

35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 001 **MASSA PULMONAR EM DOENTE COM LINFOMA LINFOCÍTICO CRÔNICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Pág.5

PE 002 **NEOPLASIA PULMONAR – PARECE MAS NÃO É**

Pág.5

PE 003 **MODELAÇÃO DE PATHWAY DO CANCRO DO PULMÃO: ANÁLISE TRANSVERSAL DO PROCESSO DE DIAGNÓSTICO, ESTADIAMENTO E DECISÃO TERAPÊUTICA**

Pág.6

PE 004 **LEIOMIOMA BENIGNO METASTIZANTE DO PULMÃO – 26 ANOS DEPOIS, QUEM EXISTE SEMPRE APARECE**

Pág.7

PE 005 **MASSA MEDIASTÍNICA NUM JOVEM ADULTO – SERÁ SEMPRE FÁCIL DE RECONHECER?**

Pág.7

PE 006 **CARCINOMATOSE PERITONEAL, UMA CONDIÇÃO RARA NO ADENO-CARCINOMA PULMONAR**

Pág.8

PE 007 **PNEUMOPERICARDIO, UMA COMPLICAÇÃO RARA, NUM DOENTE COM ADENOCARCINOMA DO PULMÃO**

Pág.9

PE 008 **LINFOMA DE MALT PULMONAR: 8 ANOS APÓS O DIAGNÓSTICO**

Pág.10

PE 009 **O TEMPO CONTA: TEMPOS DE ESPERA NO PROCESSO DE DIAGNÓSTICO, ESTADIAMENTO E DECISÃO TERAPÊUTICA NO CANCRO DO PULMÃO**

Pág.11

PE 010 **CARCINOMA DO PULMÃO PEQUENAS CÉLULAS – IRRADIAÇÃO CERE-BRAL PROFILÁTICA – VAMOS PERSONALIZAR?**

Pág.12

PE 011 **SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: RECURSO AOS CUI-DADOS DE SAÚDE**

Pág.12

PE 012 **SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO NOS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA – QUAIS AS DIFERENÇAS?**

Pág.13

PE 013 **SERÃO OS ANIMAIS OS NOSSOS MELHORES AMIGOS NO QUARTO?**

Pág.14

PE 014 **VALOR DO ÍNDICE APNEIA-HIPOPNEIA NA POLISSONOGRAMA NÍVEL 1 VERSUS NÍVEL 3**

Pág.15

PE 015 **APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO GRAVE E CIRURGIA ORTOGNÁTICA: UM CASO DE SUCESSO**

Pág.16

PE 016 **ESCOLHER A INTERFACE- MÁSCARA NASAL OU FACIAL NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO?**

Pág.16

PE 017 **APNEIA DO SONO NA PARALISIA CEREBRAL: FACTOR DE AGRAVA-MENTO POR VEZES SUBESTIMADO**

Pág.17

PE 018 **RETIRADO**

Pág.18

PE 019 **RESOLUÇÃO DE APNEIA CENTRAL DO SONO (ACS) RESIDUAL E RES-PIRAÇÃO DO TIPO CHEYNE-STOKES (RCS) NUM PACIENTE SOB CPAP APÓS TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA COM SACUBRITIL-VALSARTAN**

Pág.18

PE 020 **ENFISEMA BOLHOSO OU DISTROFIA BOLHOSA DO PULMÃO?**

Pág.19

PE 021 **FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Pág.20

PE 022 **TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA – UMA VIAGEM ENDOSCÓPICA**

Pág.21

PE 023 **BIOPSIA ASPIRATIVA TRANSTORÁCICA ECOGUIADA – A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO**

Pág.22

PE 024 **MELANOMA METASTÁTICO – DIAGNÓSTICO INAUGURAL POR EBUS-TBNA E EUS-B**

Pág.22

PE 025 **TAMPONAMENTO HEMOSTÁTICO NO CONTROLO DE HEMOPTISES GRAVES – A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS**

Pág.23

PE 026 **ESTENOSE TRAQUEAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE VASCULITE**

Pág.24

PE 027 **TRAQUEOBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA – UMA ENTIDADE RARA**

Pág.25

PE 028 **ESTENOSE SUBGLÓTICA BENIGNA – UM CASO CLÍNICO**

Pág.26

PE 029 **UM PULMÃO VEDADO PELA GRANULOMATOSE DE WEGENER**

Pág.26

PE 030 **PAPILOMATOSE RESPIRATÓRIA RECORRENTE EM DOENTE LARIN-GECTOMIZADO**

Pág.27

PE 031 **“LAVADO BRONCOALVEOLAR DOURADO”**

Pág.28

PE 032 **AValiação DO PAPEL DA BRONCOFIBROSCOPIA FLEXÍVEL NA AVALIAÇÃO DA TOSSE CRÔNICA**

Pág.29

PE 033 **BIOPSIA TRANSTORÁCICA GUIADA POR TC: RESULTADOS E COMPLICAÇÕES**

Pág.29

PE 034 **PARA ALÉM DA NEOPLASIA INICIAL**

Pág.30

PE 035 **NEOPLASIA INTRATORÁCICA PRIMÁRIA RARA: UM CASO COM UMA ABORDAGEM DESAFIANTE**

Pág.30

PE 036 **PENFIGOIDE BOLHOSO IATROGÉNICO AO NIVOLUMAB NO TRATAMENTO DO CANCRO DO PULMÃO**

Pág.31

PE 037 **MASSA PULMONAR EM DOENTE JOVEM FUMADOR**

Pág.32

PE 038 **CARCINOMA PULMONAR DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS (CPNPC) EM ESTADIO IV COM SOBREVIDA LIVRE DE PROGRESSÃO ACIMA DA MÉDIA**

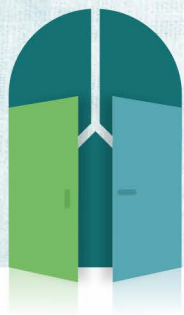
Pág.33

PE 039 **IMPACTO DA RADIOTERAPIA EXTERIOTÁXICA NA SOBREVIDA LIVRE DE PROGRESSÃO – ESTUDO RETROSPECTIVO**

Pág.34

PE 040 **ORIGEM ANÓMALA DA ARTÉRIA PULMONAR ESQUERDA NA AORTA: CONSEQUÊNCIAS HEMODINÂMICAS E FUNCIONAIS RESPIRATÓRIAS**

Pág.34



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 041 QUANDO O PULMÃO TROCA AS VOLTAS AO CORAÇÃO

Pág.35

PE 042 TB OR NOT TB – EIS A QUESTÃO

Pág.36

PE 043 MICOBACTERIOSE CUTÂNEA ATÍPICA NUM DOENTE IMUNOCOMPE-
TENTE – DA SUSPEITA CLÍNICA AO DIAGNÓSTICO

Pág.37

PE 044 SERÁ O SINAL DO HALO INVERTIDO ASSIM TÃO ESPECÍFICO DE
PNEUMONIA ORGANIZATIVA?

Pág.37

PE 045 TUBERCULOSE RENAL E INFECÇÃO PULMONAR POR MYCOBACTERIUM
GORDONAE

Pág.38

PE 046 MÁ ABSORÇÃO DE ANTIBIÓTICOS – UMA CAUSA DE FALÊNCIA TERAPÊUTICA
NA TUBERCULOSE

Pág.39

PE 047 APRESENTAÇÃO PECULIAR DA TUBERCULOSE: A PROPÓSITO DE UM
CASO CLÍNICO

Pág.40

PE 048 TUBERCULOSE – ANÁLISE CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Pág.40

PE 049 TUBERCULOSE PULMONAR: UM CASO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Pág.41

PE 050 UM OLHAR SOBRE AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NUM HOSPITAL PRIVADO
EM LUANDA-ANGOLA

Pág.42

PE 051 EVOLUÇÃO CLÍNICA E FUNCIONAL DOS DOENTES COM ASMA GRAVE
EM TRATAMENTO COM OMALIZUMAB

Pág.43

PE 052 ALTERAÇÃO DE BIOLÓGICOS NA ASMA GRAVE – A EXPERIÊNCIA DE
UM SERVIÇO

Pág.44

PE 053 EFEITO DA TERAPÊUTICA BIOLÓGICA EM DOENTES COM ASMA GRAVE

Pág.44

PE 054 VALORIZAR A SUSPEITA CLÍNICA NO ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE
EMBOLIA PULMONAR AGUDA.

Pág.45

PE 055 SÍNDROME DE ASMA CRÍTICA: DOIS CASOS CLÍNICOS

Pág.46

PE 056 UM AZAR NUNCA VEM SÓ

Pág.47

PE 057 ASMA DE INÍCIO TARDIO – RELEVÂNCIA CLÍNICA DOS FENÓTIPOS TH2 E
NÃO-TH2

Pág.48

PE 058 ASMA E EOSINOFILIA PERIFÉRICA: UM OLHAR PARA ALÉM DA ASMA.

Pág.49

PE 059 RELAÇÃO ENTRE A TÉCNICA INALATÓRIA, LITERACIA E CONTROLO
DA ASMA EM ADULTOS ANGOLANOS

Pág.50

PE 060 FALÊNCIA VENTILATÓRIA APÓS EXPOSIÇÃO A FARINHA DE TRIGO –
APRESENTAÇÃO RARA DE UMA DOENÇA COMUM

Pág.51

PE 061 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR PRIMITIVO VS METÁSTASE

Pág.52

PE 062 OSTEOPATIA HIPERTRÓFICA SECUNDÁRIA A CANCRO DO
PULMÃO: UM CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA

Pág.53

PE 063 SEGURANÇA DA BIÓPSIA PULMONAR TRANSTORÁCICA GUIADA POR
TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA E FATORES PREDITORES DE COMPLICAÇÃO

Pág.53

PE 064 HIPERPLASIA ANGIOLINFÓIDE COM EOSINOFILIA PULMONAR (HALE)
– UM NOME COMPLEXO MAS INOFENSIVO?

Pág.54

PE 065 CANCRO DO PULMÃO E TUBERCULOSE PULMONAR – A MESMA LE-
SÃO, DOIS DIAGNÓSTICOS

Pág.54

PE 066 BRONCOFIBROSCOPIA “PRETA” – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pág.55

PE 067 TUMOR SOLITÁRIO FIBROSO GIGANTE – CASO CLÍNICO

Pág.55

PE 068 MÚLTIPLOS NÓDULOS PULMONARES – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Pág.56

PE 069 FACTORES PREDITIVOS DE PNEUMOTÓRAX IATROGÉNICO NA BIÓPSIA
PULMONAR PERCUTÂNEA GUIADA POR TAC

Pág.57

PE 070 NÓDULO SOLITÁRIO EM VIDRO DESPOLIDO – UMA ALTERAÇÃO IMA-
GIOLÓGICA A NÃO PERDER DE VISTA

Pág.58

PE 071 CARACTERIZAÇÃO DOS NÓDULOS PULMONARES SUBMETIDOS A RADIO-
TERAPIA EXTERIOTÁXICA – LIVRE OU NÃO DE RECORRÊNCIA?

Pág.59

PE 072 COMPLICAÇÕES DE BIÓPSIA PULMONAR TRANSTORÁCICA GUIADA
POR TC – UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Pág.59

PE 073 CARCINOMA DO PULMÃO DE PEQUENAS CÉLULAS (CPPC): A PROPO-
SITO DE UM CASO CLÍNICO

Pág.60

PE 074 LONGOS SOBREVIVENTES NO CARCINOMA PULMONAR DE PEQUENAS
CÉLULAS

Pág.61

PE 075 METÁSTASE RARA DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO: A PROPÓSITO
DE UM CASO CLÍNICO

Pág.61

PE 076 TOXIDERMIA AO NIVOLUMAB: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pág.62

PE 077 CANCRO DO PULMÃO COM CARCINOMATOSE PERITONEAL – UMA
APRESENTAÇÃO INFREQUENTE

Pág.63

PE 078 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO: UMA MASSA GIGANTE

Pág.64

PE 079 NEM TODAS AS MASSAS PULMONARES SÃO CANCRO DO PULMÃO!

Pág.65

PE 080 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA – A CULPA TAMBÉM É DA TIRÓIDE!

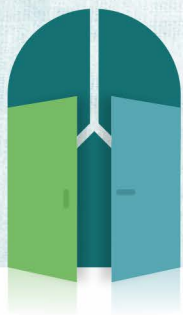
Pág.66

PE 081 A AMILOIDOSE PULMONAR NODULAR NEM SEMPRE SURGE ISOLADA

Pág.67

PE 082 DOENÇA PULMONAR INDUZIDA POR FÁRMACOS EM TRANSPLAN-
TADO RENAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pág.68



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 083 OSSIFICAÇÃO PULMONAR PRIMÁRIA – CASO CLÍNICO

Pág.69

PE 084 PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO NA DERMATOMIOSE: UM DESFECHO
POUCO COMUM

Pág.70

PE 085 PET-TC NA ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA SARCOIDOSE.

Pág.70

PE 086 UM DIAGNÓSTICO NÃO TÃO ÓBVIO...

Pág.71

PE 087 RETIRADO

Pág.71

PE 088 MICROLITÍASE ALVEOLAR PULMONAR: UM DIAGNÓSTICO RARO

Pág.72

PE 089 ANTRACOSE PULMONAR COMO CAUSA DE FIBROSE PULMONAR EXTENSA
E DESTRUIÇÃO DO PARÊNQUIMA PULMONAR

Pág.73

PE 090 DA BIÓPSIA À AUTÓPSIA: DESAFIO DIAGNÓSTICO DE UM CASO DE
AMILOIDOSE PULMONAR DIFUSA

Pág.74

PE 091 PNEUMONIA DE REPETIÇÃO POR ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO

Pág.75

PE 092 EMBOLIA PULMONAR ASSOCIADA A INFECÇÃO POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

Pág.75

PE 093 ASPERGILOSE PULMONAR FIBROSANTE CRÔNICA – CASO CLÍNICO

Pág.76

PE 094 NO LOCAL NÃO EXPECTÁVEL – A PROPÓSITO DE UM CASO DE PAPILOMATOSE
LARINGOTRAQUEOBRÔNQUICA

Pág.77

PE 095 CRAZY PAVING – SERÁ PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR?

Pág.78

PE 096 MICOBACTERIOSE DISSEMINADA A MYCOBACTERIUM ABSCESSUS:
DESAFIO TERAPÊUTICO

Pág.78

PE 097 TUMOR FANTASMA

Pág.79

PE 098 EMPIEMA PLEURAL A STAPHYLOCOCCUS HAEMOLYTICUS: UMA
COMPLICAÇÃO GRAVE DA PLEURODESE QUÍMICA

Pág.80

PE 099 ABCESSO PULMONAR EM DOENTE COM ACALÁSIA

Pág.81

PE 100 ABCESSO PULMONAR – ESTUDO RETROSPECTIVO NUM HOSPITAL
DISTRITAL

Pág.82

PE 101 NEUROPATIA BILATERAL ISOLADA DO FRÊNICO: UMA CAUSA RARA
DE DISPNEIA

Pág.82

PE 102 REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA PROLONGADA: PARA QUE DOENTES?

Pág.83

PE 103 RETIRADO

Pág.84

PE 104 TERAPÊUTICA INALATÓRIA – A REALIDADE NO SERVIÇO DE PNEU-
MOLOGIA DO HOSPITAL SOUSA MARTINS

Pág.85

PE 105 TREINO DE MÚSCULOS INSPIRATÓRIOS EM DOENTES NEUROMUS-
CULARES: UM ESTUDO PILOTO

Pág.86

PE 106 UMA DOENÇA RARA MASCARADA DE ASMA – UM “DISFARCE” CO-
MUM DA TOSSE CRÔNICA

Pág.86

PE 107 PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE OCUPACIONAL A DISSOCIA-
NATOS – REFINANDO O DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE DOENÇA OCUPACIONAL.

Pág.87

PE 108 CASO DE SÍNDROME DE DISFUNÇÃO REATIVA DAS VIAS AÉREAS POR
ACIDENTE FABRIL

Pág.88

PE 109 PULMÃO EM TEMPESTADE DE AREIA

Pág.89

PE 110 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO TRIPLO POSITIVO – UM DIAGNÓSTICO
INESPERADO

Pág.90

PE 111 UMA CAUSA RARA DE DERRAME PLEURAL

Pág.91

PE 112 ETIOLOGIA INCOMUM DE QUILOTÓRAX

Pág.92

PE 113 LIPOMA PLEURAL: UM ACHADO RARO

Pág.93

PE 114 PNEUMOTÓRAX SECUNDÁRIO – UM CASO DE ENDOMETRIOSE TORÁCICA

Pág.93

PE 115 PIOPNEUMOTÓRAX – UMA COMPLICAÇÃO INFECIOSA RARA

Pág.94

PE 116 QUILOTÓRAX COMO APRESENTAÇÃO DE UM CARCINOMA GÁSTRICO
EM ANEL DE SINETE – UM DESFECHO DRÁSTICO

Pág.95

PE 117 ENDOMETRIOSE TORÁCICA E PNEUMOTÓRAX RECIDIVANTE – A
PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pág.96

PE 118 SÍNDROME SWYER-JAMES-MACLEOD: UM ESTUDO DE CASO

Pág.97

PE 119 PASTEURILLA MULTOCIDA E BRONQUIECTASIAS: UMA ASSOCIAÇÃO
INCOMUM?

Pág.97

PE 120 UM DIAGNÓSTICO INESPERADO DE FIBROSE QUÍSTICA – A PROPÓ-
SITO DE UM CASO CLÍNICO

Pág.98

PE 121 DÉFICE DE IMUNOGLOBULINA A E BRONQUIECTASIAS -ESTUDO RE-
TROSPECTIVO

Pág.98

PE 122 E-FACED: AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DAS BRONQUIECTASIAS NÃO
FIBROSE QUÍSTICA

Pág.99

PE 123 PNEUMOTÓRAX RECIDIVANTE CATAMENIAL COM PERFURAÇÃO DIA-
FRAGMÁTICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

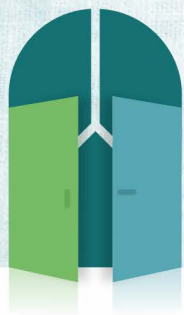
Pág.100

PE 124 MASSA MEDIASTÍNICA GIGANTE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pág.101

PE 125 VOLET COSTAL- CASO CLÍNICO

Pág.101



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 126 **DIAGNÓSTICO TARDIO DE UMA HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA: CASO CLÍNICO**

Pág.102

PE 127 **BOLHAS HEMORRÁGICAS, UMA APRESENTAÇÃO DE VARICELA A NÃO ESQUECER**

Pág.102

PE 128 **SE ESTÁ NO SANGUE, ESTÁ EM TODO O LADO - PNEUMONIA NOSOCOMIAL NECROTIZANTE A STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE À METICILINA**

Pág.103

PE 129 **ESTENOSE BENIGNA DA TRAQUEIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Pág.104

PE 130 **UMA VISÃO SOBRE ABCESSOS PULMONARES NUM HOSPITAL DISTRITAL**

Pág.105

PE 131 **TRACHEOBRONCHOPATIA OSTEOCHONDROPLASTICA: DOIS CASOS RAROS**

Pág.105

PE 132 **QUANDO AS PEÇAS NÃO ENCAIXAM**

Pág.106

PE 133 **SÍNDROME DO PULMÃO ENCOLHIDO - UMA MANIFESTAÇÃO RARA DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**

Pág.107

PE 134 **EXACERBAÇÃO DE DPOC COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA GLOBAL AGUDA - A EXPERIÊNCIA DE UM ANO NUMA UNIDADE DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA.**

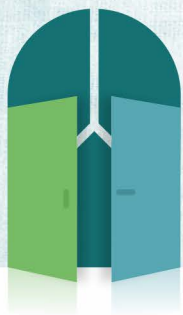
Pág.108

PE 135 **IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL E DÉFICE DE ALFA-1 ANTITRIPSINA**

Pág.109

PE 136 **AVALIAR A EXPERIÊNCIA DO DOENTE NO CONTEXTO DOS CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS: UMA REVISÃO DE INSTRUMENTOS**

Pág.110



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 001

MASSA PULMONAR EM DOENTE COM LINFOMA LINFOCÍTICO CRÔNICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

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: LINFOMA LINFOCÍTICO CRÔNICO, NEOPLASIA DO PULMÃO, ADENOCARCINOMA

Introdução: Linfoma linfocítico crónico (LLC) é a forma mais comum de doença linfoproliferativa crónica, prevalente sobretudo em idades avançadas. Estes doentes apresentam maior risco de desenvolver segundas neoplasias. Cerca de 2% dos doentes com LLC desenvolvem neoplasia do pulmão, sendo o adenocarcinoma o subtipo histológico mais frequente.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de um homem de 74 anos, engenheiro agrónomo reformado, ex-fumador desde há 15 anos (40 UMA), status performance de 0, com antecedentes conhecidos de hiperuricémia, hipertensão arterial essencial, dislipidemia e hiperplasia benigna da próstata, para os quais se encontrava medicado. História de LLC diagnosticado em 2018 por biópsia guiada de conglomerado adenopático volumoso retroperitoneal e raiz do mesentério. TAC torácica com massa no segmento apical do lobo superior direito de contornos espiculados, broncograma aéreo e discreto contacto com a pleura mediastínica, atribuído inicialmente ao linfoma. Cumpriu quimioterapia com boa resposta do componente adenopático supra e infradiaphragmático, mantendo a massa torácica com as mesmas dimensões e características, pelo que foi referenciado a consulta de Pneumologia. Doente sem sintomatologia significativa e sem alterações relevantes ao exame objetivo. Analiticamente sem alterações de relevo. Serologias virais negativas. Videobroncofibroscopia sem alterações, com exames culturais negativos, biópsias pulmonares transbrônquicas e lavado brônquico negativos para neoplasia. Realizada ecoendoscopia endobrônquica com citologia aspirativa da massa negativa para neoplasia. O caso foi discutido com o hematologista assistente e dada a pouca probabilidade de a lesão ser infiltração por linfoma e atendendo aos antecedentes de tabagismo do doente, manteve-se a suspeita de lesão neoplásica, pelo que foi repetida videobroncofibroscopia com controlo fluoroscópico e a biópsia pulmonar transbrônquica da massa foi positiva para adenocarcinoma do pulmão.

