDO HIALURÔNICO; MESOTELIOMA; TORACOSCOPIA MÉDICA

Introdução: A toracocentese representa um dos primeiros passos na abordagem de um derrame, permitindo a análise de diferentes características do líquido pleural. Apesar de inespecíficas, as características macroscópicas do líquido pleural podem ajudar na identificação da etiologia do derrame.

Caso Clínico: Mulher de 51 anos, ex-fumadora com antecedentes de hipertensão arterial. História de exposição profissional a asbestos (produção de luvas revestidas a amianto).

Previamente assintomática, inicia em Fevereiro de 2019 clínica de dispneia progressiva, levando à realização de radiografia torácica que documentou volumoso derrame pleural direito. TC torácico confirma a existência de derrame pleural direito, condicionando desvio contralateral das estruturas mediastínicas, compressão da veia cava superior e atelectasia compressiva do lobo médio e inferior. Adicionalmente de salientar espessamento pleural arredondado, na região justa-mediastínica direita com irregular captação de produto de contraste.

Para melhor estudo e alívio sintomático realizada toracocentese com extração de cerca de 1100cc de líquido pleural amarelo cítrico, límpido, inodoro, denso e viscoso, de consistência elástica. Enviada amostra para análise, mas, devido às características físicas do líquido, o estudo bioquímico e citológico não foi exequível.

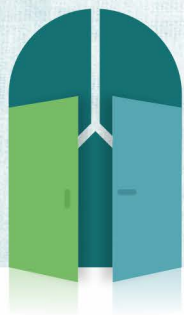
Atendendo à forte suspeita de malignidade foi realizada toracoscopia médica, reportando-se pleura visceral de aspeto nodular e pleural parietal e superfície diafragmática igualmente cobertas de micronódulos de tamanho variável, tendo-se realizado múltiplas biópsias. Adicionalmente, de referir volumosa massa pleural em localização justa-mediastínica. PET scan com evidência de extensa área de hipermetabolismo (SUV máximo 14) em localização coincidente com a massa pleural descrita no TC torácico e visualizada na toracoscopia, bem como outros focos de hiper captação na pleura costal e mediastínica, sem sinais de doença extra pleural. Estudo anatomopatológico de biópsias obtida por toracoscopia compatível com mesotelioma epitelióide.

Doente reavaliada pós intervenção, sem evidência de recidiva de derrame. Orientada para consulta de oncologia para posterior orientação.

Discussão: O mesotelioma é a principal causa de neoplasia primária da pleura. A exposição a asbestos relaciona-se com um significativo aumento do risco, sendo que em 70% dos mesoteliomas diagnosticados se documenta exposição prévia. Desde a década de 80 que o recurso a asbestos tem vindo a diminuir e em 2005 a União europeia decretou a sua proibição, no entanto, atendendo ao longo tempo de latência desta patologia, prevê-se, na Europa, um pico de incidência de mesotelioma em 2020.

O ácido hialurónico (AH) é um glicosaminoglicano amplamente distribuído pelo tecido epitelial, nomeadamente na pleura, diminuindo o atrito entre pulmão e cavidade torácica. Em casos de mesotelioma está descrito um aumento da produção de AH, que, acumulando-se no líquido pleural, lhe confere uma consistência viscosa, quase elástica, como a descrita.

Este caso serve de alerta para uma patologia rara, mas com uma incidência que se prevê crescente. Na presença exposição a asbestos, um líquido pleural com estas características deve levantar a suspeita de mesotelioma. No entanto, a análise histológica é o gold standard para o diagnóstico e a toracoscopia médica aumenta para 98% a rentabilidade diagnóstica quando comparada aos 26% da toracocentese ou aos 39% conseguidos com a junção da citologia do líquido e histológica de biópsias pleurais cegas.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 167

PNEUMOTÓRAX PÓS-BIÓPSIA TRANSTORÁCICA GUIADA POR TC – AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO DE CONTROLO RADIOLÓGICO

Autor do trabalho:

MAFALDA BAPTISTA

Serviço de Pneumologia – Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, Covilhã – Portugal

Co-Autores do trabalho:

JULIANA BARATA; TIAGO PEREIRA; DIOGO ROCHA; PEDRO PORTUGAL; MARIA DE JESUS VALENTE; MARIA DE LA SALETE VALENTE

Palavras-chave: BIÓPSIA TRANSTORÁCICA; PNEUMOTÓRAX; CONTROLO RADIOLÓGICO.

Introdução: A complicação mais comum da realização de biópsia transtorácica (BTT) guiada por tomografia computadorizada (TC) é a ocorrência de pneumotórax. A British Thoracic Society recomenda vigilância e controlo com radiografia torácica 1 hora após o procedimento, mas os protocolos variam entre diferentes instituições.

Objetivos: Avaliar a necessidade de realizar um segundo controlo radiológico, 4 horas após a BTT. Comparar a acuidade na deteção de pneumotórax da radiografia torácica em inspiração e expiração.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes que realizaram BTT entre janeiro e setembro de 2018 no Serviço de Imagiologia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Portugal.

Resultados: 115 doentes realizaram BTT, com uma idade média de 66 (± 12) anos e predomínio do sexo masculino (71,3%). 81,2% apresentava hábitos tabágicos.

Os nódulos biopsados eram principalmente sólidos (87%) e periféricos (56,1%), apresentando em média 22,2 ($\pm 16,1$) mm de maior diâmetro. Em 79,1% dos casos obteve-se um diagnóstico histológico, na maioria do foro oncológico (68,1%).

Quanto ao material, na maioria foi utilizada coaxial (68,8%) e agulha de tamanho 18G (92%).

O procedimento foi complicado por pneumotórax em 17 casos (14,8%), mas apenas um doente necessitou de dreno torácico e internamento. Nos restantes foi realizada exsuflação guiada por TC ou mantida atitude expectante (8 casos cada).

Nos doentes em que o controlo radiológico 1 hora após a BTT era normal, as radiografias realizadas à quarta hora também não mostravam evidência de pneumotórax.

Observaram-se 3 casos em que a radiografia em inspiração estava normal apesar da evidência de pneumotórax na incidência expiratória.

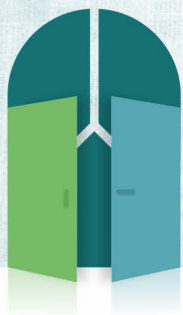
A ocorrência de pneumotórax foi superior nas BTT do pulmão direito (82,4% vs 17,6%, $p=0,010$) e 47,1% dos doentes com pneumotórax tinham enfisema pulmonar prévio.

Nenhuma outra característica do doente ou procedimento se associou à ocorrência de pneumotórax.

Conclusões: Os dados obtidos sugerem que um segundo controlo radiológico não é necessário se o primeiro for normal.

Além disso, se a fim de reduzir custos e exposição à radiação for indicado selecionar apenas uma incidência, deverá ser realizada a radiografia torácica postero-anterior em expiração.

Não se obtiveram resultados definitivos sobre fatores que aumentem o risco de pneumotórax, sugerindo que este deve ser avaliado individualmente para cada doente.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 168

DURAÇÃO DE DRENAGEM TORÁCICA NO PNEUMOTÓRAX SECUNDÁRIO

Autor do trabalho:

RITA COELHO SOARES ROSA

Hospital Egas Moniz, CHLO, Lisboa

Co-Autores do trabalho:

INÊS RIBEIRO; CRISTINA MATOS; FERNANDO NOGUEIRA

Palavras-chave: PNEUMOTÓRAX SECUNDÁRIO; DRENAGEM TORÁCICA; DURAÇÃO; DIMENSÃO; ÍNDICE DE LIGHT; BTS; INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

Introdução: O Pneumotórax Secundário é definido como a presença de ar no espaço pleural, que ocorre como complicação de uma patologia pulmonar subjacente. De acordo com a dimensão do pneumotórax e sintomas presentes, o tratamento geralmente inclui a colocação de um dreno torácico.

Objetivos: Analisar a população de doentes hospitalizados no Serviço de Pneumologia do Hospital do Egas Moniz, Lisboa, de 2011 a 2018, com o diagnóstico de Pneumotórax Secundário (PS), de acordo com o tempo de duração do dreno torácico.

Métodos: Os doentes foram divididos em dois grupos: o grupo de duração prolongada (DP) e o grupo de duração não prolongada com dreno torácico (DNP), de acordo com o tempo médio verificado de drenagem torácica (8 dias). Foram utilizados o Index de Light (IL) e as guidelines da British Thoracic Society (BTS) para determinar a dimensão do pneumotórax. Doentes sem radiografia de tórax disponível ou com derrame pleural foram excluídos.

Resultados: Foram analisados 56 doentes com PS, dos quais 16 correspondiam a doentes com uma duração de drenagem torácica superior à média, isto é superior a 8 dias, e, portanto, incluídos no grupo de DP e os restantes 40 correspondiam a doentes do grupo de DNP. Relativamente aos doentes do grupo de DP, verificou-se uma dimensão de pneumotórax média superior, de acordo com Índice de Light (70% vs 46,6%; $p=0,001$), comparativamente ao grupo de DNP. Verificou-se, também, uma percentagem maior de doentes com pneumotórces classificados como de grandes dimensões, de acordo com o IL e a BTS ($p<0,001$). Uma percentagem significativamente maior de doentes com insuficiência respiratória e pneumotórax persistente com necessidade de intervenção cirúrgica foi objetivada no grupo de DP (44% vs 8% e 31% vs 10%).

Apesar de sem valor estatístico, os doentes do grupo de DP apresentaram uma média de idade superior (51 vs 41 anos de idade) e apresentaram uma dimensão de pneumotórax média superior de acordo com a BTS (4,5 vs 2,5cm).

Conclusão: Os doentes com uma duração de drenagem torácica superior, tendem a apresentar pneumotórces de maiores dimensões e uma percentagem maior de insuficiência respiratória e pneumotórax persistente com indicação cirúrgica. Estes dados vêm sublinhar a importância de otimizar a gestão de drenos torácicos, incluindo a necessidade de considerar intervenção cirúrgica mais precocemente, em doentes com determinadas características.

PC 169

CAUSAS RARAS DE DERRAME PLEURAL EXSUDATIVO BENIGNO: A PROPÓSITO DE 5 CASOS CLÍNICOS

Autor do trabalho:

EDUARDA SEIXAS

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Co-Autores do trabalho:

ANDREÍNA VASCONCELOS; PEDRO GONÇALO FERREIRA

Palavras-chave: DERRAME PLEURAL, TORACOSCOPIA, ASBESTO, ARTRITE REUMATÓIDE, QUILOTÓRAX

Introdução: A infeção pleural, insuficiência cardíaca e a metastização pleural são as causas mais comuns de derrame pleural. Existem, no entanto, outras causas menos comuns em que o seu reconhecimento preciso e atempado é essencial para a correta orientação clínica.

As causas benignas para derrames são amplas, diversas, algumas pouco comuns e pouco compreendidas. Uma abordagem individualizada é fundamental. A análise do líquido pleural é primordial, havendo frequentemente necessidade de inspeção pleuroscópica e obtenção de material histopatológico. Finalmente deverá ser integrada toda a informação disponível.

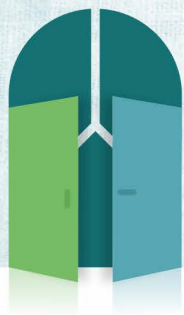
Casos Clínicos:

Caso 1: Homem, 63 anos, fumador com exposição a amianto que evidenciava pequeno derrame pleural sero-hemático exsudativo neutrofilico. Toracosopia com hipervascularização, fibrina e adesões. As biópsias pleurais foram negativas para mesotelioma, evidenciando "pleurite crónica inespecífica". Após estudo complementar e integração dos resultados foi diagnosticado com derrame pleural benigno pelo asbesto.