Conclusão: Perante o doente assintomático e a permanência da lesão pulmonar, a valorização dos antecedentes, a suspeição clínica e a discussão multidisciplinar são fundamentais para justificar a realização e eventual repetição de exames complementares até esclarecimento do diagnóstico final. O follow-up dos doentes com LLC deve incluir a pesquisa de tumores sólidos, nomeadamente neoplasia do pulmão, tendo em conta o risco elevado de segundas neoplasias nestes doentes.

PE 002

NEOPLASIA PULMONAR – PARECE MAS NÃO É

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: LESÃO PULMONAR, RESOLUÇÃO IMAGIOLÓGICA

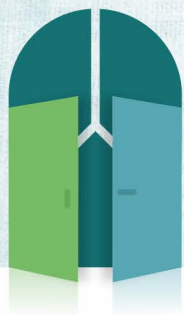
Introdução: Os avanços tecnológicos registados na área médica representam uma ferramenta valiosa ao adequado diagnóstico e estadiamento patológico – nomeadamente do Cancro do Pulmão. Ainda assim, não são desprezíveis os casos de falsos positivos e negativos, sendo várias as condições capazes de mimetizar imagiologicamente lesões neoplásicas.

Apresentamos 2 casos clínicos:

– Caso 1: Doente do sexo masculino, de 60 anos de idade, electricista de profissão, fumador ativo (35UMA), seguido em consulta de Pneumologia por DPOC sob inaloterapia combinada (LAMA+LABA) que, na sequência de internamento por agudização respiratória infecciosa, realizou Tomografia Computorizada de Alta Resolução (TCAR) torácica, identificando-se massa de tecidos moles, de 50mm de diâmetro, no segmento apical do lobo superior direito (LSD), adenopatias mediastínicas e derrame pleural direito. A Tomografia por Emissão de Positrões (PET-TC) evidenciou hipercaptação com SUV máximo tardio de 9.3 e a videobroncofibroscopia identificou alargamento à direita do esporão de inserção do brônquio do lobo superior e espessamento das pregas do segmento posterior. Após resultado anatomopatológico de biópsias brônquicas negativo para células neoplásicas, realizou TCAR torácica de controlo, verificando-se melhoria imagiológica franca com resolução quase total da massa previamente descrita no LSD, sendo apenas evidente estria fibrótica residual. Mantendo seguimento em consulta, repetiu TCAR torácica em 6 meses, constatando-se resolução imagiológica completa.

– Caso 2: Doente do sexo masculino, de 71 anos, ex-grande fumador (55UMA) e reformado, seguido em consulta de Pneumologia por DPOC com enfisema panlobular bilateral. Por agudização respiratória com pneumonia esquerda, cumpriu antibióterapia, com resolução clínica do quadro. Aquando da persistência de alteração imagiológica, repetiu TCAR torácica, identificando-se área irregular de aspeto nodular com 2.5cm no LSD. Fez PET/CT, apresentando captação discreta nas áreas de densificação do LSD (SUV máximo tardio de 1.3). Optou-se por controlo de lesão com repetição de TCAR torácica, em 3 meses, com evidência de resolução completa.

Conclusão: Apresentam-se os casos pela alta suspeição clínico-imagiológica de Neoplasia Pulmonar em doentes com seguimento regular por DPOC e pela sua evolução atípica, destacando a importância de avaliações seriadas para uma correta abordagem diagnóstica e terapêutica.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 003

**MODELAÇÃO DE PATHWAY DO CANCRO DO PULMÃO:
ANÁLISE TRANSVERSAL DO PROCESSO DE DIAGNÓSTICO,
ESTADIAMENTO E DECISÃO TERAPÊUTICA**

Autor do trabalho:

BERNARDO TEIXEIRA

CEFITEC - Centro de Física e Investigação Tecnológica, Departamento de Física,
Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade NOVA de Lisboa, Almada, Portugal

Co-Autores do trabalho:

TELMA SEQUEIRA; MARIA ISABEL GOMES; FILIPE FERREIRA DA
SILVA; JOSÉ PEDRO BOLÉO-TOMÉPalavras-chave: CANCRO DO PULMÃO; MODELAÇÃO MATEMÁTICA;
TEMPO DE ESPERA

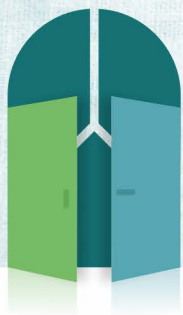
Introdução: A modelação do fluxo de doentes com suspeita de cancro do pulmão, desde a entrada no Serviço especializado ao decorrer de toda a investigação clínica, permite analisar de forma individualizada cada etapa do protocolo corrente, evidenciando todas as configurações possíveis para o mesmo sistema.

Objectivo: analisar o processo actual num Serviço de Pneumologia recorrendo a técnicas de simulação matemática. A modelação do Serviço baseia-se numa amostra de dados correspondente à primeira fase de um projecto de investigação conjunto para optimização do processo de diagnóstico, estadiamento e decisão terapêutica, incluído no mestrado em Engenharia Biomédica. Esta modelação permite a análise do Serviço como um sistema, prevendo todas as configurações possíveis a partir da amostra observada.

Métodos: Os dados da amostra (2016-2017), relativos aos tempos de espera nos percursos efectuados pelos doentes no Serviço de Pneumologia até à terapêutica de primeira linha, são a base da modelação do Serviço. São utilizadas distribuições empíricas e definidas as distribuições de probabilidades sobre observação a priori. São aplicadas técnicas de modelação matemática de simulação de eventos discretos, gerando doentes fictícios numa sequência de 1000 hospitais, cada um com 77 doentes, tal como a amostra e protocolo iniciais. A análise estatística dos diversos cenários gerados é comparada com os resultados da amostra de base e com as principais recomendações publicadas.

Resultados: Sobre uma amostra de 77 doentes, com predomínio masculino (72,7%), idade média de 66 ± 12 anos, em que o tempo médio desde a admissão até ao início da terapêutica foi de 68 dias ($\pm 55,2$), foram procuradas por modelação do Serviço todas as configurações possíveis para o mesmo sistema. A simulação gerou um tempo médio desde a admissão até ao primeiro exame anátomo-patológico de 14 dias. Os tempos de espera da anatomia patológica foram 31 dias ($\pm 27,2$), tomando como máximo as três biopsias observadas na amostra inicial. O tempo médio até à decisão terapêutica foi 10 dias ($\pm 17,8$), somando 7 dias ($\pm 21,6$) até ao início do tratamento. O tempo médio de todos os doentes simulados foi 76 dias ($\pm 51,6$), significativamente pior que a amostra inicial, à custa do desvio do terceiro quartil e do aumento do tempo máximo (420 dias). Dos doentes simulados, 25% apresenta um tempo de espera não superior a um mês.

Conclusões: A simulação apresenta um cenário conservador com um desempenho global mais agravado que a amostra inicial, com mais baixa concordância com as recomendações, mas que no entanto é mais realista a representar cenários possíveis. Nas próximas etapas do projecto de investigação o processo será optimizado de modo a melhorar o seu desempenho, com a proposta e simulação de um novo protocolo clínico. A metodologia aplicada pode constituir uma ferramenta transversal de análise de sistemas complexos hospitalares.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 004

LEIOMIOMA BENIGNO METASTIZANTE DO PULMÃO – 26 ANOS DEPOIS, QUEM EXISTE SEMPRE APARECE

Autor do trabalho:

KELLY LOPES

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Co-Autores do trabalho:

MIGUEL BARBOSA; HELENA GARCEZ MARQUES; MARIA ELVIRA CAMACHO

Palavras-chave: LEIOMIOMA BENINGO, METÁSTASES PULMONARES

Introdução: O leiomioma benigno metastizante (BML) é uma patologia rara, que surge em mulheres com história prévia de leiomiomas uterinos. Estes, apesar de serem considerados os tumores benignos mais frequentes, raramente apresentam padrão de crescimento extra-uterino.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 66 anos que foi referenciada à consulta de Pneumologia por mostrar, em radiografia torácica de rotina, um nódulo no hemitórax direito. Apresentava-se assintomática e sem alterações ao exame objetivo. De antecedentes pessoais, destacava-se asma, hipertensão e história de histerectomia por leiomioma benigno há 26 anos. Sem hábitos tabágicos. Analiticamente sem alterações. A TC Torácica revelou um nódulo homogêneo no lobo médio com cerca 30mm de maior eixo, que na PET/TC mostrava captação anormal e intensa de FDG (fluorodesoxiglucose) – SUVmáx 11, sem outros focos de captação no restante estudo. A broncofibroscopia foi normal, com escovado, brônquico, lavado bronco-alveolar e citologias negativas. Uma vez que não era possível a abordagem por via transtorácica, e após discussão multidisciplinar, a doente foi referenciada a Cirurgia Torácica e foi submetida a ressecção do lobo médio. O resultado histológico da peça operatória foi compatível com leiomioma benigno metastizante primário do útero.

A TC Torácica de reavaliação, 6 meses após cirurgia, não apresenta nenhuma lesão suspeita e atualmente, após follow up de cerca de 1 ano, a doente permanece assintomática e sem alterações imagiológicas.

Discussão: Apesar da sua histologia benigna, sabe-se que os BML podem apresentar metástases à distância, e o pulmão é um dos órgãos mais frequentemente afetados. A patogénese desta entidade permanece desconhecida e não há ainda uma explicação consensual para este comportamento metastizante.

Sendo os exames radiológicos inespecíficos, o único meio de confirmação de diagnóstico recai sobre a avaliação histopatológica. Neste caso que relatamos, de facto, a doente apresentava um nódulo solitário com captação anormal de FDG na PET/TC, o que poderia sugerir uma neoplasia primária do pulmão.

Os BML são ainda mais raros em mulheres pós menopausa, no entanto, devem ser suspeitados em todas as pacientes com história de histerectomia prévia, independentemente do tempo decorrido desde a intervenção. Segundo o descrito na literatura, habitualmente podem surgir cerca de 10-15 anos após a cirurgia, contudo no caso apresentado a doente tinha sido intervencionada há 26 anos antes, sendo por isso exemplo de que a suspeita clínica deve permanecer mesmo após o período descrito.

Embora não existem guidelines para o tratamento de BML, a abordagem cirúrgica para fins diagnósticos e terapêuticos é amplamente utilizada.

Relativamente ao prognóstico, de uma forma geral o Leiomioma benigno metastizante tem uma evolução favorável.

PE 005

MASSA MEDIASTÍNICA NUM JOVEM ADULTO – SERÁ SEMPRE FÁCIL DE RECONHER?

Autor do trabalho:

JOANA DANIELA RODRIGUES BARBOSA

Serviço de Pneumologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

ANA SILVA MARTINS; CLÁUDIA SOUSA; SARA SALGADO; ANA COUTINHO; LURDES CARVALHO; CRISTINA BÁRBARA

Palavras-chave: MASSA MEDIASTÍNICA, LINFOMA LINFOBLÁSTICO DE CÉLULAS T, DERRAME PLEURAL, SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR

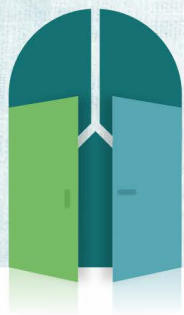
Introdução: Os tumores mediastínicos anteriores representam cerca de 50% de todas as massas mediastínicas e incluem o timoma, tumores das células germinativas, doença tiróideia e linfoma. O diagnóstico pode ser difícil mas vários fatores como a idade, exame objetivo, avaliação laboratorial e imagiológica, podem ajudar na sua correta identificação.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de um doente de 18 anos, moçambicano, que recorreu ao serviço de urgência por um quadro com 6 meses de evolução caracterizado por perda ponderal e toracalgia anterior direita de características pleuríticas. Desde há um mês apresentava tosse com expectoração purulenta, dispneia de esforço e febre. Ao exame objetivo identificou-se edema da face, cervical e do membro superior e circulação venosa colateral. Embora não conseguisse tolerar o decúbito dorsal, encontrava-se eupneico em repouso. Apresentava diminuição das vibrações vocais, maciez à percussão e diminuição do murmúrio vesicular no terço inferior do hemitórax direito. Adicionalmente, apresentava hepatomegalia não dolorosa. Sem esplenomegalia ou adenopatias periféricas palpáveis. Foi posteriormente admitido no serviço de Pneumologia.

Analiticamente destacava-se elevação da PCR e LDH. A radiografia do tórax (RxT) demonstrou alargamento do mediastino e derrame pleural direito. Na tomografia axial computadorizada do tórax (TC) foi documentada uma massa mediastínica anterior volumosa e heterogênea, com redução significativa do calibre da veia cava superior e do tronco venoso braqueocefálico esquerdo, derrame pleural bilateral e derrame pericárdico. Foi efectuada toracocentese diagnóstica e terapêutica com saída de líquido pleural com características de exsudado. O resultado histológico da biópsia transtorácica guiada por TC, juntamente com a ausência de infiltração da medula óssea, estabeleceram o diagnóstico final de Linfoma Linfoblástico de células T (T-LBL).

O doente foi transferido para o serviço de Hematologia para tratamento intensivo, no entanto, o linfoma era radio e quimiorresistente. Foi proposto transplante de medula óssea alogénico, contudo, não foram detetados doadores compatíveis em tempo útil e o doente faleceu.

Discussão e Conclusões: Embora o timoma seja a neoplasia primária do mediastino anterior mais comum, a típica ocorrência após os 40 anos de idade e a ausência de sintomas sugestivos de Miastenia Gravis, tornaram este diagnóstico menos provável. Relativamente à idade, os tumores das células germinativas também eram um diagnóstico possível. Os linfomas representam 20% de todas as massas mediastínicas no adulto e 50% nas crianças. O linfoma não-Hodgkin é responsável por apenas 15-25% de



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

todos os casos, com o T-LBL responsável por aproximadamente 2% dos casos. Tipicamente ocorrem nas crianças e adolescentes, com uma predominância no sexo masculino. O envolvimento mediastínico pode estar associado a derrame pleural, pericárdico e síndrome da veia cava, tal como observado no nosso doente.

Apresentamos um caso de um jovem com um T-LBL mediastínico, associado a derrame pleural e síndrome da veia cava superior. Demonstramos a utilidade da RxT na orientação do diagnóstico, tratando-se de um exame barato e fácil de realizar. O diagnóstico diferencial das massas mediastínicas deve incluir todas as suas causas e ser guiado pela sua prevalência, localização e idade do paciente.

PE 006

CARCINOMATOSE PERITONEAL, UMA CONDIÇÃO RARA NO ADENOCARCINOMA PULMONAR

Autor do trabalho:

DIANA PIMENTA

Hospital de Braga

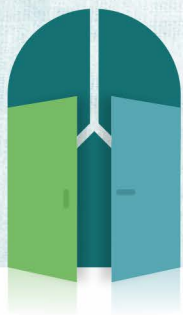
Co-Autores do trabalho:

MARIA JOÃO ARAÚJO; DANIELA RODRIGUES; FILIPA AGUIAR; RAQUEL PEREIRA

Palavras-chave: CARCINOMATOSE PERITONEAL, ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

Introdução: O cancro do pulmão é o tipo de cancro mais comum no mundo e responsável pela maioria das mortes por cancro. O adenocarcinoma do pulmão é o tipo de cancro do pulmão mais comum. Os locais metastáticos preferenciais são o fígado, as glândulas supra-renais, o cérebro e os ossos. A carcinomatose peritoneal é um evento clínico raro em doentes com cancro de pulmão. As manifestações clínicas dessas metástases são incomuns e incluem perfuração e obstrução intestinal. Estes doentes evoluem desfavoravelmente.

Descrição do caso clínico: Homem, 58 anos, fumador de 37 UMA. Diagnosticado adenocarcinoma pulmonar estadio T4, (ausência de expressão de PDL1, ausência de translocação do gene ALK, ausência de mutação de EGFR, ausência de translocação do gene ROS1) em Outubro de 2018. A tomografia de positrões (PET) revelou: "Hipermetabolismo glicolítico intenso em duas massas do lobo superior do pulmão esquerdo, avidéz ligeira por FDG em pequenos nódulos em ambos os pulmões, em adenopatias mediastino-hilares e numa pequena adenopatia cervical direita, que sugerem infiltração neoplásica maligna". Decidido em consulta de grupo, realizar 4 ciclos de quimioterapia com carboplatino + pemetrexed com reavaliação para eventual realização de Radioterapia. A TC de reavaliação após 3 ciclos revelou sinais de progressão da doença oncológica. Discutido novamente em reunião de grupo e decidido realizar tratamento de 2ª linha com docetaxel + nintedanib. Realizou TAC de reavaliação após o 2º ciclo de tratamento que revelou doença estável, mantendo o tratamento. Ao 5º ciclo de tratamento o doente referiu queixas de dor e aumento do perímetro abdominal. Ainda dedos em baqueta de tambor com alteração da textura das unhas. Realizou TC de reavaliação que revelou: "Sinais de progressão da doença a nível abdominal, com carcinomatose peritoneal, inaparente no estudo anterior". Dadas as queixas, o doente foi internado. Repetiu PET: "Na região abdomino-pélvica, verifica-se avidéz intensa por FDG em densificações teciduais, algumas nodulariformes, a nível peritoneal/mesentérico. Estes aspetos são compatíveis com carcinomatose peritoneal". Discutido novamente em reunião de grupo e decidido realizar tratamento de 3ª linha com nivolumab. Durante o período de internamento, o doente manteve queixas abdominais, tendo sido observado pela cirurgia geral e submetido a paracentese com drenagem de 4L de líquido ascítico, mas sem noção de melhoria dos sintomas. Apresentou degradação do estado geral, apresentando desequilíbrio na marcha e perda da via oral. Pedida colaboração da equipa de cuidados paliativos para otimização terapêutica sintomática. O doente acabou por falecer em Julho de 2019.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

Discussão: Este caso clínico pretende expor uma situação rara de carcinomatose peritoneal num doente com adenocarcinoma do pulmão. Neste caso clínico, o doente apresentou rápida progressão da doença neoplásica, tendo sido submetido a três linhas de tratamento sem sucesso. A carcinomatose peritoneal é um diagnóstico que deve ser considerado, perante o aparecimento de sintomas abdominais, num doente com adenocarcinoma do pulmão.