Caso 2: Mulher, 80 anos, derrame pleural exsudativo leitoso, com elevação dos triglicerídeos (quilotórax). Pleuroscopia com hipervascularização e áreas de elevação da mucosa de aspeto amarelo-lipomatoso. Biópsias pleurais com alterações inflamatórias inespecíficas. Doente foi submetida a colocação de pacemaker previamente. A TC Toraco-Abdominal demonstrava alterações da vascularização no segmento hepático IV, vascularização colateral pela parede toracoabdominal, com drenagem para a veia cava inferior, traduzindo aspetos de "hot-spot-sign" sugestivos de trombose da veia cava superior (VCS). Havia redução do calibre da VCS e ingurgitamento da veia ázigos. A integração clínica indicou para o diagnóstico de quilotórax secundário a trombose da VCS após colocação dos eletrocateres de pacemaker.

Caso 3: Mulher, 55 anos, derrame exsudativo sero-hemático eosinofílico e hipereosinofilia periférica (valor máximo: 10,0X10⁹/L). Sem elementos epidemiológicos de relevo, estudo parasitológico negativo e sem uso de fármacos imputáveis para eosinofilia. Toracosopia mostrou hipervascularização pleural com área nodular, tendo as biópsias mostrado pleurite eosinofílica sem infiltração maligna. Após discussão e estudo complementar hematológico foi diagnosticada com pleurite crónica eosinofílica secundária a síndrome hipereosinofílica idiopática.

Caso 4: Homem, 66 anos com derrame pleural exsudativo mononuclear. Toracosopicamente com septações e espessamento pleural. As biópsias evidenciaram pleurite inespecífica. No internamento desenvolveu oligoartrite migratória, condrite do pavilhão auricular e episclerite/queratite. Em



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

colaboração com a Reumatologia foi selado o diagnóstico de derrame pleural secundário a policondrite recidivante.

Caso 5: Mulher, 38 anos, fumadora, com artrite reumatóide soropositiva, apresentava pequeno derrame pleural, septado, coincidindo com agravamento da atividade articular. Líquido pleural exsudativo linfocitário e ratio fator reumatóide pleural/sérico de 3,6. Toracoscopia mostrou espaço pleural complexo, septado e espessamento pleural. Histologia pleural apresentou pleurite crônica fibrinosa inespecífica. Assumido o diagnóstico de pleurisia reumatóide.

Conclusão: Contrastando com os derrames pleurais malignos com orientações claras e atualizadas, as causas de derrame pleural exsudativo benigno não infeccioso mantêm uma abordagem muito dependente de estudos observacionais e relatos de casos clínicos. A ausência de evidência de qualidade e “guidelines” motivam dificuldades com a classificação diagnóstica e orientação terapêutica.

Realça-se a importância de estender o painel analítico no estudo do líquido, a valia da toracoscopia após abordagem preliminar inconclusiva (maior segurança no despiste de malignidade) e da correlação com a historial ocupacional, comorbilidades, medicação crônica e estudo imunológico/autoimune.

PC 170

PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO – DIFERENTES FACES, O MESMO QUADRO

Autor do trabalho:

ANA CRAVEIRO

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Co-Autores do trabalho:

JULIANA BARATA; ROBERTO SILVA; MAFALDA BAPTISTA; SARA MARTINS; EUNICE MAGALHÃES; INÊS VICENTE; MARIA VALENTE; SALETE VALENTE

Palavras-chave: PNEUMOMEDIASTINO, DISSOCIAÇÃO CLÍNICO-IMAGIOLÓGICA

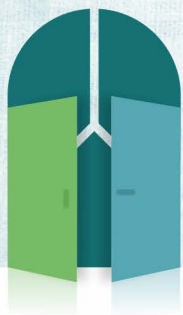
Introdução: O pneumomediastino espontâneo (i.e., não decorrente de trauma, cirurgia ou procedimento médico -torácico), é uma entidade rara, geralmente benigna e para a qual, frequentemente, são desconhecidos fatores predisponentes e/ou desencadeantes. A sua forma de apresentação é inespecífica, podendo cursar com dispneia e toracalgia, mas também, menos comumente, ser clinicamente frustre.

Apresentam-se dois casos clínicos:

Caso 1: Doente do sexo masculino, de 35 anos, não fumador, sem exposição inalatória de risco, com antecedentes de hiperreatividade brônquica em contexto de infeção respiratória que, no decurso do estudo de asma brônquica, durante período de agudização clínica, realizou Tomografia Computorizada de Alta Resolução (TCAR) torácica, em ambulatório, na qual se identificou extenso pneumomediastino. Na sequência, cumpriu internamento e resolveu o quadro com medidas conservadoras (bronco-dilatação, repouso e oxigenoterapia de baixo débito).

Caso 2: Doente do sexo masculino, de 80 anos, com antecedentes de neoplasia do cólon desde 2016, com metastização hepática (alvo de termoablação) e pulmonar, em 2019 (nódulo de 6mm no Lobo Médio) submetido a ressecção em cunha em 05/2019, sem complicações. Ainda sob quimioterapia, recorreu ao serviço de urgência em 08/2019 por disфонia e edema súbito da face e pescoço, sem queixas álgicas ou cardiorrespiratórias acompanhantes. A TCAR torácica revelou extenso pneumomediastino e enfisema subcutâneo a nível cervical, parede torácica e abdominal. Sob tratamento conservador, apresentou resolução do quadro.

Conclusão: Apresentam-se os casos clínicos supracitados pela raridade da condição em causa, pela dissociação clínico-imagiológica evidenciada e pelas patologias distintas na sua génese. Tratando-se de uma condição de prognóstico geralmente benigno, o tratamento conservador representa, frequentemente, a melhor abordagem – o que se confirmou nos dois casos.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 171

PLACAS BACTERIANAS PLEURAIS POR TRANSLOCAÇÃO DIAFRAGMÁTICA - UM ACHADO TORACOSCÓPICO

Autor do trabalho:

RAQUEL VIANA

Centro Hospitalar de Leiria

Co-Autores do trabalho:

MARIA JOÃO SILVA; MARIA JOÃO CANOTILHO; SALVATO FEIJÓ

Palavras-chave: EMPIEMA, FÍSTULA PANCREÁTICO-PLEURAL

Introdução: O empiema define-se pela presença de pus no espaço pleural e é geralmente uma complicação de pneumonia. Os autores descrevem um caso clínico de empiema com origem numa fístula pancreático-pleural. Trata-se de uma entidade rara, devida a disrupção do ducto pancreático, com extravasamento de líquido para o retroperitонеu, fistulizando posteriormente para a cavidade pleural.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 76 anos, com antecedentes de adenocarcinoma ductal pancreático, submetido a pancreatectomia distal com esplenectomia. Recorreu ao Serviço de Urgência 2 meses após a cirurgia por febre e dispneia em repouso. Radiologicamente apresentava hipotransparência ocupando a metade inferior do campo pulmonar esquerdo, compatível com derrame pleural de volume moderado. Realizada toracocentese e posterior colocação de dreno torácico, por observação de líquido pleural purulento. A análise bioquímica do mesmo revelou-se rica em amilase, a citologia não identificou células neoplásicas e o exame microbiológico foi negativo.

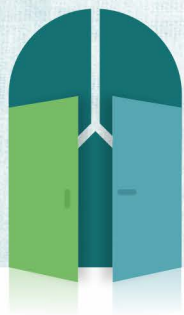
A tomografia computadorizada (TC) torácica e abdominal mostrou derrame pleural esquerdo e atelectasia pulmonar homolateral, com dreno corretamente posicionado e coleção subfrénica em proximidade com a região pancreática. Colocada drenagem abdominal guiada por TC. O doente cumpriu antibioterapia empírica com ceftazidima e gentamicina, com boa resposta clínica, analítica e radiológica, tendo alta clínica com manutenção de dreno abdominal. Contudo, 10 dias depois apresentou-se novamente no Serviço de Urgência por febre e toracalgia pleurítica, ficando internado no Serviço de Pneumologia. A TC torácica/abdominal revelou derrame pleural de volume pequeno a moderado, espessamento pleural e coleção abdominal com menor volume face ao exame anterior, mantendo comunicação com pequeno abscesso pancreático (drenagem abdominal bem posicionada). Realizada tentativa de toracocentese, sem sucesso. Optou-se pela realização de toracoscopia médica, revelando líquido purulento (aspiração de 300ml), placas purulentas e espessamento das pleuras parietal e visceral. Efetuadas biópsias pleurais e lavagem pleural com soro fisiológico. Histologicamente não se verificaram alterações e o estudo microbiológico revelou *Klebsiella oxytoca*, o mesmo microorganismo isolado no líquido abdominal.

Foi iniciada antibioterapia dirigida e realizadas lavagens pleurais durante o internamento. O doente mostrou melhoria clínica e imagiológica significativas, com remoção de drenagem torácica ao décimo dia. Teve alta clínica sob cotrimoxazol e drenagem abdominal pigtail. Após 2 meses, em consulta de follow-up, mostrou-se assintomático e a TC não mostrou alterações significativas.

Discussão/Conclusão: A fístula pancreático-pleural é uma complicação rara de carcinoma ductal pancreático. Tipicamente apresenta-se como exsudato rico em amilase no campo pulmonar esquerdo, podendo ocorrer empiema, tal como no presente caso clínico.

A pneumonia é a principal causa de empiema, contudo este tipo de derrame pleural nem sempre tem origem torácica.

A toracoscopia médica é um procedimento seguro e minimamente invasivo, com papel importante no diagnóstico diferencial de derrames pleurais e na abordagem de alguns empiemas.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 172

DERRAME PLEURAL DE NOVO NA DOENÇA HEPÁTICA TERMINAL: NÃO ESQUECER TUBERCULOSE!

Autor do trabalho:

ANATILDE TRINDADE

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, Amadora, Lisboa

Co-Autores do trabalho:

MARIA LUÍSA FIGUEIREDO; CARLOS ALVES; MIGUEL SILVEIRA; CÁTIA D'ARAÚJO; FERNANDO RODRIGUES

Palavras-chave: TUBERCULOSE PLEURAL; HIDROTÓRAX HEPÁTICO; DERRAME PLEURAL UNILATERAL

Introdução: O surgimento dum derrame pleural direito num doente com doença hepática terminal remete o raciocínio clínico para a presença do hidrotórax hepático. O seu diagnóstico inclui exclusão de causas alternativas. Os autores apresentam um caso que sublinha a importância de não desvalorizar nenhuma hipótese diagnóstica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 40 anos, com antecedentes de cirrose hepática etanólica CHILD C e MELD 21, em avaliação para transplante hepático. Admitido no Serviço de Gastrenterologia por doença hepática descompensada por sépsis de ponto de partida de abscesso inguinal, com isolamento de MSSA no pus. Após controlo da descompensação hepática, apresentava-se com ascite moderada e edemas dos membros inferiores em grau variável diário, sem sinal clínico ou radiológico de comprometimento respiratório.

Ao 24º dia de internamento, inicia queixas de dispneia, cansaço para pequenos esforços, e episódios de broncospasmo. A radiografia do tórax mostra cardiomegalia e obliteração do seio costofrénico direito, sem condensações. Analiticamente, destacava-se leucócitos $2 \times 10^9/L$ com neutropenia $1.6 \times 10^9/L$, aumentos dos tempos de coagulação, bilirrubina total 5.2 mg/dL, proteínas totais 5.52 g/dL, creatinina 0.59 mg/dL e PCR 3.36 mg/dL.