PE 007

PNEUMOPERICÁRDIO, UMA COMPLICAÇÃO RARA, NUM DOENTE COM ADENOCARCINOMA DO PULMÃO**Autor do trabalho:****DIANA PIMENTA**

Hospital de Braga

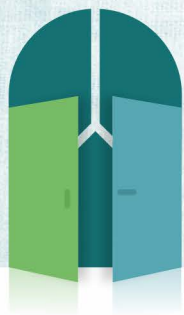
Co-Autores do trabalho:**MARIA JOÃO ARAÚJO; DANIELA RODRIGUES; FILIPA AGUIAR; RAQUEL PEREIRA**

Palavras-chave: PNEUMOPERICÁRDIO; ADENOCARCINOMA DO PULMÃO;

Introdução: O pneumopericárdio é uma condição clínica rara. São identificadas como causas possíveis: o trauma da parede torácica, os procedimentos cirúrgicos invasivos pulmonares ou cardíacos, fístulas com o pericárdio (decorrentes de carcinoma ou supuração), barotrauma e pericardite causada por microrganismos formadores de gás. Os achados clínicos incluem: hipofonese dos sons cardíacos e o Sinal de Hamman. A Radiografia de tórax pode confirmar o diagnóstico. O tratamento depende da causa subjacente e é determinado pela gravidade clínica.

Descrição do caso: Doente de 67 anos, fumador de 20 UMA. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e alcoolismo crónico. Recorreu ao serviço de urgência por clínica arrastada, com um mês de evolução, de dor pleurítica, perda de força e da sensibilidade no membro superior esquerdo, tosse produtiva e perda ponderal de 8Kg. Da investigação efectuada, foi diagnosticado Adenocarcinoma pulmonar estadio IV (expressão de PDL-1 em 78% das células, ausência de translocação do gene ALK), com metastização cerebral, óssea, hepática e ganglionar. Durante o período de investigação, o doente apresentou várias intercorrências, das quais: trombose venosa profunda aguda e oclusiva nos eixos peroneais do membro inferior direito, doença arterial oclusiva nos eixos femoro-poplíteos do membro inferior esquerdo e disfagia para sólidos. Ainda durante o internamento, o doente referiu episódio de dor referida ao ombro esquerdo, com irradiação para o pescoço e sensação de dispneia agravada. Realizou electrocardiograma que se revelou sem alterações. Análises com marcadores de necrose miocárdica negativos. Realizou radiografia de tórax que revelou hipertransparência em torno da silhueta cardíaca, sugestiva de pneumopericárdio. Realizou TC de tórax para esclarecimento diagnóstico que confirmou pneumopericárdio por presença de fístula entre a lesão neoplásica e o pericárdio (fístula pericardio-bronquica): TC tórax: "observa-se uma extensa lesão no lobo superior esquerdo, com pelo menos 7,7 cm, com contacto pleural e contacto com o hilo bem como com o mediastino. A lesão está parcialmente cavitada e provavelmente invade o mediastino, existindo um exuberante pneumopericárdio. Admite-se que a área de fistulização se situa perto do hilo". Discutido o caso clínico com a Cardiologia e com a Cirurgia Torácica que consideraram uma situação de mau prognóstico, pelo que se optou pelo tratamento conservador. O doente acabou por falecer três semanas após.

Discussão: O Pneumopericárdio é uma condição clínica grave. Neste caso clínico, pretende-se retratar a sua relação com a neoplasia pulmonar. O tratamento do pneumopericárdio depende da causa subjacente e da



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

gravidade clínica. Geralmente, a resolução é espontânea em alguns dias. Pode haver necessidade em realizar pericardiocentese ou cirurgia torácica perante situações de tamponamento cardíaco e/ou instabilidade hemodinâmica. Neste caso, optou-se pelo tratamento conservador dada a estabilidade clínica do doente e o seu prognóstico reservado.

PE 008

LINFOMA DE MALT PULMONAR: 8 ANOS APÓS O DIAGNÓSTICO**Autor do trabalho:****SARA COSTA MARTINS**

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

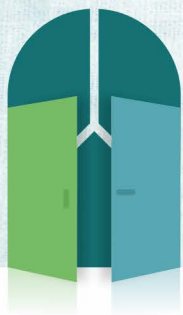
Co-Autores do trabalho:**ROBERTO SILVA; JULIANA BARATA; MAFALDA BAPTISTA; ANA CRAVEIRO; INÊS VICENTE; EUNICE MAGALHÃES; MARIA JESUS VALENTE; SALETE VALENTE**

Palavras-chave: LINFOMA PULMONAR PRIMÁRIO, LINFOMA DE MALT PULMONAR, SOBREVIDA.

Introdução: O linfoma de MALT (Mucosa Associated Lymphoid Tissue) primário do pulmão constitui uma entidade maligna rara, de características clínicas e imagiológicas inespecíficas e pouco elucidadas na literatura que, por esse motivo, podem, facilmente, sugerir um diagnóstico incorreto.

Caso clínico: Descreve-se o caso de uma doente de 72 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, que iniciou um quadro de toracalgia direita e astenia com 3 semanas de evolução. No decurso do estudo realizou uma radiografia torácica que revelou a presença de opacidade heterogênea, ovalada e de contornos regulares a nível paracardíaco direito. A tomografia computadorizada demonstrou uma volumosa massa de 75mm de diâmetro no segmento anterior do lobo médio e identificou, ainda, uma formação nodular de 15 mm de localização diafragmática. Ambas as lesões eram captantes em PET e não foi detectado envolvimento de gânglios regionais. Após realização de broncofibroscopia, que excluiu lesão endobrônquica, e de biópsias transtorácicas, inconclusivas, o diagnóstico definitivo foi apenas possível por abordagem cirúrgica das lesões e respetivo estudo imunohistoquímico, confirmando tratar-se de um linfoma de zona marginal extranodal do tipo MALT primitivo do pulmão. A doente foi submetida a bilobectomia média e inferior direitas, mantendo-se ao longo de 8 anos sem evidência de recidiva da doença.

Discussão: O linfoma de MALT pulmonar tende a evoluir de forma insidiosa, podendo apresentar-se como uma massa sólida de grande dimensão. O diagnóstico imunohistoquímico é fundamental para excluir outro tipo de neoplasias com aparência semelhante mas evolução mais agressiva, bem como para adequar o tratamento e contribuir, desse modo, para um prognóstico favorável em termos de sobrevida longa sem recidivas.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 009

O TEMPO CONTA: TEMPOS DE ESPERA NO PROCESSO DE DIAGNÓSTICO, ESTADIAMENTO E DECISÃO TERAPÊUTICA NO CANCRO DO PULMÃO

Autor do trabalho:

BERNARDO TEIXEIRA

CEFITEC - Centro de Física e Investigação Tecnológica, Departamento de Física, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade NOVA de Lisboa, Almada, Portugal

Co-Autores do trabalho:

TELMA SEQUEIRA; MARIA ISABEL GOMES; FILIPE FERREIRA DA SILVA; JOSÉ PEDRO BOLÉO-TOMÉ

Palavras-chave: CANCRO DO PULMÃO; TEMPO DE ESPERA; ESTADIAMENTO

Introdução: O estudo do fluxo de doentes com suspeita de cancro do pulmão, desde a entrada no serviço especializado ao decorrer de toda a investigação clínica, é um problema complexo e consumidor de tempo. Os atrasos até completar o processo de diagnóstico e estadiamento podem resultar em piores outcomes para o doente. Não existe consenso sobre os tempos mínimos recomendados para cada etapa do processo e existem muito poucos dados sobre a realidade portuguesa.

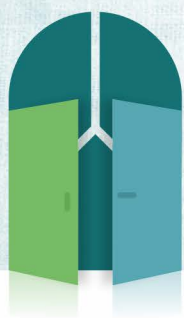
Objectivo: analisar o processo actual num Serviço de Pneumologia, identificar as suas etapas críticas e comparar os tempos de cada etapa com as recomendações existentes. Estes dados correspondem à primeira fase de um projecto de investigação conjunto para optimização do processo de diagnóstico, estadiamento e decisão terapêutica, incluído no mestrado em Engenharia Biomédica.

Métodos: estudo observacional de coorte; recolha de dados (2016 – 2017) relativos aos tempos e percursos efectuados pelos doentes desde a entrada no Serviço de Pneumologia até ao momento em que iniciam o primeiro tratamento. Foram analisados os tempos em cada etapa do processo de diagnóstico, estadiamento e decisão terapêutica de cancro do pulmão. Os resultados foram analisados em termos de concordância com as principais recomendações publicadas.

Resultados: de um total de 161 processos foram incluídos 77 doentes, com predomínio masculino (56, 72,7%) e idade média de 66 ± 12 anos. O tempo médio desde a admissão até ao início da terapêutica foi de 68 dias ($\pm 55,2$). O tempo médio até à realização da primeira biópsia foi de 12 dias ($\pm 23,7$). A maioria dos doentes realizou broncoscopia (71,4%), que foi conclusiva em 54,6% dos casos; 39 doentes (50,6%) necessitaram de um segundo exame e 14 (18,2%) precisaram de um terceiro. A biópsia transtorácica foi mais frequentemente realizada como segundo exame (13 doentes) ou terceiro (5). A histologia mais frequente foi adenocarcinoma (36; 46,8%) e 50 doentes (63,7%) apresentavam estadiamento avançado (IIIb ou IV). O tempo médio da decisão multidisciplinar até ao início do tratamento foi 14 dias ($\pm 25,6$) mas com grandes diferenças na modalidade: 6 dias (± 8) para quimioterapia, 5 dias (± 2) para radioterapia e 63 dias (± 33) para cirurgia. A concordância com as recomendações variou entre 36,4% e 50,6% para o tempo total, e entre 44,2% e 58,4% para o tempo do diagnóstico ao tratamento.

Conclusões: O tempo médio total do processo superou em 6 a 26 dias as principais recomendações; no entanto, existe considerável

heterogeneidade e estes dados não se afastam muito de outros autores. O tempo até terapêutica tem melhor desempenho mas existe um sério obstáculo no caso da referenciação a cirurgia. A proposta de um fluxograma optimizado pode encurtar algumas fases críticas e melhorar o desempenho global, contribuindo para melhor prognóstico e melhorando as expectativas do doente e da equipa multidisciplinar.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 010

CARCINOMA DO PULMÃO PEQUENAS CÉLULAS - IRRADIAÇÃO CEREBRAL PROFILÁTICA - VAMOS PERSONALIZAR?

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: CPPC, ICP, NEUROTOXICIDADE

Introdução: O Carcinoma do Pulmão de Pequenas Células (CPPC) caracteriza-se pela sua elevada agressividade e propensão para metastização precoce.

Os doentes com doença localizada e com resposta completa à terapêutica sistémica ou doença estável são candidatos a Irradiação Cerebral Profilática (ICP), dado que cerca de 38% acabam por apresentar metastização cerebral. A ICP reduz a incidência de metastização cerebral, aumentando a sobrevida destes doentes.

Caso clínico: Homem, 76 anos, autónomo, ex-fumador, com antecedentes de DPOC e com diagnóstico de um CPPC, estágio II-b (T2b, N0, M0). Tratava-se de um doente não elegível para terapêutica cirúrgica, pelo que, em reunião multidisciplinar foi proposto para QT/RT concomitantes. Dada a boa resposta à terapêutica realizou ICP.

Dois meses depois de terminar a ICP o doente recorreu ao SU por um défice de atenção, confusão e lentificação psicomotora de instalação progressiva. Evoluiu com depressão do estado de consciência e mutismo acinético.

Foram excluídas causas infecciosas, metastização cerebral, carcinomatose leptomeningea, catatonía e encefalite. A RMN-CE revelou doença vascular de pequenos vasos com leucoencefalopatia, que embora seja um padrão de alterações inespecífico, são alterações compatíveis com toxicidade da ICP. Uma vez excluídas outras etiologias, apoiados pela história clínica, restantes exames e discussão multidisciplinar a toxicidade neurocognitiva da ICP tornou-se a hipótese diagnóstica mais provável.

Conclusão: As alterações neurocognitivas, no contexto da ICP, são de causa multifatorial. Todos os fatores envolvidos no seu desenvolvimento devem ser considerados, para que se tome a decisão mais apropriada (ICP vs. atitude expectante e vigilante) perante cada doente.

Com base na evidência científica atual a ICP no CPPC doença localizada, com resposta à terapêutica sistémica ou persistência de doença estável, apresenta ganhos relevantes na sobrevivência e redução da incidência de metastização cerebral quando comparados com os efeitos laterais presentes na maioria dos doentes.

No presente caso os efeitos da toxicidade neurocognitiva revelaram-se limitantes, deixando o alerta para que a decisão de iniciar ICP seja criteriosa e personalizada.

PE 011

SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: RECURSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Autor do trabalho:

ANA CARVALHO

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Co-Autores do trabalho:

BEBIANA CONDE; ANA CLÁUDIA PIMENTA; CATARINA PARRA; RITA QUEIROZ RODRIGUES; ANA FERNANDES

Palavras-chave: PATOLOGIA DO SONO, SAOS, CUIDADOS DE SAÚDE

Introdução: A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), com prevalência variável segundo séries, subdiagnosticada, associa-se predominantemente à obesidade e suas comorbilidades (HTA, DM e outras patologias cardiovasculares).

Objetivos: Avaliar o recurso ao Serviço de Urgência e internamentos por causas cardiorrespiratórias de doentes com SAOS e verificar a associação dos sintomas presentes ao diagnóstico com o tratamento.

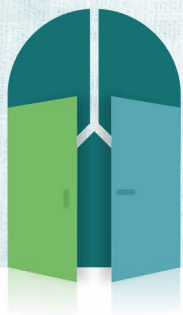
Métodos: Estudo retrospectivo baseado na análise dos processos dos doentes encaminhados para a consulta de Pneumologia do Sono a partir do Internamento ou do Serviço de Urgência (SU), com diagnóstico de SAOS, entre Janeiro de 2017 e Julho de 2018. Foram avaliados os internamentos e os episódios de SU 12 meses antes e após o diagnóstico. As variáveis contínuas foram expressas em média e desvio padrão e as categóricas em frequência e percentagem. Para a análise comparativa de variáveis contínuas utilizou-se a correlação de Spearman. Para a análise comparativa das variáveis contínuas e categóricas utilizou-se o teste U de Mann-Whitney e ANOVA. O nível de significância foi definido como $p < 0.05$.

Resultados: Foram incluídos 47 doentes, dos quais 57,4% pertenciam ao sexo masculino ($n=27$), com idades compreendidas entre os 38 e 86 anos (idade média: 68,2). Relativamente a comorbilidades, 100% ($n=47$) dos doentes tinham excesso de peso ou obesidade, 89,4% ($n=42$) tinham HTA, 74,5% ($n=35$) tinham dislipidemia, 38,3% ($n=18$) estavam diagnosticados com DM tipo 2 e IC estava presente em 53,2% ($n=25$) dos casos. 27,7% ($n=13$) dos doentes tinham DPOC e 17% ($n=8$) asma.

Relativamente aos sintomas, 83,8% ($n=31$) referiam sono fragmentado, 97,1% ($n=34$) roncopatia, 60% ($n=21$) apneias presenciadas, 48,6% ($n=17$) apresentava congestão nasal e 34,4% ($n=11$) cefaleias matinais.

Após diagnóstico, 80,4% ($n=38$) dos doentes iniciaram tratamento, sendo que em apenas 55,3% ($n=26$) dos casos se verificou correção do IAH, à primeira tentativa em 40,4% ($n=19$). Nos 12 meses prévios ao diagnóstico, 31,1% ($n=14$) dos doentes estiveram pelo menos 1 vez internados e 79,5% ($n=35$) recorreram pelo menos 1 vez ao SU. Nos 12 meses subsequentes, 21,3% ($n=1$) dos doentes estiveram internados e 31,9% ($n=15$) recorreram ao SU.

Encontraram-se associações estatisticamente significativas entre a idade e o número de episódios de SU ($p=0,023$) e de internamentos ($p=0,022$), entre o IMC e o recurso ao SU ($p=0,028$) e entre o número de sintomas ao diagnóstico e os internamentos nos 12 meses após diagnóstico ($p=0,037$).



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

Verificou-se também que um maior número de tentativas necessárias para adaptação ao CPAP se associa a maior número de idas ao SU ($p=0,042$) e de internamentos ($p=0,026$) nos 12 meses subsequentes.

Conclusão: Tal como descrito na literatura, idade mais avançada, maior IMC e maior quantidade de sintomas ao diagnóstico associam-se à necessidade de recurso mais frequente aos cuidados de saúde. Além disso, uma melhor adaptação ao tratamento com CPAP está associada a um menor número de episódios de urgência e de internamentos. Ao contrário do expectável, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no recurso aos cuidados de saúde entre doentes que iniciaram e os que não iniciaram tratamento, provavelmente devido ao pequeno tamanho amostral.

PE 012

SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO NOS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA – QUAIS AS DIFERENÇAS?

Autor do trabalho:

MAFALDA BAPTISTA

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, Covilhã – Portugal

Co-Autores do trabalho:

MAFALDA VAN ZELLER; ANABELA MARINHO; MARIA SUCENA; MARGARIDA REDONDO; MARTA DRUMMOND

Palavras-chave: SAOS; INSUFICIÊNCIA CARDÍACA; RISCO CARDIOVASCULAR.

Introdução: A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) e a insuficiência cardíaca (IC) são patologias comuns. A relação entre as duas entidades parece ser bidirecional, com impacto prognóstico, sendo ambas afetadas por outros fatores de risco cardiovascular.

Objetivos: Avaliar a prevalência de IC nos doentes com SAOS e caracterizar estes doentes.

Métodos: Estudo prospetivo dos doentes encaminhados à Consulta de Patologia Respiratória do Sono (PRS) do Centro Hospitalar Universitário São João com suspeita de SAOS, que realizaram Polissonografia nível 3 (PSG) e questionários de sintomas, nos primeiros 6 meses de 2019.

Resultados: Foram realizadas 380 primeiras consultas de PRS, com confirmação de SAOS em 326 doentes. A prevalência de IC nestes doentes foi de 16,6% ($n=54$).

Os doentes com SAOS e IC eram maioritariamente do sexo masculino (74,1%) e tinham uma média de idade superior aos doentes sem IC (69 ± 12 vs 56 ± 12 ; $p=0,000$).

Todos os doentes com SAOS e IC tinham outros fatores de risco cardiovascular, como hipertensão arterial (83,3%), dislipidemia (72,2%) e obesidade (64,8%). Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a presença de mais comorbilidades e IC ($\chi^2=62,4$; $p=0,000$).

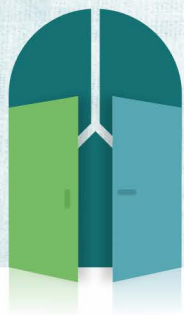
Quanto à etiologia da IC, a cardiopatia isquémica ocupou o primeiro lugar (38,9%), seguida da cardiopatia hipertensiva (24,1%) e IC multifatorial (18,5%). A maioria dos casos tratava-se de IC com fração de ejeção preservada (70,6%), não havendo associação entre a fração de ejeção e a gravidade da SAOS.