Por agravamento das queixas dez dias depois, repete radiografia que mostra opacificação total do hemitórax direito de novo, sugestivo de derrame pleural.

É referenciado a Pneumologia para investigação, e realiza toracocentese com drenagem de 3000 cc de líquido sero-hemático, cujos resultados laboratoriais revelaram: 1694 células/uL, predomínio linfócitos, ADA 45 U/L e critérios de Light para exsudado. A pesquisa de BAAR e o exame bacteriológico foram negativos; os exames culturais micobacteriológicos ficaram em curso.

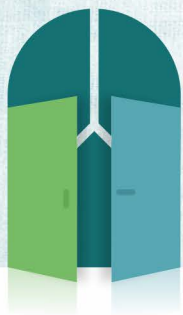
Assumiu-se um exsudado de predomínio linfocítico de etiologia a esclarecer, e colocou-se como hipóteses diagnósticas principais neoplasia ou hidrotórax hepático, possivelmente infectado. Dias depois, inicia tratamento para uma peritonite bacteriana espontânea, com exame bacteriológico, pesquisa de BAAR e PCR mycobacterium tuberculosis do líquido ascítico negativos.

Uma TAC tórax excluiu lesões pleurais, mediastínicas e no parênquima pulmonar esquerdo; o pulmão direito estava atelectasiado pelo derrame. A citologia do líquido pleural foi inconclusiva.

O derrame é rapidamente recidivante, e repete-se toracocentese diagnóstica com biópsias pleurais 15 dias depois da primeira abordagem; manteve-se um exsudado, com predomínio de linfócitos e ADA 43 U/L.

A nova baciloscopia e os exames culturais micobacteriológicos da primeira toracocentese foram negativos e na biópsia identificaram-se células gigantes multinucleadas a esboçar granulomas epitelióides não necrotizantes. No entanto, os exames culturais da segunda toracocentese positiveram para mycobacterium tuberculosis complex, fazendo o diagnóstico de tuberculose pleural.

Discussão e Conclusão: Um derrame pleural na doença hepática terminal pode constituir um desafio diagnóstico. As múltiplas intercorrências infecciosas, os internamentos prolongados, e a progressão da doença podem restringir erroneamente o raciocínio diagnóstico. Apesar da particularidade destes doentes, devemos ter sempre presente as causas mais comuns dos derrames na população em geral, prosseguindo na marcha diagnóstica de acordo com os achados.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 173

DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE – QUANDO A ETIOLOGIA NÃO É EVIDENTE

Autor do trabalho:

DIANA ORGANISTA

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

MÓNICA PEREIRA; LUÍS RODRIGUES; CATARINA ANTUNES; FERNANDA PAULA; FILIPE FROES

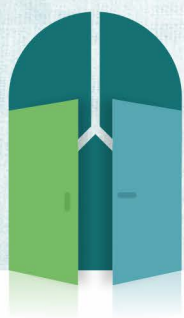
Palavras-chave: DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE, MIELOMA MÚLTIPLO

Introdução: O derrame pleural (DP) pode ter várias etiologias e a sua recorrência constitui muitas vezes um desafio diagnóstico. O Mieloma múltiplo (MM) representa aproximadamente 10% das neoplasias hematológicas e apenas 6% dos doentes desenvolve DP no decurso da doença, sendo a etiologia habitualmente multifatorial, nomeadamente pós-infecciosa, em contexto de insuficiência cardíaca secundária a amiloidose, embolia pulmonar, insuficiência renal, hipoalbuminémia, segunda neoplasia, derrame reativo ou infiltração por células plasmocitárias, o que ocorre em menos de 1% dos casos.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de um homem de 51 anos, pedreiro, fumador ativo (35UMA), sem antecedentes de relevo. História de quadro com 1 mês de evolução, inicialmente com tosse seca, febre de 38°C e toracalgia direita, sem insuficiência respiratória, tendo sido medicado com antibioterapia empírica para infeção respiratória. Recorreu ao serviço de urgência por manutenção de toracalgia direita, ao nível do rebordo costal, de características pleuríticas. Analiticamente sem elevação dos parâmetros de fase aguda. Radiografia de tórax com derrame pleural direito e obliteração do seio costofrénico esquerdo. Avaliado em consulta de pneumologia, negava sintomas constitucionais, sudorese noturna, hemoptises ou outros sintomas respiratórios, mantendo toracalgia direita intensa. Ao exame objetivo auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular na base direita e diminuição da transmissão das vibrações vocais a este nível, sem outras alterações. TAC torácica com adenopatias mediastínicas infracentimétricas. Atelectasia em faixa do segmento anterior do lobo superior direito. Extensos derrames pleurais bilaterais, maior à direita. Fraturas em arcos costais à direita e à esquerda e colapso do corpo vertebral de L1. Realizada toracocente diagnóstica e evacuada ecoguiada. Líquido serofibrinoso com pH 7.4, glicose 83mg/dL, critérios de exsudado, predomínio de linfócitos 86%, ADA 18 UI/L, culturas negativas. Líquido pleural e biopsias pleurais negativas para neoplasia. Videobroncoscopia sem alterações, lavado brônquico negativo para células neoplásicas, mas com isolamento bacteriológico de *Haemophilus influenzae*, tendo realizado antibioterapia dirigida. Por recidiva do derrame pleural direito um mês depois realizou toracocentese com saída de líquido serofibrinoso sem isolamento de células neoplásicas. Analiticamente hemoglobina 10g/dL, sem leucocitose, proteína C-reativa 3.77mg/dL, função renal, hepática, albumina, ionograma, d-dímeros, NT-proBNP, marcadores tumorais (CEA, CYFRA 21, alfa-fetoproteína, PSA) dentro da normalidade à exceção de NSE 26.9ug/L e elevação da beta2-microglobulina 4.67mg/dL. Estudo autoimune sem alterações. Eletroforese de proteínas com presença de banda em gama com pico de 2.4 g/dL. Biópsia

de gordura abdominal com pesquisa de substância amiloide negativa. Mielograma com 32% plasmócitos com imunofenotipagem concordante com mieloma múltiplo e biópsia óssea que confirmou o diagnóstico. Neste contexto, assumiu-se DP associado ao MM, após quadro infeccioso, a partir do qual se realizou a investigação que levou ao diagnóstico final.

Conclusão: O DP é uma manifestação pouco comum do MM, podendo surgir ao diagnóstico ou após início de quimioterapia. Este caso mostra a importância da reavaliação clínica e imagiológica dos doentes após quadro infeccioso respiratório, sobretudo quando persistem queixas sugestivas de atingimento pleural e ainda o papel fundamental de um estudo analítico abrangente no diagnóstico do derrame pleural recidivante, que neste caso permitiu o diagnóstico da patologia de base.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 174

DERRAME PLEURAL MALIGNO: A IMPORTÂNCIA DO PH COMO MARCADOR PROGNÓSTICO.

Autor do trabalho:

BRUNO MENDES

Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Co-Autores do trabalho:

MARIANA CABRAL; CARLOS FIGUEIREDO; ANA MAGALHÃES; INÊS MOREIRA; TIAGO SÁ; ALEXANDRA MINEIRO; JOÃO CARDOSO

Palavras-chave: DERRAME PLEURAL MALIGNO; SOBREVIDA; PROGNÓSTICO; PH

Introdução: A abordagem do derrame pleural maligno (DPM) mantém-se um importante desafio clínico. Atendendo aos riscos, desconforto e, por vezes, necessidade de internamento provocados pela pleurodese alguns doentes têm indicação para medidas paliativas menos invasivas. O pH não se encontra ainda aprovado para avaliar o prognóstico no DPM.

Objectivos: Avaliar a relação entre o pH do líquido pleural no DPM com a sobrevida dos doentes.

Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva dos doentes com diagnóstico de DPM sujeitos a toracocentese na unidade de técnicas do nosso centro entre Junho de 2015 e Dezembro 2018. Foram excluídos os doentes cujo pH do líquido pleural não tivesse sido imediatamente medido após a primeira toracocentese. O diagnóstico de DPM foi definido pela presença de células neoplásicas na citologia do líquido pleural ou por biópsia pleural. Todos os tipos de neoplasia foram incluídos. A análise estatística realizou-se com o software IBM SPSS statistics 25. Utilizámos o valor 7.32 como cut-off para o pH por se tratar da média dos exames realizados. Foi aplicada a curva de Kaplan-Meier para analisar a sobrevivência global após realização da primeira toracocentese e o teste generalizado de Wilcoxon para comparação entre a sobrevida dos grupos. Os resultados são apresentados no valor da média ($\pm$ desvio padrão) ou mediana [percentil 25 – percentil 75].

Resultados: Sessenta e dois doentes foram incluídos na análise. A sobrevida mediana total em meses foi de 2.8 [1.8-9.3].

A média do pH foi de 7.32 ($\pm$ 0.12), apresentando 25 doentes (40.3%) pH inferior à média e 37 (59.7%) igual ou superior. O grupo A, definido por pH inferior a 7.32, apresentava uma sobrevida mediana de 1.9 meses [1.3-4.9]. Por sua vez o grupo B, definido por pH igual ou superior a 7.32, revelou uma sobrevida de 4.3 meses [2.5-13] ($p=0.006$). Aos 3 meses após realização da toracocentese 35% dos doentes do grupo A encontravam-se vivos contra 60% do grupo B.

Conclusão: A avaliação do pH no momento da realização da toracocentese é quase sempre realizada em derrames pleurais não malignos, mas muitas vezes descurada na avaliação do DPM. O valor prognóstico do pH tem vindo a ser estudado há várias décadas com resultados discrepantes e a sua utilização não se encontra aprovada nas mais recentes guidelines. Nesta amostra encontramos uma relação entre pH inferior a 7.32 e uma menor sobrevida mediana nesses doentes. Esta relação pode estar assente na acumulação de produtos finais da glicólise no líquido pleural causada por tumores em fase avançada da doença.

O pH poderá assim ajudar a identificar doentes com prognóstico pouco favorável que não beneficiarão de pleurodese.

PC 175

PNEUMOTORAX BILATERAL ASSOCIADO A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA E IN-EXSUFLADOR MECÂNICO EM DOENTE NEUROMUSCULAR

Autor do trabalho:

CARLA SIMÃO

Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca, E.P.E

Co-Autores do trabalho:

HEDI LIBERATO; CAROLINA SOUSA; CARLOS ALVES; ANTONIO GERARDO; LUIS CARRETO; MIGUEL SILVEIRA; INES LUZ; FERNANDO RODRIGUES

Palavras-chave: DOENÇA NEUROMUSCULAR, VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA, IN-EXSUFLADOR MECÂNICO, PNEUMOTÓRAX, BAROTRAUMA

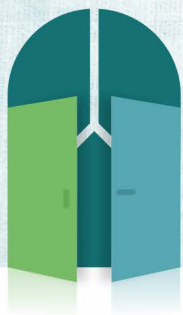
Introdução: A distrofia muscular de Duchenne é uma doença do neurónio motor que afecta os músculos respiratórios resultando em insuficiência respiratória e aumento do risco para infecções respiratórias. O suporte ventilatório com ventilação não-invasiva (VNI) representa uma terapêutica de primeira linha neste grupo de doentes, existindo outras terapêuticas com intuito de melhoria do mecanismo da tosse como os in-exsufladores mecânicos (MI-E).