O score médio da Escala de Sonolência de Epworth (ESE) foi inferior nos doentes com IC ($6,9 \pm 4,4$ vs $8,6 \pm 5,5$; $p=0,037$). Estes doentes também tinham menos roncopatia (64,4% vs 68,1%) e queixas mais frequentes de nictúria (45,8% vs 36,8%), mas a diferença não foi estatisticamente significativa.

A proporção de casos de SAOS ligeira e grave nos doentes com IC foi idêntica (38,9% cada), mas com IAH médio ligeiramente superior ($29,2 \pm 22,1$ /hora).

Apesar da percentagem de apneias centrais na PSG ter sido superior nos doentes com IC ($8,1 \pm 16$ vs $3,2 \pm 5,7$; $p=0,043$), este valor foi muito baixo para ter significado clínico.

67,8% dos doentes com IC iniciou tratamento com pressão positiva, percentagem superior àqueles sem IC ($\chi^2=12,96$; $p=0,000$). Não se verificou diferença na escolha entre pressão positiva contínua (CPAP) ou bi-nível.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

Conclusão: Neste estudo, os doentes com SAOS e IC concomitante eram mais velhos e tinham mais comorbilidades, o que aumenta a complexidade da sua abordagem.

Apesar da presença de IC não ter tido impacto na gravidade da SAOS, foi associada a uma maior proporção de doentes com necessidade de tratamento.

Os doentes com IC apresentaram menos sonolência diurna quando avaliada pela ESE, permitindo questionar o papel do questionário nestes casos.

PE 013

SERÃO OS ANIMAIS OS NOSSOS MELHORES AMIGOS NO QUARTO?**Autor do trabalho:**

ALEXANDRE MANUEL CARVALHO DA SILVA ALMENDRA

Centro hospitalar e Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

VERA CLÉRIGO; MIGUEL SILVEIRA; JOÃO CARVALHO; JOSÉ PEREIRA; RAQUEL MATOS; PAULA PINTO; HELENA ESTEVÃO; JOAQUIM MOITA

Palavras-chave: SAOS; ANIMAIS

Introdução: Os distúrbios relacionados com o sono, particularmente a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), e a presença de fatores extrínsecos, como animais de estimação, podem influenciar a qualidade do sono. Tem-se verificado um interesse crescente da comunidade científica sobre este tema nos últimos anos.

Objectivo: Avaliar se um animal de estimação no quarto ou na cama perturba o sono.

Métodos: Os dados foram recolhidos através de um rastreio realizado em Outubro de 2017 e Novembro de 2018 na estação de metro do Oriente em Lisboa e Abril de 2018 na marina de Oeiras. A qualidade do sono e o risco de SAOS foram avaliados usando o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) e o questionário STOP BANG, respetivamente. Os dados relacionados com os animais foram recolhidos através de um questionário elaborado em conjunto com um veterinário.

Resultados: Participaram no rastreio 346 indivíduos. A idade média dos participantes (70,5% mulheres) foi de $48,4 \pm 18,8$ anos e o índice de massa corporal foi de $21,7 \pm 4,4$ kg/m². Da amostra, 59,8% dos indivíduos apresentaram baixo risco para SAOS e apenas 8,7% apresentaram alto risco. Em 47,4%, a qualidade do sono foi classificada como má.

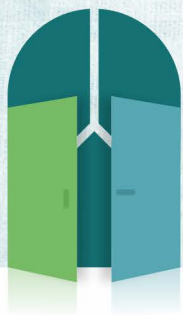
A pontuação média do STOP BANG foi significativamente maior nas pessoas com má qualidade do sono ($p = 0,001$).

No PSQI, a média do número de horas de sono e do tempo de latência foi de 6,7h e 20 min, respetivamente. Em relação ao número de despertares a meio da noite por semana, 22% não despertava, 44,6% despertava mais de 3 vezes e os restantes (33,4%) despertavam 1 a 2 vezes por semana. Quando questionados se tinham animais (cães ou gatos), 49,4% responderam afirmativamente. Os animais dormiam no quarto em 55,5% dos casos e dormiam concomitantemente na cama em 78% dos indivíduos.

Na classificação do benefício de o animal dormir no quarto/cama, a maioria (38,9%/40,6%) deu classificação máxima. Quando questionados se dormiam melhor se o animal não estivesse no quarto/cama, 86,8% e 80% responderam negativamente a essa questão.

Encontramos uma associação estatisticamente significativa entre ter um animal e a qualidade do sono ($p = 0,003$), ou seja, indivíduos que dormem com um animal apresentam uma Odds Ratio 0,49 (IC95%: 0,33 - 0,81), demonstrando que dormir com um animal pode ter um impacto positivo na qualidade do sono.

Ao comparar o número de horas de sono, o tempo de latência e o número de despertares noturnos entre indivíduos com e sem animais no quarto/cama, não encontramos nenhuma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,933$; $p = 0,857$; $p = 0,280$; respetivamente).



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

Conclusão: No nosso país, uma grande proporção da população dorme com os seus animais no quarto. Apesar da evidência científica sobre o impacto desse comportamento na qualidade do sono ser muito escassa, no nosso estudo parece existir um benefício estatisticamente significativo de dormir com animais domésticos. Serão necessários estudos mais objetivos para avaliar os efeitos reais dos animais no quarto no sono humano.

PE 014

VALOR DO ÍNDICE APNEIA-HIPOPNEIA NA POLISSONOGRAMIA NÍVEL 1 VERSUS NÍVEL 3**Autor do trabalho:****BRUNO GIL NETO GONÇALVES**

Serviço de Pneumologia, CHUC

Co-Autores do trabalho:**D. C. CARDOSO; A. P. LOPES; L. BATATA; J. MOITA**

Palavras-chave: POLISSONOGRAMIA NÍVEL 1, POLISSONOGRAMIA NÍVEL 3, HIPOPNEIA, SONO

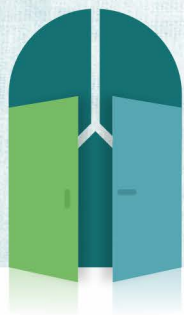
Introdução: Define-se uma hipopneia como uma diminuição do fluxo aéreo oronasal superior a 30% por um período superior a 10 segundos associada a uma dessaturação superior ou igual a 3% ou associada a um microdespertar detetado por eletroencefalograma. Uma vez que o registo poligráfico do sono (PSG) nível 3, embora indicado no diagnóstico da síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS), não permite detetar microdespertares, é expectável que no mesmo doente o índice apneia-hipopneia (IAH) seja inferior no PSG nível 3 quando comparado ao PSG nível 1. É objetivo deste estudo comparar, no mesmo doente, o índice de dessaturação de oxigénio (IDO) e o IAH entre o PSG nível 3 e nível 1.

Métodos: Estudo retrospectivo, onde foram incluídos todos os pacientes que, após realizarem um PSG nível 3, realizaram entre janeiro e abril de 2018 no Centro de Medicina do Sono de Coimbra um PSG nível 1 para melhor caracterização do quadro clínico, com um intervalo entre os dois exames nunca superior a um ano.

Resultados: Incluídos 51 pacientes, 54.9% do sexo masculino ($n = 28$), com média de idades ($\pm$ DP) de 55.0 ± 12.9 anos e média de IMC de 29.4 ± 4.5 kg/m². Intervalo médio entre PSG nível 3 e nível 1 de 66.8 ± 40.8 dias. Destes pacientes, 49.0% tinham patologia cardiovascular associada, 27.5% sonolência diurna excessiva caracterizada por escala de sonolência de Epworth ≥ 11 e 23.5% não tinham qualquer destas situações. 52.9% cumpriam os critérios diagnósticos de SAOS após PSG nível 3, valor aumentado para 70.6% após PSG nível 1.

Houve uma diferença estatística significativa do IAH médio entre os dois exames, $8.8 \pm 5.4/h$ no PSG nível 3 vs $18.3 \pm 13.8/h$ no PSG nível 1, $p < 0.001$; não sendo encontrada diferença no valor médio do IDO, $9.4 \pm 5.4/h$ no PSG nível 3 vs $8.5 \pm 9.4/h$ no PSG nível 1, $p = 0.486$.

Conclusão: Uma vez que o IDO foi semelhante e houve uma diferença significativa do IAH entre os dois exames, podemos assumir que a diferença do IAH se deveu essencialmente à diferente definição de hipopneia nestes dois exames. A associação entre os microdespertares e o risco cardiovascular não é tão robusta como a do IDO, assim, este estudo vem reforçar a necessidade de avaliar o impacto dos microdespertares como risco cardiovascular e questionar os microdespertares como critério na definição de hipopneia de forma a não sobrevalorizar o diagnóstico de SAOS.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 015

APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO GRAVE E CIRURGIA ORTOGNÁTICA: UM CASO DE SUCESSO

Autores do trabalho:

MONICA PEREIRA; MIGUEL GUIA

Centro Hospitalar Universitario Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

ALEXANDRE ALMENDRA; MARTA ESCALEIRA; EMANUEL NABAIS;
JOAO CARVALHO; RUI LIMA; TIAGO TOSCANO; PAULA PINTO;
CRISTINA BARBARA

Palavras-chave: APNEIA, SONO, CIRURGIA ORTOGNATICA

O tratamento de primeira linha para a apneia obstrutiva do sono (AOS) é a pressão positiva contínua (CPAP). Recentemente, foi descrito que a cirurgia de avanço maxilomandibular pode melhorar ou tratar a AOS em casos graves, mas os resultados não são ainda concordantes.

Os autores descrevem o caso de um homem de 39 anos, com IMC de 27,1 kg/m², com antecedentes de hipertensão arterial, ansiedade e síndrome depressiva. O doente referia queixas de roncopatia, sonolência diurna excessiva (Epworth 19/24) e apneias presenciadas e apresentava retrognatismo de classe II. Realizou polissonografia (PSG) que revelou um índice de distúrbios respiratórios (RDI) de 79,6/h, compatível com AOS grave e iniciou CPAP.

Devido a queixas de obstrução nasal acentuada, foi observado por otorrinolaringologia e, por presença de hipertrofia amigdalina associada, palato mole flácido com úvula longa, foi submetido a septoplastia, turbinectomia parcial inferior bilateral e uvulopalatofaringoplastia.

Após a cirurgia, o doente apresentou melhoria da sonolência diurna (Epworth 10/24), realizou nova PSG sem CPAP que apresentou RDI 27,8/h e foi encaminhado à nossa Unidade de Sono. A terapêutica com CPAP foi novamente proposta. Todavia, apesar da otimização de parâmetros, o doente manteve baixa adesão ao CPAP. Foi então encaminhado para a Unidade de Cirurgia Maxilofacial e submetido a cirurgia ortognática com avanço bimaxilar - Le Foret I e osteotomia mais osteotomia sagital bilateral dos ramos da mandíbula. Previamente à cirurgia, as dimensões ântero-posteriores dos níveis das vias aéreas (palato, base da língua e osso hióide) eram 15,5, 14,8 e 15,7 mm, respetivamente. Após a cirurgia, verificou-se uma variação positiva de todas as dimensões ântero-posteriores (2,1, 1,5 e 1,1 mm, respetivamente).

Ocorreu também uma melhoria sintomática significativa (sem roncopatia ou sonolência - Epworth 2/24) e uma nova PSG, sem CPAP, apresentou um índice de apneia hipopneia de 1,4/h. Como efeito adverso da cirurgia, o doente mencionou apenas parestesia do lábio inferior.

Com este caso clínico pretende-se demonstrar que a abordagem dos doentes por uma equipa multidisciplinar é essencial para o sucesso terapêutico de doentes graves, incapazes de se adaptar à terapêutica com CPAP, contribuindo assim para uma medicina mais personalizada.

PE 016

ESCOLHER A INTERFACE- MÁSCARA NASAL OU FACIAL NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO?

Autor do trabalho:

ANA PAIS

Departamento do Tórax; Serviço de Pneumologia - Unidade de Sono e Ventilação não Invasiva; Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

JOANA FERRA; JOÃO CARVALHO; CARLA TAPADA; ANDREIA PINTO;
FLÁVIA CRUZ; RITA DUARTE; ISABEL VIDEIRA; PAULA PINTO;
CRISTINA BÁRBARA

Palavras-chave: AOS, INTERFACE, IAH RESIDUAL, ORONASAL, NASAL

Introdução: A apneia obstrutiva do sono (AOS) é uma patologia muito prevalente associada à obesidade e a características craniofaciais específicas, como o retrognatismo. Tendo em conta as complicações cada vez mais reconhecidas da AOS, torna-se fundamental otimizar o seu tratamento. Em casos moderados e graves, a terapêutica com pressão positiva é a melhor opção terapêutica. A escolha da interface é amplamente baseada na experiência pessoal do clínico e na preferência do doente. No entanto, as máscaras oronasais podem causar ou exacerbar a obstrução das vias aéreas superiores em alguns doentes anatomicamente suscetíveis, deslocando posteriormente a mandíbula e consequentemente a língua e o palato mole.

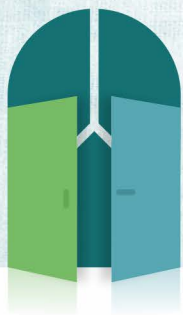
Objetivos: Avaliar o índice de apneia e hipopneia residual (IAH) após a substituição da máscara oronasal para máscara nasal com apoio de queixo em doentes com AOS e eventos respiratórios obstrutivos não completamente corrigidos com terapêutica com pressão positiva.

Métodos: Apresenta-se uma série de oito doentes previamente diagnosticados com AOS (isolada ou associada a outros distúrbios ventilatórios, como doença pulmonar obstrutiva crónica ou síndrome de obesidade-hipoventilação) que tinham um índice de apneia-hipopneia residual significativo sob terapêutica com pressão positiva aplicada por uma máscara oronasal. Neste estudo, excluímos todos os casos em que, pressões insuficientes ou fuga de ar excessiva, pudessem contribuir para os piores resultados. Foram também cuidadosamente avaliados e negados outros potenciais fatores explicativos, como mudanças de peso corporal ou na posição de dormir, bem como o consumo de álcool ou sedativos.

Resultados: Os oito doentes (5 mulheres; média de idades: 72,9±9,1 anos; IAH basal médio: 40,6±23,4 eventos/h) tinham um IAH residual médio de 13,9±8,9 eventos/h. Ao alterar a interface para uma máscara nasal associada a apoio de queixo, o IAH médio residual foi reduzido para 4,4±3,7 eventos/h. Este efeito benéfico foi demonstrado em ambos as modalidades de pressão positiva - três doentes estavam sob pressão positiva contínua automática (APAP) e cinco sob pressão positiva binível (BiPAP). Verificou-se também uma redução adicional nas pressões em três doentes do grupo com BiPAP que necessitavam de valores bastante elevados.

Em todos os casos, os doentes referiram maior conforto e melhor qualidade de sono com a utilização da máscara nasal.

Conclusão: Em doentes com apneia obstrutiva do sono de difícil controlo, com evidência de eventos obstrutivos residuais e/ou que necessitem de pressões elevadas para o seu controlo, a escolha da máscara deverá ser revista podendo ser considerada a utilização de máscara nasal com apoio de queixo.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 017

APNEIA DO SONO NA PARALISIA CEREBRAL: FACTOR DE AGRAVAMENTO POR VEZES SUBESTIMADO

Autor do trabalho:

MÁRIO PINTO

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

Co-Autores do trabalho:

JOÃO RODRIGUES; TIAGO SÁ; JOÃO CARDOSO

Palavras-chave: PARALISIA CEREBRAL; SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO; VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA

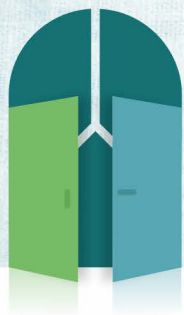
Introdução: A encefalopatia hipoxico-isquémica perinatal tem uma incidência de um a três por cada 1000 nados-vivos de termo. A taxa de mortalidade é 15 a 20% durante o período pós-natal, sendo que 25% dos recém-nascidos afectados desenvolvem sequelas graves a longo prazo, entre as quais défices cognitivos, alterações visuais, epilepsia e paralisia cerebral. Verifica-se uma maior prevalência de perturbações do sono nestes indivíduos face à população geral. Isto deve-se a vários factores, incluindo uma menor produção de melatonina secundária à diminuição da acuidade visual, bem como a ocorrência de crises comiciais nocturnas e a diminuição da qualidade do sono pelos fármacos anticonvulsivantes. Além disso, a redução do tónus muscular da orofaringe, que ocorre na paralisia cerebral, aumenta o risco de colapso das vias aéreas superiores durante o sono.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 19 anos, com o diagnóstico de encefalopatia hipoxico-isquémica perinatal, apresentando como sequelas: paralisia cerebral discinética, com classificação Gross Motor Function Classification System (GMFCS) de nível V; epilepsia controlada com levetiracetam, sem crises convulsivas há cinco anos; e refluxo gastroesofágico medicado com esomeprazol. Por disfagia orofaríngea, era alimentado por gastrostomia. Para investigação de quadro de respiração ruidosa, sonolência diurna, roncopatia nocturna e episódios de apneia presenciados pela mãe durante a noite, foi internado no serviço de Pneumologia.

À observação, destacava-se retrognatismo marcado e farfalheira, com necessidade frequente de aspiração de secreções brônquicas. A respiração tornava-se significativamente menos ruidosa após manobra de protusão do maxilar inferior. Realizou polissonografia, que evidenciou índice de apneia-hipopneia (IAH) de 68 eventos/h (63 hipopneias e cinco apneias, predominantemente obstrutivas), bem como períodos prolongados de dessaturação, apresentando saturação de oxigénio inferior a 90% durante 83% do tempo de estudo. Estabeleceu-se, assim, o diagnóstico de síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) grave.

Após titulação automática realizada durante três noites, teve alta adaptado a ventilação por pressão positiva contínua nocturna, em modalidade Auto-adjusting Positive Airway Pressure (APAP), parametrizada para pressões de 10 a 14 cmH₂O. Aquando da reavaliação em consulta de Sono, apresentava IAH residual de três eventos/h, com fuga controlada e adesão adequada. Obteve-se melhoria clínica significativa: apresentava-se mais desperto e bem-disposto durante o dia, com respiração menos ruidosa, e com sono mais tranquilo, sem roncopatia ou apneias.

Conclusão: A SAOS é uma comorbilidade frequente em doentes com paralisia cerebral (especialmente naqueles que apresentam maior grau de disfunção motora), tem um impacto importante nas suas vidas e é passível de ser corrigida. A presença de disfagia pode indiciar hipotonia da orofaringe e um risco aumentado de SAOS. Com este caso, pretende-se ilustrar a melhoria significativa da qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores que é possível atingir com o tratamento da SAOS.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 018

RETIRADO

PE 019

RESOLUÇÃO DE APNEIA CENTRAL DO SONO (ACS) RESIDUAL E RESPIRAÇÃO DO TIPO CHEYNE-STOKES (RCS) NUM PACIENTE SOB CPAP APÓS TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA COM SACUBRITIL-VALSARTAN

Autor do trabalho:

FRÉDÉRIC MATIAS DE OLIVEIRA

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde

Co-Autores do trabalho:

CRISTINA MARQUES; TERESA PINTO

Palavras-chave: APNEIA CENTRAL DO SONO, IAH, RESPIRAÇÃO DO TIPO CHEYNE-STOCKES, CPAP, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA GRAVE, SACUBITRIL/VALSARTAN (ENTRESTO), ECOCARDIOGRAMA, NT-PROBNP

Trata-se de um caso de um paciente do género masculino, raça caucasiana, com 67 anos, com insuficiência cardíaca grave, NYHA classe II-III, diagnosticado em 2006 com doença isquémica cardíaca secundária a enfarte agudo do miocárdio e com vários fatores de risco cardiovascular maior. Em 2010, foi-lhe implantado um cardioversor-desfibrilhador e 4 anos depois teve um episódio agudo de trombose venosa renal e foi-lhe diagnosticado estadio 3 de Insuficiência Renal com hipertrofia renal direita significativa.

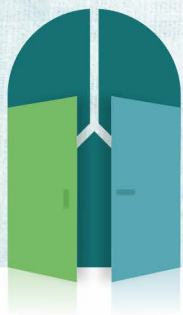
No Ecocardiograma realizado em 2017, verificou-se cardiopatia isquémica, acinésia do apex e hipocinésia dos segmentos ventriculares esquerdos, com dilatação severa do VE, disfunção diastólica do VE de grau 1, compromisso severo da função VE (FEVE=20%) e dilatação moderada a severa da aurícula esquerda.

Nas análises clínicas apresentava níveis de NT-proBNP de 5307 pg/mL. As Provas Funcionais Respiratórias estavam dentro dos limites da normalidade (FEV1=112.3%, FEV1/VC=82.9%, DLCO/VA=112.6%) e apesar da ausência de hipersonolência diurna (Escala de Sonolência de Epworth=4) realizou em 2017, estudo poligráfico do sono domiciliário.

Verificou-se ACS grave, com IAH de 35.3/hora (59% dos eventos de natureza central), IDO de 32.6/hora, 55.1% do tempo de registo com roncopatia, SpO2 média de 93%, SpO2 mínima de 85%, T90 de 3.2%.

Foi adaptado a Auto-CPAP (6/16 cmH2O) com máscara facial, uma vez que a Servoventilação estava contraindicada, e reavaliado 4 dias depois para otimização de parâmetros. A pressão foi fixada próxima do percentil 90% e por fim reajustada na consulta seguinte para 12 cmH2O. Em 115 dias sob APAP/CPAP, o IAH reduziu de 35.3/hora para 13.7/hora, apresentando uma aderência próxima de 8 horas/noite. Não ocorreu qualquer melhoria na FEVE, nos níveis de NT-proBNP nem nos sintomas.

Após reavaliação médica em contexto de consulta de Medicina Interna, foi prescrito o fármaco Sacubitril/Valsartan (Entresto), com o objetivo de estabilizar e otimizar a insuficiência cardíaca. Na consulta seguinte, o paciente referiu redução da fadiga e da dispneia no dia-a-dia e também se verificou uma redução imediata e permanente do IAH residual sob CPAP. Ao longo de 221 dias de CPAP e toma do fármaco, o IAH médio foi de 1.7/hora, tendo ocorrido redução da RCS de 28.6% para 5.7%, com aderência superior a 8 horas/noite, 100% das noites. No Ecocardiograma realizado posteriormente, verificou-se uma melhoria de 2% na FEVE (22%)



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

mas ocorreu agravamento da disfunção diastólica do VE e da função sistólica ventricular direita. Nas análises clínicas, verificou-se um aumento dos níveis de NT-proBNP(8944 pg/ml).

Em suma, com CPAP o IAH residual foi inicialmente reduzido de 35.3/h para 13.7/h (média de 115 dias) e posteriormente controlado para menos de 5/h (1.7/h de média em 221 dias) logo após o início da toma do fármaco Sacubitril/Valsartan, tendo também ocorrido uma redução associada da RCS de 28.6% para 5.7%. Apesar do paciente ter referido inicialmente menos dispneia e fadiga no dia-a-dia e ter ocorrido um aumento da FEVE em 2%, ao longo do tempo, verificou-se agravamento progressivo da disfunção diastólica VE e da função sistólica ventricular direita, assim como dos níveis de NT-proBNP (de 5307 para 8944 pg/ml).

PE 020

ENFISEMA BOLHOSO OU DISTROFIA BOLHOSA DO PULMÃO?**Autor do trabalho:****JOANA NASCIMENTO**

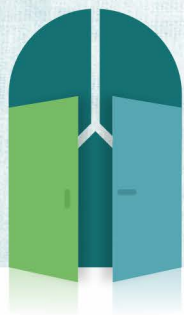
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN)

Co-Autores do trabalho:**INÊS SPENCER; PEDRO FALCÃO; MARGARIDA SOUSA; CRISTINA BÁRBARA**

Palavras-chave: ENFISEMA BOLHOSO, DISTROFIA BOLHOSA PULMONAR, TABAGISMO, RESSEÇÃO, TORACOTOMIA.

Introdução: A distrofia bolhosa do pulmão caracteriza-se pela presença de bolhas uni/bilaterais rodeadas de parênquima pulmonar normal, que surgem da destruição, dilatação e confluência dos espaços distais aos bronquíolos terminais. São maiores do que 1 centímetro de diâmetro, e as suas paredes são compostas por parênquima pulmonar comprimido. Distingue-se do enfisema que surge no contexto da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), sendo o último caracterizado pela presença de enfisema centrilobular num parênquima não-bolhoso. As alterações bolhosas do pulmão surgem em variados contextos, nomeadamente de tabagismo, toxifilia endovenosa, inflamação crónica e destrutiva presente no enfisema centrilobular, nas doenças hereditárias do tecido conjuntivo, nas alterações fibrorretrácteis, ou no défice da proteína alfa-1 antitripsina. Manifesta-se essencialmente por dispneia, e pode complicar-se de pneumotórax, infeção ou hemorragia. O tratamento consiste na redução de volume, é preferencialmente cirúrgico, e resulta na melhoria clínica, maior tolerância ao esforço e reserva respiratória.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um homem, 40 anos, leucodérmico, ex-fumador, carga tabágica de 24 unidades maço/ano, negados hábitos toxifílicos, com antecedentes de pneumotórax espontâneo à esquerda em 2011. Seguido em consulta de Pneumologia desde 2016, onde se documenta deterioração rápida da arquitectura pulmonar comparativamente a 2011, documentada por tomografia computadorizada (TC) torácica, com completo preenchimento aéreo do hemitórax direito, condicionando desvio contralateral do mediastino, e microenfisema disperso no pulmão esquerdo de predomínio lobar superior e bolhas parasseptais apicais e paramediastínicas de predomínio supra-hilar, que atingem os 5 cm. Neste contexto foi investigado para decisão de tratamento cirúrgico. Destaca-se nos exames complementares de diagnóstico realizados hipoxémia na gasimetria arterial, analiticamente alfa-1 antitripsina normal, sem alterações nas serologias e estudo de doenças do tecido conjuntivo. Não foram realizadas provas de função pulmonar pelo risco de complicações. Realizou cintigrafia pulmonar de ventilação/perfusão que documentou eclosão funcional quase total do campo pulmonar direito, identificando-se apenas fina lâmina de parênquima funcionante no bordo postero-interno, sendo a perfusão pulmonar relativa à direita de 8% e à esquerda de 92%. Realizou ressecção das bolhas enfisematosas à direita por toracotomia. O resultado anatomopatológico revelou enfisema bolhoso distal. Um ano após a ressecção das bolhas apresentou evolução muito favorável, imagiologicamente documenta-se exuberante melhoria com completa re-expansão do pulmão direito, mantendo pequenas alterações enfisematosas. Funcionalmente sem obstrução, com FEV1 (forced expiratory volume in



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

1 second) de 3,89 litros, 101%, FVC (forced vital capacity) de 4,71 litros, 115% e DLCO (diffusing capacity for carbon monoxide) de 70%.

Conclusão: Este caso retrata um indivíduo jovem com destruição bolhosa da arquitectura pulmonar desproporcional à esperada na presunção do diagnóstico de DPOC tabágica, e sem outro contexto associado. Considera-se poder tratar-se de uma distrofia bolhosa pulmonar, que se define como primária e rara, caracterizada por bolhas que ocupam mais de um terço do hemitórax, predominantemente nos lobos superiores, sendo mais comuns nos homens fumadores. Nem sempre existe indicação para terapêutica cirúrgica, sendo esta benéfica nos doentes jovens e com enfisema heterogéneo. Este é um caso raro com resultados notórios após intervenção cirúrgica.

PE 021

FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**Autor do trabalho:****JOANA MARTINS**

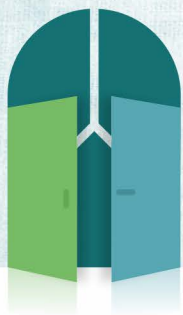
Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA, PRÓTESE TRAQUEAL, NEOPLASIA

Introdução: As fístulas traqueoesofágicas são uma conexão patológica entre o esófago e a traqueia, podendo ocorrer após procedimentos cirúrgicos, de radioterapia, quimioterapia, ou compressão da via aérea. A colocação de próteses esofágicas é parte englobante dos factores de risco para desenvolvimento de fístulas traqueoesofágicas, pelo que o aumento do seu número de colocações representa um aumento do número de complicações associadas. Apresentamos um estudo de um caso clínico de uma fístula traqueoesofágica pela erosão da prótese esofágica.

Caso clínico: Mulher de 46 anos, não fumadora, com antecedentes de linfoma não Hodgkin estadio IV – a condicionar obstrução esofágica por compressão extrínseca, com necessidade de colocação de prótese esofágica e múltiplas recolocações por falência das prévias. Submetida a quimioterapia e radioterapia, tendo o término do último tratamento realizado datado há sensivelmente um ano. A doente apresentava, 30 dias após a última recolocação de prótese esofágica, um quadro de dispneia em repouso e tosse aquando a deglutição, com disfagia associada, motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência. Da avaliação imagiológica realizada por tomografia computadorizada axial (TAC) de tórax, foi documentada fístula traqueoesofágica, tendo por conseguinte sido submetida a recolocação de prótese esofágica e colocação de prótese traqueal. Em virtude das múltiplas intervenções esofágicas prévias, a traqueia apresentava múltiplas deformidades na sua parede posterior observáveis aquando a videobroncoscopia com fístula traqueoesofágica a 3cm da carina. Neste contexto foi submetida a broncoscopia rígida para colocação de prótese 16/40mm ficando a fístula coberta e os brônquios principais totalmente permeáveis. A evolução clínica foi gradualmente favorável, tendo-se revisto a prótese traqueal após uma semana, sem nenhuma complicação verificada.

Conclusão: Fístulas traqueoesofágicas são uma complicação grave de múltiplos factores, em particular de procedimentos invasivos esofágicos. Nos doentes portadores de próteses esofágicas, ou com outros factores de risco associados à possibilidade de formação de fístulas traqueoesofágicas, é de sublime importância a atenção aos sinais de alarme para intervenção precoce e eficaz na resolução da mesma.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 022

TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA – UMA VIAGEM ENDOSCÓPICA

Autor do trabalho:

TERESA FINDE CHIVINDA

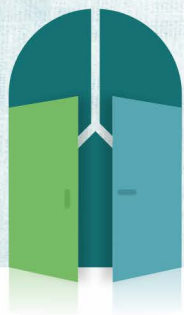
Clínica Sagrada Esperança, Luanda-Angola

Palavras-chave: PALAVRAS CHAVE: TB ENDOBRÔNQUICA, TUBERCULOSE, BRONCOFIBROSCOPIA

A tuberculose continua a ser um problema de saúde global. Afeta milhões de pessoas a cada ano e é uma das principais causas de morte nos países em desenvolvimento. A tuberculose endobrônquica (TBEB) é definida como infecção tuberculosa da árvore traqueobrônquica com evidência microbiana ou histopatológica. A incidência de TBEB não é conhecida, pois a broncoscopia não foi implementada rotineiramente em todos os casos de tuberculose pulmonar. Em 1943, um estudo realizado num sanatório de tuberculose, a TBEB foi observada em 15% dos casos por broncoscopia rígida e em 40% dos casos em autópsia. Desde a disponibilidade da terapêutica antituberculose, a incidência relatada de TBEB em pacientes com TB pulmonar é muito variável de 6% a 54% em vários estudos. A TBEB pode afetar qualquer parte da árvore traqueobrônquica. Os brônquios principais, brônquios lobares superiores bilateralmente e brônquio lobar médio direito são os locais comumente afectados. As manifestações clínicas da TBEB variam de acordo com o local, extensão do envolvimento ou estágio da doença e podem ser de início agudo ou insidioso. Os sintomas podem ser secundários à própria doença ou relacionados com complicações da doença como obstrução endobrônquica. Pode haver sibilos localizados e diminuição do murmúrio vesicular se houver estenose pela lesão endobrônquica. No entanto, esses sintomas e sinais podem simular outras doenças como malignidade, asma brônquica, corpos estranhos e pneumonia recorrente. A TBEB é difícil de diagnosticar porque a lesão nem sempre é evidente na radiografia de tórax com frequência e, portanto, atrasando o tratamento. Investigações adicionais, como tomografia computadorizada (TC) do tórax e broncoscopia, são frequentemente necessárias para diagnosticar e avaliar lesões brônquicas, como estenose ou obstrução. A broncoscopia é o método mais valioso para estabelecer o diagnóstico precoce e avaliar o prognóstico na TBEB. Procedimentos acessórios como biópsia, escovado, aspiração por agulha, lavado broncoalveolar e ultrassonografia endobrônquica podem ser utilizados para estabelecer o diagnóstico e excluir qualquer outra doença subjacente ou concomitante, como malignidade. Os achados endoscópicos vão desde hiperemia e edema da mucosa, elevações granulomatosas, mucosa irregular coberta de secreções caseosas, ulcerações, massa intraluminal, fibroestenose luminal, formação de fístula com supuração de material caseoso a partir dos gânglios mediastínicos ou hilares. O tratamento da TBEB é semelhante à tuberculose pulmonar. Os corticóides têm sido utilizados como terapêutica adjuvante no tratamento da TBEB, mas seu papel ainda é controverso. Os corticosteróides podem ser úteis nos estágios iniciais da TBEB, quando a hipersensibilidade é o mecanismo predominante, mas nos estágios posteriores têm menos probabilidade de serem úteis. Os corticosteróides mostraram melhoria nos resultados clínicos quando utilizados em crianças. Os principais objectivos do tratamento da TBEB são a erradicação da infecção e a prevenção da estenose traqueobrônquica. A evolução e o prognóstico estão relacionados principalmente ao

grau, extensão e duração das lesões antes do tratamento. Portanto, é necessário um diagnóstico precoce e tratamento adequado para evitar complicações.

As autoras apresentam em forma de imagens endoscópicas, alguns casos de tuberculose endobrônquica diagnosticados na Unidade de Pneumologia da Clínica Sagrada Esperança em Luanda-Angola.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 023

BIOPSIA ASPIRATIVA TRANSTORÁCICA ECOGUIADA - A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Autor do trabalho:

JOANA MARTINS

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: BIOPSIA ASPIRATIVA TRANSTORÁCICA, ECOGRAFIA, NEOPLASIA

Introdução: O cancro do pulmão é uma das principais causas de morte a nível mundial e cada vez mais frequente nos dias de hoje. A Biopsia Aspirativa Transtorácica (BATT) guiada por Ecografia Torácica é uma alternativa para evitar procedimentos cirúrgicos invasivos no diagnóstico de patologias torácicas.

Objetivos: Revisão dos resultados e das complicações de cinco BATT ecoguiadas, realizadas na Unidade de Pneumologia de Intervenção do Hospital Santa Maria e correlacionar os seus dados com os resultados das biópsias por broncofibroscopia.

Métodos: Avaliamos o total de cinco doentes, todos com uma massa (entre 5-15cm) com contacto pleural, visível por ecografia (40% com localização da massa no lobo inferior esquerdo, 40% com no lobo inferior direito e 20% no lobo superior direito). Oitenta por cento dos doentes eram do sexo masculino, idade média de 71 anos (entre 57-78), sendo que 80% eram fumadores ou ex-fumadores. À data do procedimento 100% apresentavam PS 1 e sem alterações da coagulação. Todos os doentes realizaram Broncofibroscopia com colheita de secreções brônquicas, lavado bronco-alveolar e biópsias brônquicas procedendo-se posteriormente à realização da BATT.

Resultados: Cem por cento dos doentes obtiveram diagnóstico por BATT comparativamente com zero por cento por Broncofibroscopia. O tipo histológico mais frequente foi o Adenocarcinoma (40%) seguido do carcinoma pavimento celular (20%), Sarcoma pleomorfo indiferenciado (20%) e tumor fibroso pleural (20%). Todos os exames ocorreram sem complicações durante a realização do exame e nas primeiras 48h.

Conclusão: Neste estudo conclui-se que a BATT guiada por ecografia torácica é um excelente aliado na obtenção do diagnóstico histológico de doentes com massas torácicas. O diagnóstico é realizado de uma forma célere, segura, com baixo risco de complicações e baixo custo económico.

PE 024

MELANOMA METASTÁTICO - DIAGNÓSTICO INAUGURAL POR EBUS-TBNA E EUS-B

Autor do trabalho:

TIAGO OLIVEIRA

Centro Hospitalar Universitário do Porto - Hospital de Santo António

Co-Autores do trabalho:

PAULO VICENTE; FERNANDO GUEDES

Palavras-chave: ECOENDOSCOPIA BRÔNQUICA | ESTAÇÕES GANGLIONARES MEDIASTINO-HILARES | MELANOMA METASTÁTICO

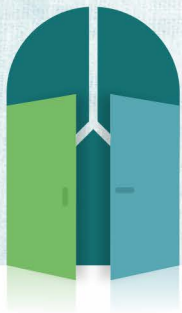
Introdução: A punção aspirativa transbrônquica guiada por ecoendoscopia brônquica (EBUS-TBNA) é uma técnica empregue sobretudo no estadiamento mediastino-hilar do cancro do pulmão não-pequenas células, permitindo também o diagnóstico de envolvimento mediastino-hilar por neoplasias primárias extrapulmonares e patologias infecciosas e inflamatórias.

Em relação ao melanoma metastático, a literatura menciona que as amostras obtidas por EBUS-TBNA são adequadas para o seu diagnóstico e/ou estadiamento. Apresentamos um caso clínico em que este procedimento levou ao diagnóstico inaugural desta neoplasia, num contexto clínico primariamente suspeito de neoplasia pulmonar primária metastizada.

Caso clínico: Homem de 67 anos, fumador 50 UMA, com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus; sem antecedentes de doença oncológica. Referenciado a Consulta Externa de Pneumologia Oncológica no contexto de toracalgia intermitente e perda ponderal involuntária com 2 meses de evolução.

TC de tórax a evidenciar duas massas pulmonares do lobo inferior do pulmão esquerdo, múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares esquerdas com critérios imagiológicos de suspeição, múltiplos nódulos hepáticos hipodensos e lesões líticas em múltiplas costelas suspeitas de metástases ósseas; 18F-FDG PET-CT a documentar hipermetabolismo dessas lesões (massas pulmonares com SUVmax 16,5). Broncofibroscopia sem evidência de lesões endobrônquicas.

Dada a topografia parenquimatosa das lesões pulmonares, não acessíveis com segurança por biópsia pulmonar transtorácica, e a ausência de lesões endobrônquicas biopsáveis por broncoscopia, foi decidida em reunião multidisciplinar a realização de EBUS-TBNA para diagnóstico da neoplasia em estudo. Assim, foram realizados EBUS-TBNA e EUS-B sob anestesia geral, tendo sido identificadas e puncionadas as estações ganglionares 4L (10mm de menor eixo), 7 (conglomerado de 20mm de menor eixo) e 11L (conglomerado de 34mm de menor eixo). Não foi realizada rapid on-site cytological evaluation por indisponibilidade desta técnica na nossa instituição. Não se registaram complicações decorrentes do procedimento. À análise anatomopatológica, foram identificadas, em todas as estações ganglionares puncionadas, populações de células marcadamente pleomórficas, de núcleo vesiculoso com nucléolo eosinofílico proeminente e de citoplasma anfofílico, frequentemente contendo abundante pigmento acastanhado, com áreas de necrose celular; o estudo imunohistoquímico revelou imunorreatividade forte e difusa de células neoplásicas para S100, SOX10 e HMB45, com ausência de imunorreatividade para CAM5.2, BerEP4, CD34, desmina e OCT4. Assim, foi firmado o diagnóstico



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

de melanoma metastizado (NRAS mutado, BRAF wild-type), na ausência de qualquer lesão cutânea compatível com melanoma cutâneo primário. Iniciado tratamento sistémico paliativo com pembrolizumab, entretanto descontinuado por rápida deterioração do estado geral do doente, que acabou por falecer cerca de 7 semanas após o estabelecimento do diagnóstico histológico.