Caso clínico: Os autores apresentam um homem de 35 anos com diagnóstico de distrofia muscular de Duchenne e insuficiência respiratória sob terapêutica com BIPAP (Trilogy®) e MI-E (Cough assist®). O doente encontrava-se ventilado com modalidade de AVAPS (IPAP 26-28 cmH₂O, EPAP 10 cmH₂O, VC 350mL) sendo trazido ao serviço de urgência por dispneia súbita associada a dessaturação significativa. Na admissão hospitalar encontrava-se polipneico sob suporte de VNI com SatO₂ 77%, hemodinamicamente estável (PA 117/91 mmHg, FR 124 bpm). A gasometria arterial inicial demonstrava acidemia respiratória (pH 7.27, pCO₂ 51.4; pO₂ 47.4; HCO₃ 23.2; SatO₂ 77.3%). Efetuou-se telerradiografia de tórax que demonstrou extenso pneumotórax bilateral. Procedeu-se a colocação de drenagem torácica bilateral com dreno de calibre 16Fr seguido de diminuição de pressão positiva para os valores de IPAP 24-25cmH₂O, EPAP 8cmH₂O e VC 35mL. A radiografia de controlo mostrou uma expansão pulmonar parcial.

O doente foi submetido a tomografia computadorizada (TC) de tórax que mostrou pneumotórax bilateral septado. Procedeu-se a remoção e recolocação de drenagem torácica contudo verificou-se persistência de câmara de pneumotórax bilateral. A drenagem torácica esquerda foi removida ao final de 19 dias, sendo a drenagem torácica direita removida ao final de 32 dias. Durante o internamento houve várias tentativas de redução progressiva de pressão positiva, sendo possível o desmame até ao mínimo de IPAP 22-20 cmH₂O e EPAP 4 com VC 450mL.

No momento de alta ainda persistia uma fina câmara de pneumotórax apical direito que não apresentava interferência com os sintomas, sendo a gasometria arterial normal. Procedeu-se a diminuição de pressão no MI-E para +20/-20 cmH₂O dando recomendação de utilização apenas em caso de aumento de expectoração.

Conclusão: Este caso representa uma complicação rara, potencialmente fatal da VNI e MI-E com barotrauma e pneumotórax bilateral. A VNI apresenta benefícios na sobrevida e qualidade de vida de doentes com doença



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

neuromuscular, contudo os efeitos da VNI com pressão elevada durante várias horas e vários anos permanecem obscuros. Apesar da utilidade clínica do uso de MI-E em contexto de exacerbação se encontrar estabelecida, a indicação do seu uso profilático permanece controversa. Os autores consideram que este é um tema que merece mais investigação científica e uma maior discussão na comunidade científica.

PC 176

FIBRINÓLISE INTRAPLEURAL VS VATS NA ABORDAGEM DE DERRAME PLEURAL PARAPNEUMÓNICO COMPLICADO OU EMPIEMA

Autor do trabalho:

ANA RITA GIGANTE

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

Co-Autores do trabalho:

SUSANA LAREIRO; NUNO CHINA; JOANA REI; PEDRO FERNANDES; MIGUEL GUERRA; DANIEL COUTINHO; ANA OLIVEIRA; CARLA RIBEIRO

Palavras-chave: FIBRINÓLISE INTRAPLEURAL, VATS, DERRAME PLEURAL PARAPNEUMÓNICO, EMPIEMA

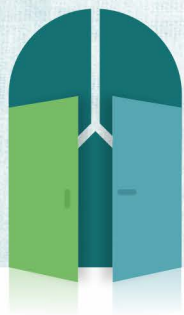
Introdução: Derrame pleural parapneumónico (DPP) é uma complicação frequente de infeções pulmonares. O derrame pode evoluir com deposição de fibrina, formação de septações e espessamento pleural, o líquido torna-se turvo a purulento e com isolamento bacteriológico, considerando-se DPP complicado ou empiema (se purulento). Nestes casos associa-se drenagem pleural à antibioterapia, contudo isso nem sempre é suficiente. Na literatura não há consenso acerca da melhor abordagem que permite a resolução precoce e eficaz desta condição.

Objetivos: Análise da aplicação de fibrinolíticos intrapleurais e da intervenção cirúrgica toracoscópica assistida por vídeo (VATS) na abordagem de DPP complicado ou empiema com má resposta ao tratamento convencional.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional em doentes admitidos, entre abril de 2016 e maio de 2019, com diagnóstico de DPP complicado ou empiema com má resposta à antibioterapia e drenagem pleural. Foram definidos 2 grupos, segundo o tratamento subsequente realizado: um grupo de 13 doentes que receberam instilações intrapleurais de alteplase e dornase alfa em adição à drenagem pleural e lavagens intrapleurais com soro fisiológico, e outro de 12 doentes submetidos a VATS para desbridamento e/ou decorticação pleural. Foram registados dados demográficos, características do derrame, tempo de antibioterapia prévia ao procedimento, eficácia e complicações do procedimento, tempo com dreno torácico, tempo de internamento, mortalidade e reinternamentos.

Resultados: Os resultados apresentam-se sumarizados na tabela.

Conclusão: Nenhum procedimento demonstrou ser superior quanto à eficácia, complicações, tempo de internamento ou segurança no tratamento de DPP complicado ou empiema.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 177

**DERRAME PLEURAL BILATERAL E PNEUMOTÓRAX
RECIDIVANTES - UM CASO RARO DE ENDOMETRIOSE TORÁCICA**

Autor do trabalho:

TERESA FINDE CHIVINDA

Clínica Sagrada Esperança, Luanda-Angola

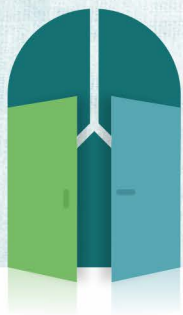
Co-Autores do trabalho:

ANA VAN-DUNEM; FIDEL BASTOS; A. BHAYAT; S. BHAMJEE

Palavras-chave: PLEURA

Caso clínico: Mulher de 34 anos de idade, sem factores de risco para doença pulmonar, com história familiar de linfoma (mãe) e história pessoal de dismenorreia e infertilidade de etiologia a esclarecer. Transferida à nossa instituição no dia em Novembro de 2017 por Derrame Pleural bilateral para investigação. Realizada toracocentese e biópsias pleurais com drenagem de 1000ml de líquido pleural sero - hemorrágico escurecido cujos produtos e estudo citoquímico revelou - se com características de exsudado com predomínio celular de macrófagos vacuolizados e presença de pigmentos de hemossiderina, negativo para células malignas. O exame bacteriológico do líquido pleural foi negativo, TB - PCR negativo, exame histológico da pleura incolúso em 2 ocasiões. TC torácico: 21/11/2017: "Derrame pleural bilateral de grande volume à direita e de médio volume à esquerda. Não se identificaram condensações, nódulos pulmonares nem lesões cavitárias, sem adenomegalias mediastínicas nem hilares". À TC abdómino - pélvico destaca - se "útero globoso medindo cerca de 122 x 83 x 89mm de eixos maiores, heterogêneo, identificando - se volumoso fibromioma intramural - subseroso anterior, com +/- 67 x 66mm e outro intra - mural com 27 x 23mm, sem evidência de massas anexiais de natureza sólida ou quística, Ecografia mamária sem alterações. Analiticamente destaca - se Hb: 11g/dl, VIH: negativo, TB - PCR: negativo, ANA, ANCA, Complementos: negativos, CA125: 123(<35). Ao longo do internamento verificou-se recidiva do derrame pleural coincidente com o aparecimento da menstruação e dismenorreia o que fez suspeitar de ENDOMETRIOSE PLEURAL. Dada a necessidade de Toracoscopia exploradora e Laparoscopia diagnóstica, foi evacuada à República da África do Sul. Submetida a laparoscopia tendo sido visualizado útero miomatoso, endometriose extensa envolvendo os órgãos pélvicos e o fundo de saco de Douglas. Submetida igualmente a videotoracoscopia tendo se constatado de focos nodulares de endometriose pleural ao nível da pleura diafragmática confirmados por histologia. Medicada com Dienogest e regressada à Angola. Acorreu ao Serviço de Urgência no dia 19/10/2018 por toracalgia à esquerda e dispneia, à radiografia de tórax revelou Pneumotorax de grande volume à esquerda com pulmão totalmente colapsado e sinais de empurramento das estruturas do mediastino para o lado contra-lateral, feita drenagem pleural com reexpansão total. Em Novembro/2018 - Pneumotorax de grande volume à esquerda e derrame pleura à direita. Associada gossypelina 3.6mg. Em Dezembro/2018 uma semana após aparecimento da menstruação novo episódio de Pneumotorax à esquerda de grande volume com pulmão totalmente colapsado e hidropneumotorax de pequeno volume à direita. Submetida Drenagem Torácica com pleurocath com reexpansão.

Feita pleurodese à esquerda por videotoracoscopia. Em Julho/2019 - derrame pleural bilateral, pneumotorax à esquerda, nódulos no diafragma direito. Toracoscopia à direita: aderências entre o lobo inferior e diafragma, feita dissecação, visualizadas múltiplas lesões compatíveis com endometriose no diafragma e que se projetavam através do diafragma por cima do fígado; efectuada pleurectomia e escarificação pleural Prevista hysterectomia total+anexetomia para 09/09/2019.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 178

CONTROVÉRSIAS NA DRENAGEM TORÁCICA: INQUÉRITO SOBRE ABORDAGEM DO PNEUMOTÓRAX

Autor do trabalho:

JOSUÉ PINTO

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

Co-Autor do trabalho:

HÉLDER NOVAIS E BASTOS

Palavras-chave: DRENAGEM TORÁCICA, PNEUMOTÓRAX

Introdução: A drenagem torácica encontra-se balizada por recomendações britânicas e americanas, contudo persistem controvérsias acerca da abordagem do pneumotórax. Aspectos como a indicação para colocação de dreno ou o seu calibre apresentam alta variabilidade entre serviços e mesmo entre clínicos do mesmo serviço. O objectivo deste trabalho foi avaliar as práticas de gestão do pneumotórax e de drenagem torácica numa amostra nacional de médicos pneumologistas.

Métodos: Foi realizado um inquérito aos participantes na reunião da Comissão de Trabalho de Técnicas Endoscópicas que ocorreu a 1 de Junho de 2019. O questionário aplicado avaliou as características demográficas do médico e do respectivo hospital, a indicação para drenagem pleural em cinco situações clínicas e a modalidade utilizada (exsuflação simples, dreno torácico de pequeno ou grande calibre). O inquérito foi de carácter anónimo e todos os participantes consentiram a análise posterior das respostas. O teste estatístico de kappa de Fleiss foi usado para avaliar a concordância interobservador (interpretado segundo Landis e Koch).