Conclusões: A metastização ganglionar mediastino-hilar do melanoma é comum, podendo ser encontrado em até 55% dos pacientes em autópsia. No entanto, o diagnóstico mediastínico inaugural desta neoplasia é raro, em particular na ausência de lesão cutânea primária identificável.

Este caso clínico é exemplificativo da utilidade clínica do EBUS-TBNA no diagnóstico de neoplasias primárias extrapulmonares com envolvimento mediastino-hilar primário ou metastático, designadamente do melanoma.

PE 025

TAMPONAMENTO HEMOSTÁTICO NO CONTROLO DE HEMOPTISES GRAVES – A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS

Autor do trabalho:

JOANA MARTINS

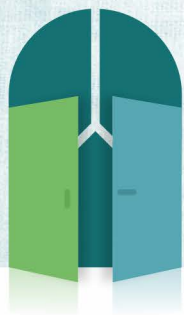
Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: HEMOPTISES, BRONCOSCOPIA RÍGIDA, SURGICELL®

Introdução: Hemoptise é um sintoma clínico comum e grave que quando não tratado a tempo pode levar à morte. Vários métodos são utilizados para o tratamento da hemorragia aguda como a cirurgia, embolização das artérias brônquicas e tratamentos broncoscópicos. Descrevemos três casos clínicos de doentes com hemoptises graves, controlado com aplicação de tamponamento hemostático com celulose oxidada regenerada (Surgicell®) por broncoscopia rígida.

Caso clínico: O primeiro caso trata-se de uma doente com 80 anos com antecedentes de uma neoplasia da mama esquerda submetida a quimioterapia e radioterapia há 30 anos. Recorre ao serviço de urgência por hemoptises moderadas onde foi efectuado um TC do tórax que mostrou alterações no apex do lobo superior esquerdo (LSE) compatíveis com pneumonite rádica. Por agravamento clínico foi submetida a broncoscopia rígida com colocação de tampão de Surgicell® no segmento apical do LSE com controlo da hemorragia. O segundo caso trata-se de uma doente de 48 anos com bronquiectasias no lobo inferior direito (LID) sequelares a uma pneumonia grave complicada de empiema. Recorre ao serviço de urgência por hemoptises maciças com compromisso hemodinâmico e necessidade de entubação para protecção da via aérea com recurso a broncoscopia rígida e necessidade de colocação de Surgicell® a nível do brônquio inferior direito para controlo da hemorragia. Por hemorragia maciça de difícil controlo a doente acabou por ser submetida a bilobectomia média e inferior direita. O último caso trata-se de uma doente de 18 anos com bronquiectasias no lobo inferior esquerdo (LIE) sequelares a tuberculose pulmonar. Recorre ao serviço de urgência por hemoptises moderadas com estabilidade hemodinâmica. Foi realizada inicialmente videobroncofibroscopia que documentou hemorragia ativa e volumosa ao nível da pirâmide basal esquerda impossível de conter por medidas tópicas pelo que foi submetida posteriormente a broncoscopia rígida com colocação de Surgicell®. Por extensa destruição pulmonar foi submetida a lobectomia inferior esquerda sem complicações. Todos os doentes se encontram estáveis e sem novos episódios de hemoptises desde a alta hospitalar.

Conclusão: A hemoptise continua a ser uma questão médica importante e, às vezes, desafiadora. Nenhuma modalidade terapêutica é universalmente superior e cada caso precisa ser abordado individualmente. O tamponamento hemostático com celulose oxidada regenerada é um método seguro, eficaz e de fácil execução técnica no controlo das hemoptises graves, sem necessidade de remoção do material, uma vez que este é completamente reabsorvível. Este tratamento mesmo sendo mais usado como um procedimento temporário no controlo da hemorragia (caso clínico 2 e 3) pode também ser usado como um tratamento definitivo (caso clínico 1).



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 026

ESTENOSE TRAQUEAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE VASCULITE

Autor do trabalho:

MARIA ARAUJO

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga

Co-Autores do trabalho:

DIANA PIMENTA; DANIELA RODRIGUES; FILIPA AGUIAR; RAQUEL PEREIRA; JOÃO CRUZ; ANA LUÍSA VIEIRA; LURDES FERREIRA

Palavras-chave: ESTENOSE TRAQUEAL, VASCULITE

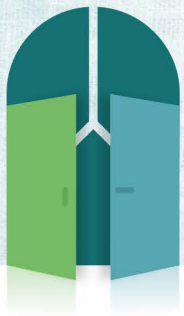
Introdução: A poliangeíte granulomatosa (PG) é uma vasculite granulomatosa necrotizante que envolve predominantemente os vasos de pequeno e médio calibre. A via aérea superior, pulmão e rim são os órgãos mais frequentemente envolvidos. Os sinais e sintomas iniciais da PG são habitualmente inespecíficos e o tempo até ao diagnóstico pode ser bastante prolongado. Na PG, é menos comum o envolvimento traqueobrônquico, nomeadamente com estenose da árvore traqueobrônquica, mas este pode ser potencialmente grave e trazer risco de vida.

Caso clínico: Homem de 49 anos, ex-fumador, sem outros antecedentes de relevo, apresentou clínica com 1 mês de evolução de disfagia, otalgia bilateral, dispneia de esforço com agravamento progressivo e expectoração hemoptóica, com posterior aparecimento de estridor. Na laringoscopia, aparentava estenose subglótica. Nesse contexto, realizou TAC-tórax que mostrou espessamento irregular e circunferencial da laringe e da porção superior da traqueia; a espirometria tinha uma curva débito/volume com morfologia de obstrução fixa das vias aéreas superiores. Na broncofibroscopia, observou-se mucosa traqueal ulcerada e irregular e a biópsia revelou um processo inflamatório com ulceração e tecido de granulação. Inicialmente, levantou-se a suspeita de vasculite, mas, uma vez que a doente não apresentava outras queixas sugestivas e não tinha alterações no estudo imunológico e dado ter apresentado várias intercorrências infecciosas, assumiu-se que a etiologia da estenose seria mais provavelmente pós-infecciosa. Sendo assim, foi medicada com corticoterapia e antibiótica e teve melhoria da dispneia e estridor.

Meio ano depois, apresentou um episódio de dispneia em repouso e estridor e a broncoscopia mostrou um agravamento da estenose com redução do lúmen traqueal para cerca de 90%, com necessidade de intervenção endoscópica urgente. Posteriormente, manteve seguimento com realização de broncoscopias de repetição e a estenose manteve-se estável. Porém, apareceram lesões cutâneas (purpúricas) na região das pernas e nádegas, cuja biópsia foi compatível com vasculite leucocito-clástica. Repetiu o estudo imunológico, desta vez com resultado positivo para c-ANCA PR3+. Sendo assim, estabeleceu-se o diagnóstico de granulomatose com poliangeíte, com envolvimento otorrinolaringológico, cutâneo, renal e traqueal. O doente iniciou tratamento de indução com corticoide e ciclofosfamida e posteriormente tratamento de manutenção com azatioprina.

Até à data da escrita, o doente encontrava-se clinicamente estável e sem evidência de estenose traqueal, mesmo tendo suspenso o tratamento de manutenção cerca de um ano antes.

Conclusão: A estenose traqueal pode ter várias causas e constitui um desafio diagnóstico e terapêutico. Apresentamos este caso pela dificuldade no diagnóstico de vasculite como causa da estenose traqueal, dada a ausência inicial de outros sintomas e alterações, nomeadamente no estudo imunológico. No caso de suspeita de vasculite, a ausência de alterações no estudo imunológico não deve excluir o diagnóstico e impedir o início do tratamento, uma vez que estas alterações podem aparecer posteriormente. Neste doente, o diagnóstico de PG foi feito um ano após o aparecimento da manifestação inicial, a estenose traqueal, o que levou a um atraso no início do tratamento.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 027

TRAQUEOBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA - UMA ENTIDADE RARA

Autor do trabalho:

MIGUEL FREDERICO FIGUEIREDO BARROSO BAÍA AFONSO

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

Co-Autores do trabalho:

SARA HELENO; ANA LOUREIRO; ARTUR VALE; ANA FERNANDES

Palavras-chave: TRAQUEOBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA; PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Introdução: A traqueobroncopatia osteocondroplástica é uma patologia rara, caracterizada pela presença de formações nodulares compostas por tecido ósseo e cartilágneo na submucosa da árvore traqueobrônquica. Desconhece-se a sua etiologia, nem estão descritos factores de risco para o seu desenvolvimento. Muitas vezes é um achado da broncofibroscopia e apresenta evolução benigna, podendo contudo, em raros casos, apresentar sintomatologia de obstrução de via aérea (dispneia, estridor) ou hemoptise.

Caso clínico: Senhora de 79 anos, exposição a biomassa, com antecedentes de nefrectomia bilateral por neoplasia células cromóforas há 2 anos, sob hemodiálise (HD) desde então, hipertensão e hipotireoidismo. Referia também contacto com doente com tuberculose há várias décadas.

Apresentava clínica de tosse seca e anorexia com 2-3 meses de evolução. Realizada TC torácica, onde se observavam áreas consolidativas e micro-nódulos em tree-in-bud sobretudo no lobo superior direito, atelectasias no lobo médio e língua, e incipientes bronquiectasias. Assim, foi pedida broncofibroscopia e consulta de Pneumologia.

Na broncofibroscopia observou-se calibre diminuído da traqueia, e múltiplas lesões vegetantes em toda a sua circunferência, poupando a parede posterior. Estas lesões estavam presentes também no brônquio principal, intermediário e lobares direitos. À esquerda estas lesões não estavam presentes, destacando-se a presença de abundantes secreções purulentas. A biópsia destas lesões revelou inflamação inespecífica. A avaliação microbiológica foi negativa para micobactérias e identificou-se *Pseudomonas aeruginosa* resistente a piperacilina/tazobactam, trimetoprim/sulfametoxazol e ceftazidima.

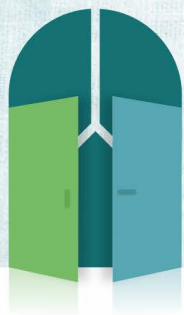
Apresentou-se em consulta assintomática. Foi medicada com intuito de erradicação, inicialmente com quinolona em alta dose, seguido de ampicilina e ceftazidima, e finalmente com colistina inalada. Entre, durante e após os ciclos de antibiótico persistiu isolamento de *Pseudomonas aeruginosa*, embora com perfil de resistências variável. Manteve-se sem exacerbações.

Discussão: Este caso clínico é representativo do paradigma desta entidade. Trata-se de uma doente imunodeprimida, que por clínica e alterações imagiológicas sugestivas de infecção, realizou broncofibroscopia onde esta patologia foi identificada como um achado.

A incidência desta patologia estima-se entre os 0,01 e os 0,41%, embora possa estar subestimada, uma vez que habitualmente é assintomática, e identificada como um achado em exame endoscópico.

Pretende-se com a apresentação deste caso lembrar o carácter benigno destas lesões e a necessidade de excluir outros diagnósticos como neoplasia, sarcoidose ou amiloidose.

Nenhum tratamento está preconizado para traqueobroncopatia osteocondroplástica, excepto em situação de obstrução da via aérea ou hemoptise. A abordagem terapêutica nesta doente limitou-se à erradicação de *Pseudomonas*, que não foi eficaz. A aparente extensão das alterações e a imunossupressão poderão ter contribuído para o insucesso da erradicação.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 028

ESTENOSE SUBGLÓTICA BENIGNA – UM CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

JOÃO PAULO DUARTE DOS SANTOS OLIVEIRA RODRIGUES

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

Co-Autores do trabalho:

MÁRIO PINTO; BRUNO MENDES; DIONÍSIO MAIA; JOÃO EURICO REIS; ALEXANDRA MINEIRO; RITA GERARDO; JOÃO CARDOSO

Palavras-chave: ESTENOSE, ESTRIDOR, BRONCOLOGIA DE INTERVENÇÃO, TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA

Introdução: A estenose subglótica benigna é uma entidade rara com predomínio no sexo feminino. Frequentemente, os seus achados podem induzir erros diagnósticos e terapêuticos. Existem reconhecidas causas de estenose subglótica que deverão ser excluídas para o estabelecimento do diagnóstico final.

Descrição: Reporta-se o caso de uma doente do sexo feminino com 73 anos de idade e história médica conhecida de obesidade, hipertensão arterial essencial, dislipidemia, epilepsia e síndrome depressiva, submetida a histerectomia total e anexectomia bilateral com necessidade de ventilação mecânica invasiva há cerca de 30 anos. Apresentava quadro de tosse seca, associada a pieira e episódios de dificuldade respiratória, com 8 meses de evolução sem fatores desencadentes identificáveis. Negava sintomatologia consumptiva. Por agravamento das queixas recorreu ao médico de família onde foi medicada com terapêutica broncodilatadora, diurética e vasodilatadora com relativa melhoria sintomática. A avaliação analítica não revelou alteração dos parâmetros de inflamação de fase aguda. Na consulta de reavaliação, foram pedidas provas de função respiratória, as quais revelaram padrão sugestivo de obstrução alta da via aérea. A tomografia computadorizada de pescoço e tórax não destacou achados de relevo. Foi referenciada a consulta de cirurgia torácica. Na consulta, para além dos sintomas prévios, apresentava estridor, motivando a realização de broncofibroscopia flexível que mostrou estenose circunferencial excêntrica membranosa na região subglótica com redução do lúmen em cerca de 80%. A doente foi encaminhada para a unidade de broncologia de intervenção para realização de terapêutica endoscópica – cortes frios com faca e desbridamento sequencial – com restabelecimento do lúmen em 85%. No dia seguinte, desenvolveu quadro de dificuldade respiratória com estridor pelo que recorreu ao serviço de urgência onde foi efetuada nova broncofibroscopia que mostrou edema das cordas vocais e estenose excêntrica da traqueia proximal, com lumen preservado em 50%, assumidos como consequentes de procedimento endoscópico. Cumpriu corticoterapia durante 5 dias com resolução completa do quadro; o exame endoscópico 4 semanas depois mostrava lumen mantido.

Conclusão: A estenose subglótica benigna pode surgir mesmo décadas após manipulação traqueal. O seu diagnóstico implica elevada suspeição diagnóstica e a exclusão de patologias que podem condicionar alterações semelhantes. O restabelecimento da permeabilidade luminal é habitualmente conseguido de forma satisfatória por procedimento broncoscópico mas em casos complexos pode necessitar de abordagem multidisciplinar e ressecção cirúrgica.

PE 029

UM PULMÃO VEDADO PELA GRANULOMATOSE DE WEGENER

Autor do trabalho:

PEDRO BARROS

Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Hospital de Faro

Co-Autores do trabalho:

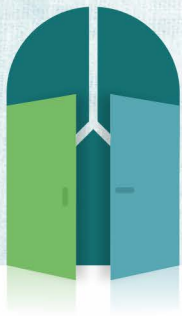
BRUNO SANTOS; PEDRO AMERICANO; ISABEL RUIVO; ULISSES BRITO; EDUARDA CARIAS

Palavras-chave: GRANULOMATOSE DE WEGENER, BRONCOSCOPIA, ESTENOSE BRÔNQUICA

Introdução: A granulomatose de Wegener é uma doença de etiologia desconhecida que afecta múltiplos órgãos e se caracteriza por uma vasculite granulomatosa necrotizante, afetando sobretudo as vias aéreas superiores, pulmão e rins. O envolvimento pulmonar ocorre em alguma fase da doença em cerca de 80% dos doentes, com um espectro alargado de manifestações. A manifestação pulmonar mais frequente é a identificação de múltiplos nódulos pulmonares que podem cavar. O espessamento concêntrico da parede das vias aéreas também é uma possível alteração encontrada, podendo conduzir a estenose. A etiologia da estenose ainda é desconhecida. A broncofibroscopia é um procedimento muito útil para localizar e caracterizar as estenoses brônquicas produzidas por esta doença.

Caso clínico: Doente de 24 anos, sexo masculino, segurança de profissão. Não fumador. Antecedentes pessoais de granulomatose de Wegener com atingimento pulmonar (nódulos pulmonares cavitados), nasal, renal, cardíaco e imunológico. Medicado com prednisolona, torasemida, bisoprolol, cotrimoxazol, esomeprazol, ramipril, ivabradina e rituximab a cada 6 meses. Realizou tratamento com ciclofosfamida em 2018.

Enviado a consulta de Técnicas de Pneumologia por TC-Tórax com “condensações em ambos os lobos superiores, mais evidentes à esquerda, com ligeiro desvio do mediastino homolateral, sugerindo provável componente atelectásico bilateral”. Foi realizada broncofibroscopia que revelou encerramento completo dos orifícios de entrada de ambos os lobos superiores, além de placas amareladas na parede postero-externa do brônquio principal direito, em toda a extensão. Foram realizadas várias biópsias que mostraram ligeira inflamação crônica inespecífica. Realizou Broncoscopia Rígida, com o objetivo de colher novas biópsias e tentar a permeabilização dos lobos pulmonares superiores. Na Broncoscopia Rígida, verificou-se novamente uma oclusão de ambos os brônquios lobares superiores, com uma área membranosa no centro, que se perfurou com sonda de biópsia, realizando-se posteriormente dilatação com balão. Conseguiu-se progredir com o broncofibroscopio pelo brônquio lobar superior esquerdo, mas tal não foi possível no brônquio lobar superior direito. Houve saída de pus de consistência elástica da árvore distal esquerda em quantidade moderada após desobstrução. Observou-se também estenose concêntrica dos segmentos dos brônquios lobares superiores por tecido de granulação. O doente ficou internado para vigilância durante 1 dia, tendo alta com seguimento em consulta de Pneumologia. Na radiografia de tórax de controlo não se verificou uma melhoria significativa da atelectasia dos lobos superiores.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

Conclusão: As estenoses brônquicas são manifestações pouco comuns da granulomatose de Wegener podendo causar deterioração funcional significativa. Estas lesões devem ser investigadas quando sejam detectadas manifestações pulmonares da doença. Neste caso, foi descoberto no doente uma oclusão total de ambos os brônquios lobares superiores. A broncoscopia assumiu um papel importante não só no diagnóstico mas também na tentativa de reperfusão, o que foi apenas possível até ao momento a nível proximal.

PE 030

PAPILOMATOSE RESPIRATÓRIA RECORRENTE EM DOENTE LARINGECTOMIZADO**Autor do trabalho:****MARIA INÊS MATIAS**

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

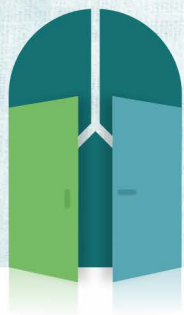
Co-Autores do trabalho:**F. RAMALHOSA; F. GAMBOA; L. CARVALHO; A. FERREIRA**

Palavras-chave: PAPILOMATOSE RESPIRATÓRIA RECORRENTE, HPV, EXPRESSÃO DE P16, CARCINOMA EPIDERMÓIDE

Introdução: A papilomatose respiratória recorrente (RRP) é uma doença rara causada pelo vírus do papiloma humano (HPV) e caracteriza-se pelo crescimento de papilomas no tracto respiratório. [1] A incidência estimada é de 2 em 100.000 adultos e 4 em 100.000 crianças. A broncoscopia é o método mais fiável para o diagnóstico através da visualização directa das lesões, e biópsia para o diagnóstico histopatológico definitivo. Os autores apresentam um caso de RRP num doente com antecedentes de carcinoma epidermóide da laringe.

Caso clínico: Homem de 53 anos, trabalhador em cerâmica, com quadro de hemoptises. Ex-fumador (50 UMA) em seguimento em Otorrinolaringologia por carcinoma epidermóide da laringe (T4N0) submetido a laringectomia total, traqueostomia e radioterapia 7 anos antes (2003). Tinha ainda antecedentes de enfarte agudo do miocárdio e encontrava-se medicado com aspirina, clopidogrel, ramipril, atorvastatina e pantoprazol. Ao exame objectivo era audível sibilância expiratória dispersa bilateralmente. A radiografia do tórax não apresentava alterações e analiticamente identificava-se hemoglobina de 12.0 g/dl. Realizou videobroncofibroscopia que revelou múltiplas formações polipóides e duas grandes lesões nodulares na carina e brônquio principal direito, com obstrução significativa do mesmo. De seguida realizou broncoscopia rígida com biópsia das lesões e desobstrução brônquica com terapêutica com laser Nd:YAG (neodymium yttrium aluminum garnet). A histopatologia das amostras revelou metaplasia epidermóide e papiloma escamoso. O doente permaneceu em seguimento em Pneumologia com repetição das broncoscopias rígidas e observação de lesões semelhantes com necessidade recorrente de terapêutica laser. Foi assumido o diagnóstico de papilomatose traqueal, dado as repetidas biópsias não identificarem células neoplásicas e serem positivas para a expressão de p16, ao contrário do prévio carcinoma epidermóide da laringe. Após o início de tratamento com aplicação tópica de mitomicina, houve diminuição gradual da recorrência dos papilomas bem como da necessidade de laserterapia. No entanto o paciente faleceu em 2018 por enfarte agudo do miocárdio.

Conclusão: A papilomatose respiratória recorrente tem natureza benigna, no entanto tem tendência à recorrência após a ressecção e o crescimento destes papilomas pode causar obstrução grave das vias aéreas. A disseminação para o parênquima pulmonar ocorre em cerca de 1% dos casos e a degeneração maligna está descrita em 3-7%. A expressão de p16 está correlacionada com o vírus HPV subtipo 16, altamente oncogénico mas também associado a melhor prognóstico comparativamente com carcinomas epidermóides p16 negativos. Neste caso, a expressão de p16 foi focalmente positiva nos papilomas e negativa no carcinoma epidermóide



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

da laringe prévio, demonstrando o valor heterogêneo na prática clínica, podendo ser enganador no diagnóstico/prognóstico. A RRP é uma doença rara que pode causar compromisso grave da permeabilidade da via aérea, constituindo um desafio para os clínicos, não existindo um tratamento curativo definitivo.

PE 031

“LAVADO BRONCOALVEOLAR DOURADO”

Autor do trabalho:

ALEXANDRA TENDA DA CUNHA

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

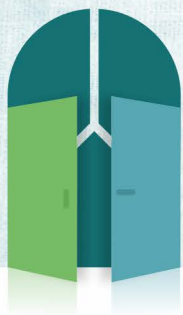
ANA CRISTINA FERREIRA; YVETTE MARTINS; FILIPA COSTA; ANA FIGUEIREDO

Palavras-chave: BRONCOFIBROSCOPIA, LAVADO BRONCOALVEOLAR, HIPERBILIRRUBINEMIA, ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA

Introdução: A Esferocitose Hereditária é uma patologia eritrocitária que cursa com anemia hemolítica. A hemólise intravascular leva a hiperbilirrubinemia por degradação do grupo heme. A bilirrubina ao entrar no espaço alveolar pode inativar o surfactante pulmonar. A informação acerca destes achados e alterações é escassa na literatura.

Caso clínico: Homem de 70 anos, autônomo, não fumador, com antecedentes de esferocitose hereditária, fibrilhação auricular sob anticoagulação, é enviado a consulta de Pneumologia por alterações imagiológicas. Apresentava história de pneumonia, diagnosticada em contexto de tosse produtiva amarela-esverdeada, que resolveu com antibioterapia empírica; posteriormente, apresentou episódios de pieira de predomínio noturno e reaparecimento de tosse produtiva amarelada escassa. Realizou TC tórax que revelou adenopatias na janela aorto-pulmonar e hilar direita; consolidação associada a vidro despolido no segmento postero-lateral basal direito, e vidro despolido ao nível de lobo superior direito e lobo médio, sugestivas de processo pneumónico; lesão fusiforme de características sólidas e realce homogêneo em topografia paravertebral esquerda de 34x20mm. Na consulta de Pneumologia, por manter sintomatologia, sem sintomas constitucionais, crepitações na base direita à auscultação pulmonar, realizou broncofibroscopia que revelou “Placas de coloração amarelada ao longo de toda a árvore brônquica, predominantemente nas regiões dos anéis cartilagueos. Secreções mucosas, em quantidade escassa, dispersas pela árvore brônquica, de predomínio basal direito”; o lavado broncoalveolar (LBA) revelou um líquido amarelo canário. A análise bioquímica demonstrava aumento da bilirrubina; a microbiologia apresentava flora bacteriana mista; a contagem de subpopulações linfocitárias relevava uma alveólite linfocítica com relação CD4/CD8 baixa; a citologia do líquido não mostrava hemossiderócitos, sendo a amostra constituída essencialmente por linfócitos. Seguidamente, realizou biópsias pulmonares transbrônquicas que demonstraram apenas sinais de infeção. O doente realizou antibioterapia com melhoria do quadro sintomatológico. Ao longo do follow-up, o doente mantém-se com tosse e expectoração amarelada, em quantidade escassa, mas sem qualquer agravamento radiológico ou funcional.

Conclusão: Com este caso clínico pretendemos destacar uma alteração rara do LBA. Sabe-se que a bilirrubina pode atravessar a barreira alvéolo-capilar, depreendendo-se que níveis elevados de bilirrubina sérica conduzam a uma coloração icterica do LBA. No entanto, há escassos dados acerca da bilirrubina no LBA, sendo que os casos descritos são referentes a doentes com Anemia de Células Falciformes com patologia pulmonar aguda, tornando este caso ainda mais peculiar.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 032

AVALIAÇÃO DO PAPEL DA BRONCOFIBROSCOPIA FLEXÍVEL NA AVALIAÇÃO DA TOSSE CRÔNICA

Autor do trabalho:

JOÃO NUNES CALDEIRA

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

SOFIA RODRIGUES SOUSA; YVETTE MARTINS

Palavras-chave: TOSSE CRÔNICA; BRONCOFIBROSCOPIA; DIAGNÓSTICO

Introdução: A tosse crônica é um dos principais sintomas respiratórios e uma importante causa de referência para a Pneumologia. Os algoritmos diagnósticos para a tosse crônica defendem uma investigação sequencial e o tratamento empírico das causas mais comuns: asma, rinorreia posterior e doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). No entanto, o papel da broncofibroscopia (BF) no diagnóstico etiológico da tosse crônica – quais os doentes que mais beneficiam do exame e qual o melhor timing para o procedimento – ainda não está completamente estabelecido.

Objetivos: Avaliar o papel e a utilidade clínica da BF na investigação diagnóstica de doentes com tosse crônica.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes submetidos a BF pela indicação de tosse crônica entre 2014 e 2019.

Resultados: No total, foram realizadas 46 BF. Previamente ao procedimento, 44 (95.6%) doentes tinham estudo radiológico realizado – 21 por radiografia e TC torácicas, 17 apenas por radiografia e 6 apenas por TC –, e 39 (84.8%) tinham estudo funcional respiratório. A inspeção broncoscópica foi normal em 13 (28.3%) doentes. Do total de exames considerados anormais (33; 71.7%), os principais achados foram sinais de bronquite crônica em 16 (48.5%) doentes, malácia traqueobrônquica em 7 (21.2%) e sinais de bronquite crônica associada a malácia traqueobrônquica em 5 (15.1%). Foi feita análise microbiológica do aspirado brônquico (AB) ou do lavado broncoalveolar (LBA), em 45 doentes, tendo-se isolado microorganismos potencialmente patogénicos em 5. Em nenhum deles a antibioticoterapia dirigida pelos testes de sensibilidade antibiótica levou à melhoria da tosse. Foi realizado exame citológico do AB ou do LBA em 45 doentes, tendo 3 apresentado inflamação reativa e 1 sinais de colonização por *Actinomyces* spp. Na população em análise, 24 indivíduos foram diagnosticados com uma das 3 principais causas de tosse crônica (11 com asma, 9 com rinorreia posterior e 4 com DRGE). Os restantes diagnósticos foram hiperreatividade brônquica (5 doentes), tosse psicogénica (3), sarcoidose (2), DPOC (1) e síndrome de Sjogren (1). Em 9 doentes, não existe informação clínica com o diagnóstico final.

Conclusão: A BF tem um papel em determinados doentes com tosse crônica, principalmente naqueles com tosse persistente inexplicável. Mesmo quando considerada inconclusiva/não diagnóstica, a sua realização permite a exclusão de causas potencialmente fatal. A existência de protocolos locais para a abordagem diagnóstica da tosse crônica poderá ajudar a selecionar os doentes que mais beneficiarão do exame, e a evitá-lo naqueles em que acrescentará pouco valor diagnóstico.

PE 033

BIOPSIA TRANSTORÁCICA GUIADA POR TC: RESULTADOS E COMPLICAÇÕES

Autor do trabalho:

BRUNO GIL NETO GONÇALVES

CHUC

Co-Autores do trabalho:

S. CABRAL; A.P. LOPES

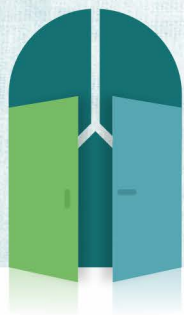
Palavras-chave: BIOPSIA PULMONAR TRANSTORÁCICA GUIADA POR TC

Introdução: A biopsia transtorácica guiada por TC (BTT-TC) é frequentemente usada no diagnóstico de massas pulmonares com uma acuidade diagnóstica descrita de 92.1%. É objetivo deste estudo, determinar a acuidade diagnóstica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, os diagnósticos mais prevalentes e as suas complicações, assim como procurar por preditores de sucesso diagnóstico.

Métodos: Estudo retrospectivo, onde foram selecionados todos os pacientes que realizaram BTT-TC a nódulos e massas, sólidos ou cavitados, entre janeiro e junho de 2019 num hospital terciário.

Resultados: Realizadas 34 BTT-TC em 28 pacientes, 53.6% do sexo masculino com média de idades ($\pm$ DP) de 66.2 ± 11.8 anos. 29 nódulos/massas sólidos e 5 nódulos/massas cavitados. A acuidade diagnóstica foi de 38.2% com deteção de seis adenocarcinomas do pulmão, três carcinomas epidermóides, um carcinoma neuroendócrino de células grandes do pulmão, um carcinoide, uma fibroelastose e uma tuberculose. Resultado histológico indeterminado, não representativo ou de parênquima normal nos restantes exames. Não foram encontrados preditores de sucesso na acuidade diagnóstica, nomeadamente, o SUV máximo de FDG-F18 na PET-TC (5.9 ± 6.9 vs 4.8 ± 5.7 quando diagnóstico histológico confirmado, $p = 0.621$), diâmetro da lesão (33.4 ± 25.0 vs 43.3 ± 24.9 milímetros, $p = 0.273$), distância à lesão (60.3 ± 18.3 vs 58.9 ± 11.6 milímetros, $p = 0.804$) ou idade do paciente (65.1 ± 11.3 vs 68.1 ± 12.9 anos, $p = 0.499$). A taxa de complicações foi de 32.4%, com necessidade de colocação de dreno torácico por pneumotórax iatrogénico em 3 pacientes; as restantes complicações foram de fina lâmina de pneumotórax, hemorragia alveolar e hemoptises limitadas.

Conclusão: A acuidade diagnóstica foi inferior à descrita na literatura. Os diagnósticos mais frequentes foram de neoplasia maligna. Não foram encontrados preditores de sucesso na acuidade diagnóstica. A taxa de complicações maior foi de 8.8%.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 034

PARA ALÉM DA NEOPLASIA INICIAL

Autor do trabalho:

MAFALDA VENTURA

USF Cruzeiro - ACES Loures-Odivelas, ARSLVT

Palavras-chave: ADENOCARCINOMA COLON

Identificação: Doente de 65 anos, sexo masculino, independente nas AVDs, com Antecedentes Pessoais de Bronquite Crônica, DM tipo II Insulinotratada com 7 anos de evolução, controlada, sem evidencia de lesão de órgão alvo, HTA Essencial medicada e controlada, dislipidemia mista controlada, Fumador de 40 UMA, sem exposição ocupacional.

HDA: Observado inicialmente em 2011 no contexto de febre, tosse produtiva com expectoração mucopurulenta com 7 dias de evolução. Assumiu-se traqueobronquite aguda e foi medicado com antibioterapia empírica, que cumpriu com melhoria, sem intercorrências. Cerca de 1 mês depois, novo quadro de expectoração mucopurulenta, por fervores crepitantes na base direita foi pedido Rx Tórax que identificou Pneumonia e lesão nodular. Foi pedida TC Pulmonar que identificou nódulo de etiologia a esclarecer. Foi efetuada biópsia endoscópica que revelou Adenocarcinoma do Pulmão. O doente foi então submetido a lobectomia inferior direita e esvaziamento ganglionar mediastínico (pT1bN2M0), com QT adjuvante e neoadjuvante. Cumpriu Programa de Reabilitação Respiratória tendo recuperado função. Encontra-se atualmente em vigilância de Nódulo do LSE desde Abril de 2018, com aumento das dimensões (7 mm vs 4 mm) em Fevereiro de 2019. Espirometria compatível com DPOC, GSA sem alterações de relevo. O doente foi incluído num programa de rastreio oncológico de Neoplasia do colon e reto em 2018. Neste contexto faz colonoscopia por PSOF + e é identificado um adenocarcinoma do colon estadio 2. O doente foi sujeito a hemicolectomia direita e mantém seguimento em Consulta de Pneumologia Oncológica, Oncologia Médica e Medicina Geral e Familiar.

Discussão: Trata-se de doente com diagnóstico de ADC do pulmão sem evidência de recidiva da doença após 5 anos de follow-up, cumpriu programa de Reabilitação Respiratória com recuperação de função e que aos 7 anos desenvolve outra neoplasia, não relacionada com o diagnóstico inicial.

PE 035

NEOPLASIA INTRATORÁCICA PRIMÁRIA RARA: UM CASO COM UMA ABORDAGEM DESAFIANTE

Autor do trabalho:

SARA SOFIA ALMEIDA HELENO

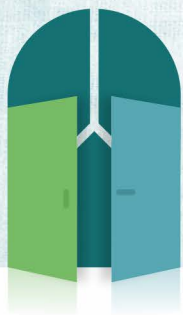
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real

Palavras-chave: TUMOR SOLITÁRIO PLEURA SARCOMA

Os tumores fibrosos solitários (TFS) da pleura são neoplasias primárias da pleura com origem nas células pluripotentes do mesênquima fibroso, de ocorrência relativamente rara. De entre os diagnósticos diferenciais possíveis, encontram-se os sarcomas e os mesoteliomas pleurais, assim como os tumores primários do mediastino.

Apresenta-se um caso clínico de uma doente do género feminino, 71 anos, não fumadora, que foi encaminhada ao departamento de Pneumologia referindo quadro de dor torácica posterior à esquerda e dispneia de esforço. Há 13 anos, a doente tinha sido submetida a tireoidectomia por bócio multinodular, medicada em conformidade desde então. Ao exame objetivo, não apresentava distorções da parede torácica, mas na auscultação pulmonar evidenciava diminuição dos sons respiratórios ao nível dos dois terços inferiores do hemitórax esquerdo. A tomografia computadorizada (TC) do tórax demonstrou uma volumosa massa realçada após contraste, com necrose extensa e focos de calcificação, ocupando grande parte da cavidade torácica esquerda; a massa condicionava colapso parcial do parênquima pulmonar adjacente e desvio contralateral do mediastino; coexistiam espessamento e derrame pleural ipsilateral. Não foram evidentes lesões endobrônquicas na broncoscopia flexível. A Ressonância Magnética torácica confirmou a presença de um tumor encapsulado, de base pleural, condicionando compressão, mas sem invasão direta, de estruturas adjacentes. Foi executada biópsia transtorácica da referida massa, cujo exame anátomo-patológico revelava tecido fibro-esclerótico, com focos de densidade de células fusiformes. A análise imunohistoquímica apoiou o diagnóstico de tumor fibroso solitário da pleura. A informação fornecida pela anatomia patológica permitiu definir como diagnóstico provável um tumor solitário da pleura com aspetos de tecido conjuntivo, baixo índice proliferativo. O estudo não evidenciou adenopatias ou metástases à distância. Subsequentemente, a doente foi submetida a ressecção cirúrgica do tumor, a qual englobou a remoção de nódulo pleural, da massa tumoral e, adicionalmente, de três nódulos mediastínicos. De forma inesperada, o exame patológico demonstrou um tumor multinodular com componente bem diferenciado "lipoma-like" e componente de sarcoma de alto grau, contendo focos de osteossarcoma e condrossarcoma. A cirurgia possibilitou exérese tumoral e re-expansão pulmonar completas. Não obstante início de terapêutica dirigida, a doente evoluiu desfavoravelmente, com internamento e necessidade de suporte ventilatório.

A cirurgia permitiu não só uma caracterização adequada do tipo de tumor, mas também um tratamento com intuito curativo; a colaboração estreita da cirurgia torácica teve, portanto, um impacto significativo na abordagem do caso, que se revelou desafiante e singular.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 036

PENFIGOIDE BOLHOSO IATROGÉNICO AO NIVOLUMAB NO TRATAMENTO DO CANCRO DO PULMÃO

Autor do trabalho:

FILIPA AGUIAR

Hospital de Braga

Co-Autores do trabalho:

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

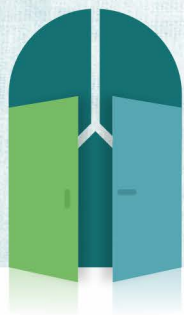
Palavras-chave: IMUNOTERAPIA, PENFIGOIDE BOLHOSO, IATROGENIA CUTANEA, NEOPLASIA DO PULMÃO

O tratamento com inibidores de checkpoint imunológico tem surgido nos últimos anos como um tratamento alternativo ou complementar à quimioterapia em diversas neoplasias, incluindo na neoplasia pulmonar. Com a utilização crescente deste género de terapêuticas surgem também diferentes toxicidades. O Penfigoide Bolhoso é uma doença dermatológica autoimune, extremamente pruriginosa, caracterizada pelo desenvolvimento de bolhas tensas, mais frequentemente verificada em idosos. É uma toxicidade dermatológica potencialmente grave da imunoterapia.

Trata-se de um caso de 77 anos de idade, do género masculino, ex-fumador desde há 25 anos com excelente estado geral (ECOG performance status de 0). Foi diagnosticado com um adenocarcinoma pulmonar em agosto de 2017, estadio T2b N3 M1c (metastização pleural e em ambas as supra-renais), com expressão de PD-L1 em 10% e sem mutações do EGFR ou ALK. O doente foi submetido a 2 linhas de tratamento com progressão a nível ósseo, ganglionar e suprarrenal. Foi decidido iniciar tratamento com Nivolumab em outubro de 2018. Cumpriu tratamento com Nivolumab com boa tolerância e estabilidade da doença até final de junho de 2019, altura em que inicia um quadro com prurido no tórax (anterior e posterior) e região lombar, primariamente de forma isolada, sem lesões cutâneas. Alguns dias após o início do prurido surgem pequenas vesículas num antebraço que alastraram para o resto dos membros superiores e dorso, apesar de estar medicado com uma baixa dose de corticoide e anti-histaminico. Face esta situação o tratamento com nivolumab foi adiado, com avaliação clínica a curto prazo. Na re-avaliação o doente apresentava bolhas e vesículas quase na totalidade do seu tegumento, em diversas fases de cicatrização, com queixas de prurido incapacitante. Perante este agravamento clínico o doente foi referenciado para uma observação urgente de dermatologia, na qual foi realizada uma biópsia cutânea. Nessa fase manteve a suspensão do Nivolumab e foi medicado com alta dose de corticoide sistémico. A biópsia cutânea confirmou a suspeita inicial de se tratar de um caso de Penfigoide bolhoso. As lesões apresentaram uma regressão total e após a diminuição do corticoide, optou-se por reiniciar o fármaco.