Resultados: Um total de 28 participantes completaram o questionário: 96.4% da especialidade de Pneumologia, 50.0% com mais de 10 anos de experiência profissional, 71.4% exercem em hospitais centrais, 53.6% com apoio de Cirurgia Torácica e 82.1% com apoio de Radiologia de Intervenção no respectivo hospital. A exsuflação é a abordagem preferida no pneumotórax espontâneo primário sem instabilidade clínica (50%) e no pneumotórax iatrogénico (42.9%), seguido de colocação de dreno de pequeno calibre ($\leq 14F$) (28.6% em ambas as situações), colocação de dreno de grande calibre (17.9% e 21.4%, respectivamente) e vigilância (3.6% e 7.1%, respectivamente). Apenas 10.7% dos participantes opta por exsuflação nos casos de pneumotórax espontâneo secundário sem instabilidade clínica, situação em que os drenos de pequeno calibre são preferidos (50%) relativamente aos de grande calibre (35.7%). A maioria opta por colocar dreno de grande calibre em casos de pneumotórax secundário a traumatismo torácico (92.8%) e pneumotórax espontâneo secundário com instabilidade clínica (75%). A concordância interobservador global foi fraca (κ 0.21; IC 95% 0.18-0.24), denotando uma grande heterogeneidade na abordagem inicial do pneumotórax. Contudo, verificou-se uma concordância interobservador moderada no grupo com 21 a 30 anos de experiência profissional (κ 0.48; IC 95% 0.21-0.75).

Conclusão: As práticas de drenagem torácica nesta amostra nacional diferem das recomendações britânicas, nomeadamente no uso frequente de drenos de maior calibre. Tal como descrito na literatura, a concordância interobservador foi fraca, salvo a notória excepção do subgrupo com mais anos de experiência. Estes resultados sugerem a necessidade da realização de estudos prospectivos multicêntricos em Portugal sobre abordagem do pneumotórax e da elaboração de um documento de consenso nacional sobre esta temática.

PC 179

TORACOSCOPIA MÉDICA: UM RECURSO ÚTIL MAS DE ACESSO LIMITADO NUM HOSPITAL PERIFÉRICO

Autor do trabalho:

PEDRO AMERICANO

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Co-Autores do trabalho:

KARL CUNHA; BRUNO SANTOS; ISABEL RUIVO; ULISSES BRITO

Palavras-chave: TORACOSCOPIA, DERRAME PLEURAL, PLEURODESE

Introdução: a toracoscopia médica é um exame que permite ao Pneumologista aceder ao espaço pleural, com visualização direta de alterações e procedimentos diagnósticos ou terapêuticos dirigidos.

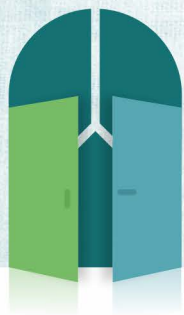
No nosso hospital, são realizadas com toracoscópio rígido, por porta única, sob anestesia geral no bloco de ambulatório. O presente trabalho destina-se a rever a casuística dos últimos 10 anos.

Resultados: De Julho de 2009 a Julho de 2019, 57 doentes foram submetidos a toracoscopia médica, 31 (54%) do sexo masculino, com idade média de 64,2 anos. As comorbilidades mais frequentes foram neoplasia de órgão sólido (25), hipertensão arterial (16), insuficiência cardíaca (8) e DPOC (6). Todos os exames foram realizados no contexto de derrame pleural recidivante, 32 com objetivo diagnóstico e terapêutico, 16 apenas terapêutico e 6 apenas diagnóstico. A demora média desde a primeira toracentese à toracoscopia foi de 2 meses, variando entre 2 semanas e 11 meses, e a média de toracenteses prévias foi de 3, variando entre 1 e 12. 5 exames não foram concretizados por múltiplas aderências pleurais e incapacidade de colapso pulmonar. Realizaram-se biópsias em 44 procedimentos, com diagnóstico em 28 (63%) delas, sendo adenocarcinoma do pulmão (7), mesotelioma maligno (7) e cancro da mama (4) os diagnósticos mais frequentes. Dos resultados negativos, apenas num se chegou a diagnóstico por exame alternativo (biópsia de massa retroperitoneal compatível com linfoma).

Realizou-se pleurodese com talco em 49 exames, com resultado bom (sem recidiva do derrame ou sintomatologia após 3 meses) em 32, razoável (controlo parcial do derrame e resolução de sintomas) em 11 e mau (sem controlo do derrame ou sintomas) em 4. Um doente necessitou de drenagem após toracoscopia por hidropneumotórax colectado complicado com *S.aureus* resistente a metacilina. Um necessitou de repetir toracenteses evacuadoras. Dois faleceram no mês seguinte à toracoscopia por progressão de doença. Ocorreram complicações ligeiras em 11 exames: 6 hipotensões, 2 hemorragias ligeiras, 2 hipoxémias e 1 infeção do local do trocar.

Conclusão: A toracoscopia médica tem revelado uma boa rentabilidade no diagnóstico de derrames pleurais recidivantes sem etiologia definida, após abordagem inicial por toracentese e biópsias pleurais cegas inconclusivas. Os resultados da pleurodese com talco realizada no mesmo acto também são bastante satisfatórios. Destaca-se a segurança do procedimento, sem complicações relevantes.

Na nossa instituição, a acessibilidade ao espaço para realizar toracoscopias condiciona por vezes um atraso significativo no diagnóstico e terapêutica de patologias, muitas vezes oncológicas. A mesma situação exige uma seleção criteriosa dos casos propostos para toracoscopia e limita a expansão desta técnica para outras indicações.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 180

O “NASCER” DE UM TERATOMA

Autor do trabalho:

ALEXANDRE MANUEL CARVALHO DA SILVA ALMENDRA

Centro hospitalar e Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

HENRIQUE CABRITA; EVA BRYSCH; CÁTIA PEREIRA; DANIEL CABRAL;
RITA MACEDO; LUÍSA BOAL; ISABEL CORREIA; CRISTINA BÁRBARAPalavras-chave: NEOPLASIAS DO MEDIASTINO; TERATOMA; CIRURGIA
TORÁCICA

Introdução: Os teratomas são tumores de células germinativas, benignos e, na sua maioria, localizam-se nos mais variados sítios. São os tumores mais frequentes do mediastino anterior, após os timomas, sendo mais comumente presentes em adultos jovens.(1) Representam cerca de 8 a 13% dos tumores nessa região e apresentam prognóstico bastante favorável com o tratamento cirúrgico..(2,3)

Relatamos o caso de uma paciente de 19 anos submetida à ressecção de teratoma cístico de mediastino anterior, descoberto na investigação etiológica de um empiema.

Caso Clínico: Sexo feminino, 19 anos de idade, não fumadora. Grávida de 17 semanas em vigilância nos Cuidados de Saúde Primários.

Doente iniciou quadro de náuseas e vômitos (não habitual na gravidez dela), febre e toracalgia no terço superior esquerdo de características pleuríticas. No SUC realizou uma telerradiografia do tórax que mostrou pulmão branco, sem broncograma aéreo e alargamento do mediastino e do estudo analítico apresentava elevação dos parâmetros de fase aguda. Foi posteriormente submetida a uma toracocentese com saída de líquido de características purulentas, tendo-lhe sido colocada uma drenagem torácica e ficou internada no serviço de Pneumologia.

Iniciou antibioterapia empírica com Amoxicilina/Ácido Clavulâmico 2.2g + Clindamicina após colheita de culturas, tendo sido isolado *Streptococcus Anginosus* sensível à Penicilina, pelo que se descalou antibioterapia para Penicilina tendo cumprido durante 22 dias.

Foi avaliada por Ginecologia/Obstetrícia, encontrando-se o feto sem sinais de sofrimento fetal.

Da Investigação etiológica realizou :

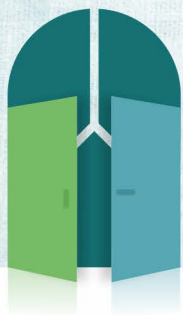
- Videobroncoscopia: BPE reduzido a uma fenda por compressão extrínseca, mucosa edemaciada e esporão do tronco comum alargado. A citologia das biópsias foi negativa
- EBUS: identificação de pequenas adenopatias nas estações 4L, 4R, 7 e a de maior dimensão 11L (8mm) que foi puncionada e cuja anatomia patológica revelou gânglio linfático com padrão reaccional.
- RM Tórax: volumosa massa no mediastino anterior e superior com componente líquido e sólido, aparentemente capsulada e com efeito de massa sobre o pulmão esquerdo e coração.

Discutiu-se abordagem cirúrgica com a Cirurgia Torácica do HPV que aceitou operar a doente, não havendo contra-indicações por parte da Obstetrícia.

Foi submetida a exérese do tumor do mediastino anterior e descorticação à esquerda pelo procedimento de clamshell, durante 14h. O resultado anatomopatológico demonstrou um teratoma quisto maduro com intensa reação inflamatória do tipo corpo estranho e múltiplas calcificações.

No pós-operatório tanto a doente como o feto encontravam-se bem. De destacar como única intercorrência parestesias dos membros superiores (+ à direita) encontrando-se atualmente num programa de reabilitação motora.

Conclusão: Os teratomas, tal como todos os tumores do mediastino, têm muitas vezes sintomatologia inespecífica, sendo o seu diagnóstico realizado muitas vezes como achados imagiológicos. No caso relatado, a paciente apresenta-se com um empiema secundário à ruptura do teratoma e da investigação etiológica descobriu-se uma massa do mediastino. Uma vez que era uma paciente jovem e grávida e sem possibilidade de diagnóstico por meios menos invasivos, procedeu-se à excisão cirúrgica da massa que revelou ser um teratoma. Para facilitar o diagnóstico pré-operatório e evitar o diagnóstico incorreto dessa doença rara, mais casos precisarão ser relatados



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 181

DERRAME PLEURAL COMO MANIFESTAÇÃO RARA DA SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA IDIOPÁTICA - RELATO DE CASO

Autor do trabalho:

ANDREÍNA VASCONCELOS

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

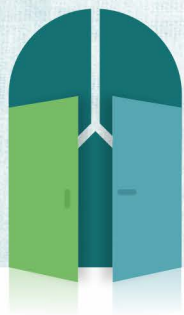
Co-Autores do trabalho:

CATARINA CASCAIS COSTA; CARLOS FD RODRIGUES; GISELA FERREIRA; BÁRBARA RODRIGUES

Palavras-chave: DERRAME PLEURAL, EOSINOFILIA

de eosinófilos $\geq 1,5 \times 10^9/L$ associada ou não a infiltração de órgão e o seu diagnóstico requer a exclusão de causas secundárias de eosinofilia. O interesse deste caso incide no fato de se apresentar unicamente por DP eosinofílico (DPE), sem qualquer outro envolvimento, nomeadamente cardíaco. Até onde sabemos, apenas alguns casos semelhantes foram relatados até o momento. Contudo, DPE sem causa aparente associado a eosinofilia periférica na ausência de outros achados deveriam colocar esta entidade como provável hipótese. Torna-se essencial a cooperação com a hematologia para a confirmação diagnóstica.

Relata-se o caso clínico de uma mulher de 55 anos, não fumadora com antecedentes de anemia crônica leve, vitiligo e hipotireoidismo autoimune sob suplementação, que foi internada para estudo de derrame pleural direito (DP) moderado. Apresentava um quadro de dispneia progressiva para pequenos esforços e tosse seca com uma semana de evolução, contudo sem febre ou sintomas constitucionais. Nega alergias, exposição ao pó, ar condicionado, animais, início de novos medicamentos, trauma ou cirurgia recente. A admissão apresentava leucocitose e eosinofilia ($4,46 \times 10^9/L$) e DP exsudativo serohemático com pH e glicose normais e 80-90% de eosinófilos. Do estudo apresentava velocidade de sedimentação e IgE normais, assim como o estudo imunológico foi negativo. A pesquisa de parasitas nas fezes e de *Cryptosporidium parvum*/giardia lamblia foram negativas. As citologias do líquido pleural (LP) e do aspirado brônquico foram negativas para células malignas e as culturas dos mesmos foram negativas para bactérias, micobactérias e fungos. Ecocardiograma sem evidência de derrame pericárdico ou cardiomiopatia infiltrativa, endoscopia e colonoscopia foram normais. A TC toraco-abdomino-pélvica e angio-TC torácica não mostraram neoplasias, alterações parenquimatosas ou sinais de embolia, no entanto, verificou-se um espessamento irregular da bexiga, mas a cistoscopia foi normal. Efetuada toracoscopia médica que mostrou um nódulo pleural inespecífico, cujas biópsias revelaram granuloma eosinofílico, CD45+ e CD68+. Perante o estudo inconclusivo, a doente realizou um extenso estudo hematológico, onde se verificou um déficit de vitamina B12 e normalidade sérica para a triptase. O esfregaço de sangue periférico mostrou eosinofilia sem blastos. A aspiração da medula óssea revelou hiperplasia mielóide marcada por precursores eosinofílicos, blastos indiferenciados normais, ausência de microrganismos ou células neoplásicas. O cariótipo foi normal e a citometria de fluxo da medula óssea detetou 51% de eosinófilos normais e 1,8% de blastos. A biópsia da medula óssea revelou hiperplasia mielóide com predomínio do componente eosinofílico. Os rearranjos de PDGFRalfa, PDGFRbeta e FGFR1 por FISH e BCR-ABL1 e JAK2V617F por biologia molecular foram negativos pelo que foi admitido o diagnóstico de síndrome hipereosinofílica idiopática (SHEI). Durante o internamento apresentou um aumento progressivo da eosinofilia (máximo $10 \times 10^9/L$) associado a altos volumes de drenagem torácica. Realizou metilprednisolona (1mg/kg/dia) com resolução rápida do DP e normalização da contagem de eosinófilos. Uma semana após a alta, apresentou novamente eosinofilia ($1,92 \times 10^9/L$), pelo que iniciou 10mg id de prednisolona. Atualmente, está assintomática e sem eosinofilia com uma dose mínima de 5mg id de prednisolona. A SHEI é um distúrbio raro caracterizado por uma contagem periférica



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 182

O IMPROVÁVEL DIAGNÓSTICO DE UM NUT MIDLINE CARCINOMA

Autor do trabalho:

ANDREÍNA VASCONCELOS

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

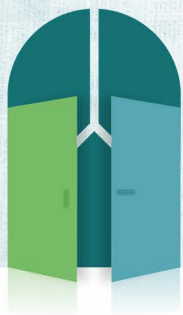
Co-Autores do trabalho:

DANIELA MEIRELES; CATARINA CASCAIS COSTA; CARLOS FD RODRIGUES; ANA LUÍS GARCIA; BÁRBARA RODRIGUES

Palavras-chave: DERRAME PLEURAL, CARCINOMA

Relata-se o caso clínico de uma jovem de 23 anos com antecedentes de doença renal poliquística (DRP) e hipertensão arterial medicada com enalapril, que recorre ao Serviço de Urgência (SU) com quadro de 5 semanas de evolução de dor torácica e lombar esquerda que agravam com a inspiração, dispneia para médios esforços e febre nos últimos 5 dias (Temperatura máxima de 38.5°C). Negou náuseas, vômitos, tosse, expectoração ou sintomas gastrointestinais. Ao exame físico apresentava-se febril (38.2°C) e com murmúrio vesicular diminuído nas bases. Sem sinais de dificuldade respiratória. Abdómen mole e depressível. Prova punho-percussão lombar negativa. Analiticamente com parâmetros inflamatórios aumentados. Radiologicamente com opacidade homogênea no terço inferior esquerdo sugestivo de derrame pleural. Realizada toracocentese com saída de líquido pleural (LP) citrino, exsudativo com predomínio de neutrófilos (70%), com glicose e pH normais. Iniciada antibioterapia com amoxicilina/clavulanato e azitromicina. Realizadas biópsias pleurais percutâneas e colocado dreno torácico. Do estudo analítico efetuado destaca-se elevação progressiva dos parâmetros inflamatórios, alfa feto proteína de 380.9ng/mL (N<8.1) e beta-HCG negativo. O estudo microbiológico do LP e BP foram negativos, assim como a pesquisa de células neoplásicas. TC toraco-abdomino-pélvica evidenciou derrame pleural esquerdo e massa pleurais, estando uma delas a causar invasão de corpo vertebral dorsal com destruição óssea. Identificado também áreas de densificação pulmonar esquerda com realce heterogêneo, não se podendo excluir natureza tumoral. Presença de adenopatias mediastínicas e a nível hepático área nodular compatível com metástase. Rins com múltiplos quistos compatível DRP. Broncofibroscopia sem alterações de relevo. Aspirado brônquico e lavado brônquico negativo para células neoplásicas. Perante o agravamento do derrame loculado esquerdo e suspeita de lesão neoplásica para-vertebral esquerda foi referenciada para Cirurgia Torácica onde foi submetida a biópsias cirúrgicas de massas pleurais (grelha costal, paravertebral e diafragmática) e pleurodese. O resultado histológico foi compatível com NUT midline carcinoma. Dado o declínio acelerado do estado geral, dor não controlada e náuseas foi transferida para os Cuidados Paliativos onde foi submetida radioterapia torácica para controlo da dor, mas sem benefício pelo que teve escalada progressiva da terapêutica analgésica. Doente acabou por falecer 7 semanas após ter sido admitida no SU. O NUT midline carcinoma é uma neoplasia rara definida geneticamente por rearranjos no gene NUT. Afeta maioritariamente crianças e adultos jovens e não é específico de nenhum órgão ou tecido, mas aparece preferencialmente na região da cabeça, pescoço e mediastino. Trata-se de um tumor agressivo e invariavelmente fatal com uma sobrevida média de 9 meses. No momento

do diagnóstico a maioria dos doentes encontram-se num estágio avançado e raramente ressecável. Atualmente, não existe nenhum tipo de tratamento específico, dado o número reduzido de casos, sendo na sua maioria refratário aos tratamentos convencionais. No entanto, as alterações moleculares são conhecidas, o que alimenta a investigação no sentido de encontrar um tratamento adequado e eficaz.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 183

UM CASO RARO DE HIDROTÓRAX NA SÍNDROME DE BUDD-CHIARI**Autor do trabalho:****ANA ALFAIATE**

Serviço de Pneumologia, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E., Setúbal, Portugal

Co-Autores do trabalho:

JOANA PATRÍCIO; CRISTINA BRAÇO-FORTE; VERA DURÃO; FRANCISCO DIAZ; CAROLINA TORRES; ANA P. OLIVEIRA; ANA CYSNEIROS; SUSANA CARREIRA; SUSANA SOUSA; IVONE FERNANDES; PAULA DUARTE

Palavras-chave: HIDROTÓRAX; SÍNDROME DE BUDD CHIARI; POLICITEMIA

Doente do sexo feminino, 42 anos, não fumadora, com antecedentes pessoais de policitemia vera diagnosticada em 2005 (mutação JAK-2 V617F) e medicada com hidroxiureia.

Internada no Serviço de Pneumologia com quadro de cansaço, emagrecimento e sudorese noturna. Ao exame objetivo, apresentava murmúrio vesicular abolido no campo pulmonar direito e, a nível abdominal, bordo hepático palpável 7cm abaixo da grelha costal com proeminência dos flancos. Analiticamente destacava-se Hb 15,6 g/dL; Htc 46%. A radiografia de tórax evidenciou hipotransparência homogênea do hemicampo pulmonar direito sugestivo de volumoso derrame pleural.

Foi submetida a toracocenteses diagnósticas e evacuadoras e biópsias pleurais, cujos resultados do líquido pleural viriam a evidenciar um exsudado com predomínio de linfócitos e ADA normal; várias amostras com exame bacteriológico, micobacteriológico e micológico negativos; 1 amostra com exame micobacteriológico direto positivo e com teste molecular e cultural com identificação de *Mycobacterium tuberculosis complex* (MTC); citologia negativa para células neoplásicas. As biópsias pleurais com infiltrado inflamatório crónico e hiperplasia mesotelial reativa.

A Tomografia Computorizada do tórax após colocação de dreno torácico evidenciou: ligeiro derrame pleural à direita com aumento da espessura dos folhetos pleurais condicionando colapso do lobo inferior direito.

Foi submetida a broncofibroscopia, que mostrou sinais de compressão extrínseca ao nível do brônquio lobar inferior direito. Os exames microbiológicos do lavado brônquico foram negativos, bem como a citologia para células neoplásicas.

Perante o quadro de derrame pleural recidivante e o isolamento de MTC numa das amostras de líquido pleural optou-se pelo início da terapêutica antibacilar de primeira linha após a disponibilização desse resultado.

Foi submetida a toracosopia cirúrgica vídeo-assistida com biópsias pleurais, com evidência de espessamento fibroso, infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, hiperplasia mesotelial, congestão e sinais hemorrágicos, sem neoplasia. A pesquisa de microorganismos na peça cirúrgica e líquido pleural foi negativa.

Foi realizada ecografia abdominal com documentação de hepatomegalia sem lesões focais e esplenomegalia.

Por agravamento da ascite, foi submetida a paracentese destacando-se no resultado do líquido ascítico: ADA normal e microbiologia negativa.

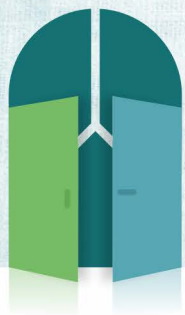
Perante a manutenção do derrame pleural e ascite, considerou-se a hipótese de hipertensão portal não cirrótica por trombose das veias

supra-hepáticas. Neste sentido, foi submetida a eco-doppler abdominal que não permitiu excluir trombose, endoscopia digestiva alta sem evidência de varizes esofágicas e a ressonância magnética abdominal que evidenciou hepatomegalia homogênea, esplenomegalia, ascite, compressão da veia cava inferior, e alterações sugestivas de trombose das veias supra-hepáticas no contexto da Síndrome de Budd-Chiari (SBC).

A doente iniciou anticoagulação terapêutica e, posteriormente, foi submetida a tentativa de shunt porto-sistémico intra-hepático transjugular, no entanto, sem possibilidade de repermeabilização por trombose extensa. Encontra-se atualmente em avaliação na consulta de transplante hepático.

Conclusão: A SBC é uma doença rara e a policitemia vera é considerada a sua causa mais frequente (10-40% dos casos). Já a mutação JAK-2 V617F está presente em 40 a 60% dos doentes com SBC.

As manifestações clínicas desta síndrome dependem da extensão e rapidez da oclusão venosa, bem como do desenvolvimento de circulação colateral, sendo que a presença de hidrotórax na apresentação inicial não é frequente.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 184

QUILOTÓRAX TRANSUDADO: ASSOCIAÇÃO RARA NA CIRROSE HEPÁTICA

Autor do trabalho:

ANATILDE TRINDADE

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Co-Autores do trabalho:

ANDRÉ FABIANO; MIGUEL GUIA; LUÍS CARRETO; CÁTIA D'ARAÚJO;
FERNANDO RODRIGUES

Palavras-chave: QUILOÓTRAX; TRANSUDADO; CIRROSE HEPÁTICA

Introdução: O quilotórax é uma entidade rara cujas causas dividem-se em traumáticas e não traumáticas. Dentro das não traumáticas, a obstrução do ducto torácico por neoplasia é a mais comum, sendo diagnosticado linfoma em cerca de 70% dos casos. O líquido é geralmente um exsudado linfocítico.

Caso clínico: Os autores apresentam um doente de 80 anos, não fumador, com múltiplos antecedentes de: asma alérgica, síndrome de apneia obstrutiva do sono, obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença hepática etanólica, insuficiência renal crónica e colelitíase. Tem queixas com seis meses de evolução de cansaço progressivo, anorexia, astenia e perda ponderal não quantificada. Concomitantemente referia aumento do volume abdominal, ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema dos membros inferiores. O doente negava febre, tosse, expectoração. Uma ecografia abdominal de ambulatório mostrava fígado de dimensões reduzidas, vesícula com lama biliar, esplenomegália e ascite. Analiticamente apresentava discreta alteração das enzimas AST e ALT na ordem dos 50 U/L, FA 200 U/L, e creatinina 1.25 mg/dL. O perfil lipídico sérico não tinha alterações.

Constata-se derrame pleural direito em radiografia do tórax, pelo que é realizada toracocentese, com drenagem de 1800 cc de líquido turvo, com pH de 7.04. O doente é imediatamente internado no Serviço de Pneumologia para estudo célere.

Do estudo do derrame destacou-se: 700 células/uL, ADA 9 U/L, glicose 449 mg/dL, com critérios de Light de transudado (proteínas 2.7 g/dL, LDH 100 U/L), colesterol normal e triglicéridos aumentados de 251 mg/dL. Assim, admitiu-se tratar-se de um quilotórax direito de etiologia a esclarecer.

Uma TAC toraco-abdomino-pélvica salientava: fígado cirrótico; vesícula biliar com irregularidade na interface da vesícula com a loca vesicular nos seus planos superiores, compatível com adenocarcinoma vesicular; e ascite de pequeno volume, sobretudo subfrénica.

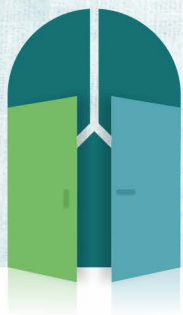
Não havia evidência de doença linfoproliferativa, nem de lesões traumáticas do ducto torácico.

Tendo sido excluído linfoma e sendo o líquido pleural um transudado, admitiu-se como etiologia mais provável a co-existência de quilotórax e hidrotórax em contexto de cirrose hepática.

O doente iniciou terapêutica com dieta hipolipídica enriquecida com triglicéridos de cadeia média, e a terapêutica diurética foi otimizada. Após uma segunda toracocentese, em que o fluido manteve as mesmas características, o derrame não recidivou.

Discussão e Conclusão: Há poucos casos descritos na literatura de quilotórax transudado.

Dentro da raridade, estão mais associados à cirrose hepática. A fisiopatologia desta associação é incerta, mas alguns autores defendem que ocorra por translocação de fluido ascítico quiloso através do diafragma para o espaço pleural. Nesta situação em concreto, o volume de ascite não era abordável, pelo que a sua composição é desconhecida. O adenocarcinoma vesicular parece ter sido um achado clínico, facto defendido pela ausência de recidiva do derrame após optimização da terapêutica médica. O presente caso alerta sobre a importância de reconhecer esta associação em contexto da cirrose hepática.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 185

PREDITORES ASSOCIADOS AO SUCESSO DA PLEURODESE E SOBREVIVÊNCIA NO DERRAME PLEURAL MALIGNO

Autor do trabalho:

SOFIA SOUSA

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

JOÃO CALDEIRA; YVETTE MARTINS; ANA FIGUEIREDO

Palavras-chave: PLEURODESE, DERRAME PLEURAL MALIGNO

Introdução: O derrame pleural maligno (DPM) diminui drasticamente a qualidade de vida e sobrevivência dos doentes oncológicos. Existem múltiplas abordagens paliativas para drenagem do derrame e também para impedir a sua recidiva. A pleurodese com talco slurry continua a ser uma das opções terapêuticas mais comum e eficaz em doentes sintomáticos e com expectativa de vida superior a 2-3 meses.

Objetivos: Identificar os fatores preditivos relacionados com eficácia da pleurodese por talco slurry em doentes com DPM.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com derrame pleural maligno submetidos a pleurodese com talco slurry durante um período de 10 anos no Serviço de Pneumologia. Critérios de inclusão: malignidade pleural comprovada por citologia e/ou histologia e informação acerca dos parâmetros bioquímicos do líquido pleural. A eficácia foi definida como a ausência de recorrência do derrame pleural. A sobrevivência foi considerada desde a data da pleurodese até a morte ou à data da última consulta.

Resultados: Foram incluídos um total de 29 doentes com DPM submetidos a pleurodese. A média de idade foi de 76 ± 12 anos com uma prevalência do sexo masculino (57,1%). O grupo incluiu 19 (67,9%) doentes com cancro do pulmão, 3 (10,7%) com cancro da mama, 2 (7,1%) com linfoma, um (3,6%) com mesotelioma, um (3,6%) com cancro do pâncreas, um (3,6%) com cancro gástrico e um (3,6%) com neoplasia de origem desconhecida. A pleurodese apresentou uma taxa total de sucesso de 75% (taxa de 68,4% nos casos de cancro do pulmão e de 100% nos restantes casos de neoplasias). A idade e o sexo não apresentaram uma associação estatisticamente significativa com o sucesso da técnica ($p > 0,05$), no entanto, verificou-se uma tendência do sexo masculino em apresentar maiores taxas de recidiva. Relativamente aos parâmetros bioquímicos do líquido pleural, um $pH \geq 7,3$ e glucose $> 60 \text{ mg/dl}$ associaram-se ao sucesso da pleurodese ($p < 0,05$). Por outro lado, o valor de LDH, ADA, proteínas e a contagem celular não demonstraram qualquer associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$). A média de sobrevida total foi de 17 meses (1-30) e revelou-se menor nos doentes em que a pleurodese não foi eficaz (média $19,1 \pm 8,4$ vs $10,7 \pm 8,3$ meses, respectivamente, $p < 0,05$).

Conclusão: Tal como descrito na literatura, a pleurodese apresentou uma taxa de sucesso de aproximadamente 70%, com o derrame pleural associado ao cancro do pulmão a ser particularmente propenso a recidiva. Apenas dois parâmetros do líquido pleural estiveram associados à taxa de sucesso da pleurodese: $pH \geq 7,30$ e a glicose $> 60 \text{ mg/dl}$. Estes fatores devem ser tidos em conta para prever o momento da pleurodese e a probabilidade de recidiva.

PC 186

ÍNDICE DE AUTOEFICÁCIA ADAPTADO PARA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA (PRAISE) - VALIDAÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

Autor do trabalho:

CATARINA DUARTE SANTOS

Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Saúde Ambiental; Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente, Unidade de Reabilitação Respiratória

Co-Autores do trabalho:

ANA JOÃO SANTOS; MARGARIDA SANTOS; FÁTIMA RODRIGUES; CRISTINA BÁRBARA

Palavras-chave: AUTOEFICÁCIA; PRAISE; VALIDADE; REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

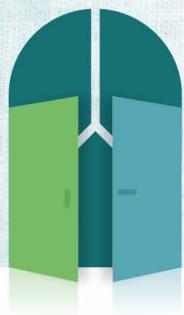
Introdução: As mais recentes recomendações internacionais em Reabilitação Respiratória realçam a importância da autoeficácia dos doentes respiratórios na manutenção a longo prazo de comportamentos promotores de saúde. Albert Bandura definiu autoeficácia como um constructo pessoal sobre o potencial de sucesso na concretização de um comportamento produtor de um resultado desejado. Estudos indicam que a crença de uma elevada autoeficácia está positivamente associada a uma maior adesão e melhores resultados na Reabilitação Respiratória, bem como a uma redução do tempo de sedentarismo nos doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica após a frequência de um programa de Reabilitação Respiratória. O Índice de Autoeficácia adaptado para a Reabilitação Respiratória (PRAISE) é uma adaptação da Escala Geral de Autoeficácia, acrescentando 5 novos itens específicos da Reabilitação Respiratória. A escala varia na sua pontuação entre 15 e 60, com valores superiores indicando maior autoeficácia.

Objetivos: Este estudo teve como objetivos traduzir e adaptar culturalmente o PRAISE, avaliando ainda a sua confiabilidade e validade em doentes respiratórios portugueses.

Material e Métodos: Tradução e retroversão do PRAISE e realização de teste piloto. Avaliação da validade de conteúdo por um painel multidisciplinar de peritos. Estudo transversal com a participação de 150 doentes respiratórios em programa ambulatorial de Reabilitação Respiratória para avaliar a confiabilidade e a validade do instrumento. Análise descritiva, análise de confiabilidade e análise fatorial exploratória aplicando o método dos principais eixos fatoriais e subsequente rotação fatorial oblíqua simples, para identificação da validade de constructo. Análise estatística através da versão 22 do IBM® SPSS®.

Resultados: Os 150 doentes respiratórios apresentaram uma idade média de 67 anos, 54% do género masculino e 83% em programa de Reabilitação Respiratória no Hospital Pulido Valente em Lisboa. Foram incluídos doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (46,7%), Bronquiectasias (20%), Doença do Interstício Pulmonar (20%) e outras doenças respiratórias. A extração da análise fatorial exploratória apresentou uma solução de 4 fatores explicando cumulativamente 52,3% da variância total (F1: 26,6%; F2: 9,7%; F3: 8,7%; F4: 7,3%). A versão Portuguesa do PRAISE apresenta uma confiabilidade de 0,78 de alpha de Chronbach.

Conclusões: A versão Portuguesa do PRAISE apresenta propriedades psicométricas ajustadas para a utilização deste instrumento na medição da autoeficácia enquanto resultado centrado no doente em Reabilitação Respiratória, em conformidade com as orientações internacionais.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 187

MÍNIMA DIFERENÇA DE IMPORTÂNCIA CLÍNICA DA BRIEF-BESTEST EM PESSOAS COM DPOC DEPOIS DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

Autores do trabalho:

ALDA MARQUES; CÁTIA PAIXÃO

Laboratório de Investigação e Reabilitação Respiratória (Lab3R) da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Co-Autores do trabalho:

ANA OLIVEIRA; PATRÍCIA REBELO; CRISTINA JÁCOME; JOANA CRUZ;
VITÓRIA MARTINS; PAULA SIMÃO

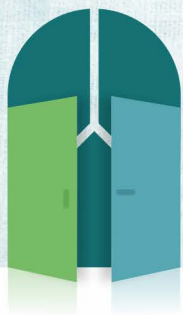
Palavras-chave: MDIC; EQUILÍBRIO; REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA; DPOC

As pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) apresentam pior equilíbrio e caem mais do que os seus pares saudáveis. Assim, a necessidade de integrar a avaliação e a gestão do equilíbrio no processo de reabilitação destes doentes foi enfatizado na última orientação da American Thoracic Society/European Respiratory Society. A Brief-Balance Evaluation System Test (Brief-BESTest) é uma medida de equilíbrio abrangente, fiável e válida, comumente usada em pessoas com DPOC, que fornece informação importante para personalizar o treino de equilíbrio durante a reabilitação respiratória (RR). Contudo, a sua interpretabilidade clínica é atualmente limitada devido à falta de pontos de corte que identifiquem as diferenças clinicamente relevantes. Assim, este estudo visou estabelecer a mínima diferença de importância clínica (MDIC) para a Brief-BESTest, após um programa de RR comunitária, em pessoas com DPOC.

Realizou-se um estudo observacional prospetivo, parte de um estudo maior (3R: revitalizar a reabilitação respiratória). Pessoas com DPOC estável completaram um programa de RR comunitária de 12 semanas com duas sessões semanais de treino de exercício físico e uma sessão quinzenal de educação e apoio psicossocial. Foram recolhidas as seguintes medidas: Brief-BESTest, teste de marcha dos 6 minutos (TM6M) e a escala modified Medical Research Council (mMRC). Todas as medidas foram avaliadas antes e após a RR. A MDIC foi calculada usando métodos de distribuição e de âncora. O erro standard da medida (ESM), $1,96 \times \text{ESM}$, $0,5 \times \text{desvio-padrão}$, mínima diferença detetável com 95% de confiança (MDC95) e o tamanho do efeito de Cohen foram usados como métodos de distribuição. As âncoras usadas foram as diferenças no TM6M e na mMRC, as quais para serem usadas no cálculo da MDIC, deveriam apresentar uma correlação moderada, i.e., $\geq 0,3$ com a diferença na Brief-BESTest. A variável das diferenças e as regressões lineares foram calculadas para estimar a MDIC dos métodos de âncora. O modelo de qualidade dos efeitos pesando 2/3 para os métodos de âncora e 1/3 para os de distribuição foi usado e os valores agrupados foram obtidos usando o MetaXL.

Sessenta e três pessoas com DPOC ($68,6 \pm 8,1$ anos; 49 [77,8%] homens; $\text{FEV}_1 49,3 \pm 17,8$ %previsto) foram incluídas na análise. A MDIC baseada nos métodos de distribuição variou entre 2,04 e 5,64 pontos. Foram encontradas correlações significativas entre as diferenças da Brief-BESTest e as diferenças do TM6M ($r=0,33$; $p=0,008$) e da mMRC ($r=-0,30$; $p=0,016$). A MDIC baseada nos métodos de âncora variou entre 2,44 e 3,32 pontos. A figura 1 demonstra que a MDIC agrupada foi de 3,2 pontos (95% Intervalo de Confiança 1,93-4,40).

Uma melhoria de 3,2 pontos na Brief-BESTest parece ser clinicamente significativa em pessoas com DPOC após um programa de RR comunitária. Investigação futura usando outras medidas de equilíbrio como âncora seria útil para validar os nossos resultados. A MDIC estimada da Brief-BESTest irá ajudar os profissionais de saúde a interpretar os efeitos da RR no desempenho do equilíbrio e a orientar intervenções personalizadas.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 188

A FADIGA PREDIZ EXACERBAÇÕES DURANTE PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO EM DOENTES COM DPOC.

Autores do trabalho:

ALDA MARQUES; PATRÍCIA REBELO

Laboratório de Investigação e Reabilitação Respiratória (Lab3R) da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Co-Autores do trabalho:

ANA OLIVEIRA; LÍLIA ANDRADE; CARLA VALENTE

Palavras-chave: FADIGA; EXACERBAÇÕES; APTIDÃO DE PREDIÇÃO; FACIT; CIS.

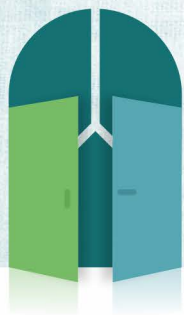
As exacerbações agudas da doença pulmonar obstrutiva crónica (EADPOC) são a principal causa do declínio clínico destes doentes e são difíceis de prever. A reabilitação respiratória (RR), entre enúmeros outros benefícios, reduz a frequência das EADPOC e melhora a fadiga, um sintoma oneroso e extremamente prevalente nas pessoas com DPOC.

Embora a associação entre a fadiga, morbilidade, mortalidade e EADPOC já esteja estabelecida, a capacidade de prognóstico da fadiga para detetar as EADPOC durante a RR é ainda desconhecida. Este estudo explorou a capacidade preditiva das subescalas da fadiga da functional assessment of chronic illness therapy (FACIT-FS) e da checklist of individual strength (CIS-FS) para diferenciar doentes que experienciaram e não experienciaram uma EADPOC durante o programa de RR.

Realizou-se um estudo observacional prospetivo, incluído num projeto de maior dimensão (3R: Revitalizar a Reabilitação Respiratória). Os doentes com DPOC em fase estável completaram um programa de RR comunitário de 12 semanas. A fadiga foi avaliada antes do início da RR com a FACIT-FS e a CIS-FS. As EADPOC foram definidas como um agravamento agudo dos sintomas respiratórios com consequente necessidade de terapia adicional. A ocorrência das EADPOC durante a RR foi auto-reportada pelos doentes e registada pelos fisioterapeutas que os acompanhavam. Para avaliar as diferenças nas pontuações da fadiga entre os doentes que experienciaram e aqueles que não experienciaram uma EADPOC foram usados independent-t tests. Para explorar as associações entre a FACIT-FS e CIS-FS e a ocorrência de EADPOC foram usados os coeficientes de correlação ponto bisserial (rpb). Para verificar a aptidão da FACIT-FS e da CIS-FS para prever as EADPOC foram realizadas curvas Receiver Operating Characteristic (ROC) e determinados os respetivos pontos de corte e likelihood ratios (LR).

Foram incluídos na análise 53 doentes com DPOC [68.4±7.6anos; 42 (79.2%) homens; FEV1 48.1±17.4 %previsto]. 13 doentes (24.5%) experienciaram uma EADPOC durante a RR e, na avaliação inicial, apresentaram níveis significativamente superiores de fadiga comparativamente aos doentes sem EADPOC (FACIT-FS: 28.5±7.1 vs. 34.8±10.3, p=0.044; CIS-FS: 44.1±8.4 vs. 34.5±13.2, p=0.018). A FACIT-FS e a CIS-FS demonstraram ter boa capacidade para distinguir entre doentes que experienciaram e não experienciaram EADPOC durante a RR (FACIT-FS: AUC=0.71; 95%IC 0.58 to 0.85; p=0.021; CIS-FS: AUC=0.72; 95%IC 0.57 to 0.87; p=0.019). Pontos de corte de 32 pontos na FACIT-FS e de 44 pontos na CIS-FS estão associados a um LR de 2.2 em identificar pessoas com EADPOC durante a RR (sensibilidade=68% e especificidade=69%).

Doentes que pontuem acima (CIS-FS) ou abaixo (FACIT-FS) dos pontos de corte estabelecidos têm um aumento de probabilidade de cerca de 15% de ter uma EADPOC durante a RR. Estes resultados realçam a necessidade de avaliar a fadiga nos doentes com DPOC de forma compreensiva, bem como de se desenvolver intervenções direcionadas à sua gestão durante os programas de RR. Estudos futuros que incluam doentes que não estão em RR são necessários para confirmar a validade externa dos nossos resultados.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
COMENTADOS

PC 189

TELEMONITORIZAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA VIDA DIÁRIA: BENEFÍCIOS ACRESCIDOS PARA O DOENTE EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

Autor do trabalho:

CATARINA DUARTE SANTOS

Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Saúde Ambiental; Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente, Unidade de Reabilitação Respiratória

Co-Autores do trabalho:

RUI CÉSAR DAS NEVES; FÁTIMA RODRIGUES; CRISTINA BÁRBARA

Palavras-chave: TELEMONITORIZAÇÃO, ATIVIDADE FÍSICA, REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA, MEDICINA PERSONALIZADA

Introdução: As novas tecnologias de informação são uma ferramenta promissora para a modernização dos serviços de saúde e com um enorme potencial na prática da medicina personalizada. A Unidade de Reabilitação Respiratória do Hospital Pulido Valente incorporou desde há um ano na sua rotina clínica a avaliação da atividade física na vida diária dos doentes respiratórios, através de um sistema de telemonitorização com acelerometria e oximetria síncronas, o SMARTREAB. Um princípio basilar de qualidade desta metodologia foi o processo partilhado entre o doente e a equipa clínica na análise dos dados monitorizados contextualizando os dados qualitativos reportados.

Objetivos: Ilustrar casos exemplificativos da aplicabilidade da telemonitorização da atividade física na vida diária do doente respiratório crónico na individualização da sua avaliação e da sua Reabilitação Respiratória.

Métodos: Estudo longitudinal de um ano com avaliações sistemáticas da atividade física na vida diária de 100 doentes respiratórios crónicos através da metodologia SMARTREAB.

Resultados: Esta metodologia traduziu-se numa inovação e organização do serviço prestado ao doente, com resultados preliminares de acrescido benefício para a qualidade dos cuidados de saúde sob formas diversas: na programação de objetivos específicos para o programa de Reabilitação Respiratória, na correção de hábitos de rotina com ganhos em saúde na vida diária, no acompanhamento da manutenção de hábitos saudáveis de atividade física e na deteção precoce de exacerbações indiciando episódios hospitalares evitáveis.

Conclusões: A telemonitorização da atividade física na vida diária do doente respiratório crónico, integrando o doente numa análise participada dos dados personalizados objetivos e qualitativos, trouxe benefícios acrescidos para o doente e para a sua Reabilitação Respiratória.

PC 190

OS PRIMEIROS PASSOS DA TELEREABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA DOMICILIÁRIA NO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

Autor do trabalho:

CATARINA DUARTE SANTOS

Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Saúde Ambiental; Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente, Unidade de Reabilitação Respiratória

Co-Autores do trabalho:

FÁTIMA RODRIGUES; PAULA PAMPLONA; CRISTINA BÁRBARA

Palavras-chave: REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA, TELEMEDICINA, NOVAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO, DPOC

Introdução: A Reabilitação Respiratória é cientificamente reconhecida como a terapêutica com maior eficácia na melhoria da qualidade de vida e na redução dos internamentos e da mortalidade em doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Contudo, a acessibilidade destes doentes à Reabilitação Respiratória em Portugal é inferior a 1%, suportada maioritariamente por 24 centros de base hospitalar. A telemedicina aplicada à reabilitação no domicílio, com resultados comprovados de custo-efetividade, surge neste contexto, como uma das áreas mais promissoras na otimização da acessibilidade a esta terapêutica. **Objetivo:** Teste piloto de um modelo de TeleReabilitação Respiratória Domiciliária, potenciando esta área de intervenção terapêutica através das novas tecnologias ao serviço do cidadão.

Métodos: Projeto enquadrado no Programa de valorização do percurso do doente no Serviço Nacional de Saúde e alinhado com o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. Fase de pré-implementação com teste piloto em 5 doentes com DPOC mediante consentimento esclarecido. Após 1 mês de sessões de ensino e treino de exercício em programa ambulatorial hospitalar na Unidade de Reabilitação Respiratória do Hospital Pulido Valente em Lisboa, os doentes em programa transitaram exclusivamente para o contexto domiciliário, realizando treino de exercício sob monitorização remota hospitalar por mais 2 meses sob o formato de videochamada agendada com a fisioterapeuta. As avaliações clínicas pré e pós programa foram realizadas em ambiente hospitalar.

Resultados: O teste piloto do modelo de TeleReabilitação Respiratória Domiciliária foi bem sucedido, apresentando elevados índices de adesão e satisfação por parte dos doentes. A metodologia implementada foi inclusiva e instrutiva na aplicação das novas tecnologias, promovendo a auto-eficácia na gestão da doença, particularmente no programa de treino de exercício e plano de atividade física na vida diária. Os testes de terreno e questionários aplicados evidenciaram benefícios comparáveis ao modelo tradicional de Reabilitação Respiratória.

Conclusões: O modelo de TeleReabilitação Respiratória Domiciliária testado em fase piloto permitiu validar operacionalmente a aplicação das novas tecnologias ao serviço do cidadão, modernizando e reorganizando a prestação dos cuidados de saúde em Reabilitação Respiratória, com impacto na doença a nível pessoal, familiar e na sociedade.