O presente caso traduz uma reação adversa grau III (pela escala CTCAE 5.0), de evolução gradual e de impacto considerável na qualidade de vida do doente. A toxicidade dermatológica secundária ao tratamento com inibidores de checkpoint imunológico traduz-se na maior parte das vezes em reações leves mas em certos casos podem ser desenvolvidas reações graves, ameaçadoras da vida, sendo as mais frequentes o Síndrome de Stevens-johnson, o Eritema multiforme, o Síndrome de hipersensibilidade

induzido por drogas (DRESS) e o Penfigoide bolhoso. Estas reações implicam na maior parte das vezes uma abordagem multidisciplinar com a suspensão da imunoterapia por tempo indeterminado, por vezes de forma definitiva. A deteção precoce e a orientação adequada são fundamentais para a minimização das consequências.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 037

MASSA PULMONAR EM DOENTE JOVEM FUMADOR

Autor do trabalho:

RICARDO JOSE PEREIRA DE MATOS CORDEIRO

Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Torres Vedras

Co-Autores do trabalho:

DANIEL DUARTE; CARINA RÔLO SILVESTRE; PAULA RAIMUNDO;
CARLA CARDOSO; JOAO EUSEBIO; NATALIA ANDRÉ; ANTONIO
DOMINGOS

Palavras-chave: MASSA PULMONAR, TORACALGIA, PLASMOCITOMA

Introdução: Quer o Mieloma Múltiplo (MM) com envolvimento pulmonar quer os plasmocitomas pulmonares primários são entidades extremamente raras. A manifestação torácica mais típica do Mieloma Múltiplo é o envolvimento ósseo da caixa torácica. A imagiologia habitualmente demonstra massa hilar ou do lobo médio, embora possam também ocorrer lesões periféricas ou nódulo solitário, constituído por aglomerados de plasmócitos.

Caso clínico: Os autores apresentam um doente do sexo masculino, 32 anos de idade, caucasiano, fumador (10 UMA), que referia dor na anca direita desde há 6 meses e toracalgia de intensidade moderada à direita com duas semanas de evolução.

Negava febre, tosse, expectoração, hemoptises, dispneia, perda de peso ou anorexia. Tinha antecedentes pessoais de cirurgia a hérnia lombar e fractura traumática recente do metatarso direito. Não apresentava alterações de relevo ao exame objectivo, excepto dor à mobilização do membro inferior direito.

Os resultados laboratoriais obtidos revelaram uma contagem de leucócitos de $12 \times 10^9/L$, hemoglobina de 13.9mg/dL, creatinina de 0.93 mg/dL e uma proteína C reactiva de 1.0 mg/dL. Proteínas totais 10g/dL. A análise sumária de urina revelou proteinúria leve.

A radiografia de tórax identificou uma opacidade homogénea no lobo superior do pulmão direito tendo a tomografia computadorizada (TC) de tórax confirmado a presença de uma massa, lobulada, com 6cm de diâmetro, no ápex direito com invasão da parede torácica. Destacaram-se igualmente a presença de micronódulos no lobo superior direito e no lobo inferior esquerdo, com presença de múltiplas lesões osteolíticas dos corpos vertebrais e costelas. A TC cranioencefálica revelou presença de múltiplas lesões osteolíticas dispersas na base e calote do crânio.

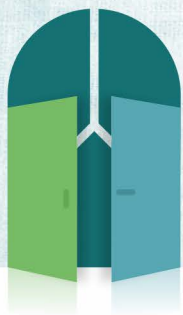
A realização da PET-TC confirmou a presença de um processo proliferativo no lobo superior direito com múltiplas lesões líticas ósseas e com baixa actividade metabólica (3,5 SUV), não típico da neoplasia do pulmão. A broncoscopia não mostrou alterações endoscópicas e as biopsias pulmonares transbronquiais foram negativas para neoplasia. Subsequentemente, foi efetuada uma Biopsia Aspirativa Transtorácica que demonstrou plasmócitos atípicos, compatíveis com plasmocitoma.

A análise das imunoglobulinas séricas mostrou aumento da IgG (4390 mg/dL) e valores diminuídos da IgM (14 mg/dL) e da IgA (7 mg/dL). Os marcadores tumorais foram negativos, com excepção da beta-2-microglobulina (3.07 mg/L). A eletroforese de proteínas identificou um pico monoclonal na fracção gamma. A imunofixação sérica e urinária revelou presença de cadeias leves tipo Kappa.

O perfil imunohistoquímico foi positivo para CD138. A biopsia de medula óssea revelou a presença de 55% plasmócitos.

Admitiu-se o diagnóstico de (MM) com plasmocitoma pulmonar tendo o doente iniciado tratamento com Dexametasona, Bortezomib e Talidomida.

Conclusão: Apesar da raridade da apresentação do MM com plasmocitoma pulmonar, sobretudo em doente jovem, esta hipótese diagnóstica foi sugerida (e posteriormente confirmada), tendo por base o elevado doseamento das proteínas totais no sangue e a PET não compatível com doença neoplásica pulmonar metastática com atingimento ósseo. O envolvimento pulmonar do MM está associado com uma progressão mais rápida da doença e mau prognóstico, com uma sobrevivência média global aos 5 anos a rondar os 40%.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 038

CARCINOMA PULMONAR DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS (CPNPC) EM ESTADIO IV COM SOBREVIDA LIVRE DE PROGRESSÃO ACIMA DA MÉDIA

Autor do trabalho:

GABRIELA SANTOS

Hospital Garcia de Orta

Co-Autores do trabalho:

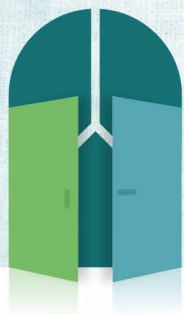
MARGARIDA BARATA; CATARINA MOREIRA; MIGUEL LOPES; JOSÉ DUARTE

Palavras-chave: DOENÇA OLIGOMETASTÁTICA, AFATINIB, CPNPC

Atualmente cerca de 40-50% dos doentes com CPNPC encontram-se em estadio IV quando diagnosticados. A taxa de sobrevivência a 5 anos é apenas de 6%, contudo devido às novas terapêuticas dirigidas, este número tem aumentado. Num subconjunto de doentes com CPNPC e mutação para EGFR tem sido demonstrado consistentemente que os inibidores de tirosina cinase, como o Erlotinib, Gefitinib e Afatinib, promovem uma sobrevida livre de progressão superior quando comparada a quimioterapia convencional.

Apresentamos um caso clínico de uma mulher, 63 anos, não fumadora, com antecedentes conhecidos relevantes de asma. Foi encaminhada para a consulta de Pneumologia por dor pleurítica direita. Negava tosse, expectoração, perda de peso ou anorexia. Sem alterações no exame objetivo. A tomografia computadorizada (TC) do tórax e a tomografia por emissão de positrões (PET) revelava uma massa apical no lobo superior direito de 42mm (SUV 5.0), 2 nódulos no lobo médio de 14mm e 19mm (SUV 1.1), 1 nódulo de 12mm (2.4 SUV) e 2 adenopatias de 16mm (paratraqueal e subcarinal – estação G7, 2.4 SUV). Realizou broncofibroscopia onde se observavam sinais de compressão extrínseca no brônquio do lobo médio e brônquio interno do lobo inferior direito. Biópsias transbronquiais revelaram a presença adenocarcinoma pouco diferenciado cujos resultados genéticos demonstraram uma mutação no gene EGFR no exão 19 - c.2235_2249 deleção13InsC (p.Glu746_Ala750del) e ALK negativo e PDL1 0%. Biópsias transbronquiais por aspiração na estação G7 foram negativas. Realizou RMN craneo-encefálica (CE) que revelou uma lesão única na região cortical, na margem posterior circunvalação pré-central direita, compatível com lesão secundária. Não apresentava sintomas neurológicos associados. Sem outras lesões abdomino-pélvicas ou ósseas. Assim, assumiu-se como diagnóstico: adenocarcinoma, com uma metástase cerebral, em estadio IVA, T4NOM1b, PS 0. Foi submetida a radiocirurgia (RC) CE com sucesso. Enquanto aguardava os resultados genéticos iniciou quimioterapia com Platino e Pemetrexed, 3 ciclos, com mínimas alterações sob as lesões pulmonares. Após os resultados, iniciou terapêutica com Erlotinib, porém, após 2 meses, por intolerância e neutropenia mantida, foi alterado para o Afatinib. Após 3 meses de terapêutica com ITC observou-se uma redução volumétrica de 50% nas lesões pulmonares e regressão das adenopatias mediastínicas, e após 5 meses realizou bilobectomia direita (lobo médio e inferior), ypT1aN0. Como efeitos adversos (EA) verificou-se diarreia de grau 1 e toxicidade ocular, pelo que se procedeu a uma redução da dose do Afatinib. A doente manteve-se sempre sob terapêutica com Afatinib.

Após 27 meses da RC-CE e 21 meses da cirurgia torácica observa-se estabilidade clínica e inexistência de recorrência neoplásica. Assim, salientamos a importância de uma abordagem mais agressiva na doença oligometastática, nomeadamente da cirurgia torácica e radiocirurgia CE, o que contribuiu para uma extensão da sobrevida acima do que seria expectável. Questionamos, desta forma, até quando é que se deverá manter terapêutica com ITC visto que a doente não apresenta doença visível desde há 21 meses.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 039

IMPACTO DA RADIOTERAPIA EXTERIOTÁXICA NA SOBREVIVÊNCIA LIVRE DE PROGRESSÃO – ESTUDO RETROSPECTIVO

Autor do trabalho:

GABRIELA SANTOS

Hospital Garcia de Orta

Co-Autores do trabalho:

MARGARIDA BARATA; MIGUEL LOPES; DOLORES CANÁRIO; JOSÉ DUARTE

Palavras-chave: RADIOTERAPIA EXTERIOTÁXICA, SOBREVIVÊNCIA LIVRE DE PROGRESSÃO, NÓDULO SOLITÁRIO DO PULMÃO

O diagnóstico clínico em estadiamento precoce no cancro do pulmão tem-se tornado cada vez mais uma realidade, mantendo-se a ressecção cirúrgica a principal abordagem terapêutica, na ausência de contraindicações. Caso elas existam a radioterapia exteriorotóxica (RTEX) é uma boa alternativa, dada a sua segurança e o baixo risco de efeitos adversos. O tratamento empírico com RTEX destas lesões pulmonares coloca em questão o sobretratamento de lesões potencialmente benignas em doentes com diversas co-morbilidades pulmonares.

Objetivo: Comparar a sobrevivência livre de progressão (PFS) dos doentes submetidos a RTEX empiricamente, para tratamento do nódulo pulmonar solitário, com aqueles também submetidos a RTEX que obtiveram um diagnóstico após biópsia.

Métodos: Retrospectivamente, selecionamos os doentes seguidos na consulta de Pneumologia por nódulo pulmonar solitário que, após decisão em reunião multidisciplinar, tendo em conta a probabilidade diagnóstica de neoplasia pulmonar associado às alterações radiológicas e valor de SUV na tomografia de emissão de positrões (PET), foram submetidos a RTEX, entre Janeiro de 2016 e Janeiro de 2019, tendo-se documentado a sua evolução até Julho 2019.

Resultados: Foram incluídos 10 doentes submetidos a RTEX com dose média 47 Gy (12 a 60 Gy) e número médio de 5 frações (3 - 8). Eram 90% homens (N=9), idade média 74 anos (mín 61; máx 83). Todos tinham hábitos tabágicos pesados (média 79,4UMA) e doença pulmonar obstrutiva crónica moderada a grave. Três doentes apresentavam antecedentes de neoplasia não pulmonar. 90% (N=9) encontravam-se em estadiamento I ou II e 10% (N=1) em estadiamento III (T≤30mm). Follow-up médio 17 meses (6 - 39 meses). Cerca de 40% (N=4) obtiveram diagnóstico por biópsia (N=3 - adenocarcinoma pulmonar; N=1 - carcinoma pavimento-celular), enquanto 60% (N=6) realizaram RTEX empiricamente. Verificou-se recorrência neoplásica em 2 doentes. Sem efeitos adversos em ambos os grupos.

Foi comparada a PFS entre o grupo dos doentes que foi submetido a RTEX empiricamente com aqueles que obtiveram um diagnóstico histológico. Utilizou-se o método de Kaplan-Meier. Verificou-se que não existe um valor estatisticamente significativo entre os dois grupos (PFS médio no grupo sem diagnóstico: 23 meses (IC 95%: 9,45-37,66) e PFS média no grupo com diagnóstico: 17 meses (IC 95%: 3,56 - 30,44, p value = 0,316)).

Assim não existe uma diferença estatisticamente significativa na progressão livre de doença entre os doentes de realizaram RTEX empiricamente e naqueles que obtiveram um diagnóstico. Apesar da dimensão da amostra ser pequena os resultados encontram-se de acordo com os resultados descritos na literatura. É de salientar a necessidade de obtenção de um diagnóstico dada possibilidade de realizar terapêutica dirigida no caso de recorrência neoplásica.

PE 040

ORIGEM ANÓMALA DA ARTÉRIA PULMONAR ESQUERDA NA AORTA: CONSEQUÊNCIAS HEMODINÁMICAS E FUNCIONAIS RESPIRATÓRIAS

Autor do trabalho:

MIGUEL FILIPE GUIA

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca; Hospital Garcia de Orta

Co-Autores do trabalho:

DANIEL SEBAITI; DÉBORA REPOLHO; FILIPA FERREIRA

Palavras-chave: HIPERTENSÃO PULMONAR, CARDIOPATIA CONGÉNITA, HIPOXEMIA

As cardiopatias congénitas incluem diversas alterações cardiovasculares, algumas mais comuns, outras mais raras. A origem anómala da artéria pulmonar direita a partir da aorta ascendente é rara, mas a origem anómala da artéria pulmonar esquerda da aorta ascendente é ainda mais rara (sobretudo se não houver outra mal-formação cardíaca associada).

Apresentamos o caso de uma doente de 34 anos, com antecedentes de hipertensão pulmonar devido a canal arterial patente. Estava medicada com sildenafil, mas decidiu interromper o tratamento e abandonar seguimento. Anos mais tarde, após aborto espontâneo (16 semanas), foi referenciada para um centro de hipertensão pulmonar.

Ao exame objetivo, apresentava um aumento do componente pulmonar do segundo som cardíaco, sopro contínuo no bordo esquerdo do esterno, sem apresentar cianose (saturação de oxigénio nos membros superiores e inferiores de 100%), ingurgitamento jugular, hepatomegalia ou edema.

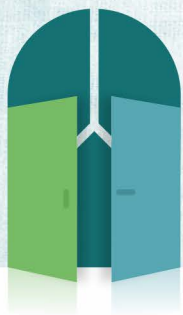
Os ecocardiogramas realizados (transtorácico e transesofágico) revelaram pressão sistólica arterial pulmonar estimada de 125 mmHg, com disfunção ventricular direita. O ramo esquerdo da artéria pulmonar não foi visualizado, tendo-se confirmado a persistência de canal arterial patente. Foram excluídas malformações cardíacas congénitas associadas.

A tomografia computadorizada torácica evidenciou padrão de perfusão em mosaico, com hiperinsuflação periférica, sugestiva de alterações da ventilação/perfusão.

Visto que o ramo esquerdo da artéria pulmonar não foi visualizado, foi realizada ressonância magnética cardíaca, que revelou arco aórtico direito e canal arterial patente conectando a artéria pulmonar direita à aorta descendente. O ramo esquerdo da artéria pulmonar tinha a sua origem na aorta ascendente.

O cateterismo direito apresentou pressão média da artéria pulmonar de 86 mmHg e resistência vascular pulmonar de 11 unidades Wood. Foi confirmado canal arterial persistente para o ramo direito da artéria pulmonar, com shunt esquerda para direita persistente (fração de shunt 1,2). O ramo esquerdo foi visualizado aquando da injeção de contraste na raiz aórtica.

O estudo funcional respiratório revelou uma síndrome restritiva com capacidade pulmonar total de 3,40 litros (74,5%). A capacidade vital forçada (FVC) era de 1,62 litros (50,9%) e volume expiratório máximo em um segundo (FEV1) era 1,46 litros (50,3%). A razão FEV1/FVC era de 0,90. A doente tinha também uma diminuição ligeira da capacidade de



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

difusão de monóxido de carbono: 60,5%, que passava a 86,7% quando corrigida para o volume alveolar. A gasometria arterial apresentava pH 7,423, pressão parcial de dióxido de carbono 34,9 mmHg, pressão parcial de oxigénio 68,2 mmHg, bicarbonato 23,1 mmol/L e saturação de oxigénio de 95,5%.

Este caso exemplifica uma cardiopatia congénita extremamente rara e as respetivas consequências hemodinâmicas e funcionais respiratórias.

PE 041

QUANDO O PULMÃO TROCA AS VOLTAS AO CORAÇÃO**Autor do trabalho:****CATIA PEREIRA**

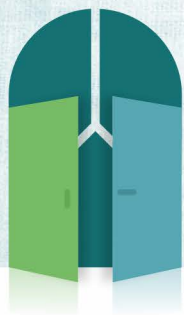
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Palavras-chave: CARDIOPATIA CONGÉNITA, HIPERTENSÃO PULMONAR GRUPO 1, RETORNO VENOSO PARCIAL ANÓMALO

Introdução: O retorno venoso pulmonar anómalo parcial (RVPAP) é uma anomalia congénita rara com prevalência descrita entre 0,4-0,7%. RVPAP consiste na drenagem de, pelo menos uma veia pulmonar mas não todas, na rede venosa sistémica ou no átrio direito. Em muitos doentes o diagnóstico não é feito até à idade adulta. Dependendo do tamanho do shunt esquerdo-direito, os sintomas podem incluir dispneia de esforço, palpitações associadas a arritmias atriais e sintomas de insuficiência cardíaca direita e hipertensão pulmonar. A abordagem terapêutica do RVPAP é controversa face à raridade desta anomalia, escassa informação e complexidade da correção cirúrgica.

Caso clínico: Mulher, 51 anos, caucasiana, fumadora ativa (25 UMA) com antecedentes de Epilepsia e Síndrome Depressiva. Referenciada à consulta de Pneumologia por tosse produtiva com expectoração mucosa e dispneia de esforço com cerca de 1 ano de evolução. Negava febre, perda ponderal ou outra sintomatologia. Ao exame objetivo apresentava sopro sistólico II/VI audível em todo o precórdio. Era portadora de uma TC torácica que descrevia "tórax assimétrico, com diminuição do campo pulmonar esquerdo e desvio do mediastino homolateral em provável relação com espessamentos pleurais envolvendo a pleura costal da base (...) aumento do tronco da artéria pulmonar em relação com hipertensão arterial pulmonar". Face a contacto na infância com doente bacilífero, realizou exame micobacteriológico da expectoração que se revelou negativo. Para estudo complementar das alterações sugestivas de hipertensão pulmonar efetuou estudo funcional respiratório apenas com obstrução das pequenas vias; gasometria arterial com hipocápnia (paCO₂-29,7 e paO₂-84,2); ecocardiograma transtorácico com dilatação da aurícula direita, PSAP 36+3 mmHg, pericárdio com lâmina de derrame ínfero-lateral, sem compromisso funcional e função esquerda normal; estudo analítico com estudo da auto-imunidade e serologias virais negativas e NTproBNP 215 pg/ml. Realizou ainda AngioTAC torácica que revelou "anomalia cardíaca congénita traduzida por retorno venoso parcial anómalo do lobo superior do pulmão direito com drenagem dupla para a Veia Cava Superior e Aurícula Esquerda, sem imagens sugestivas de Tromboembolismo pulmonar". A doente encontra-se atualmente a aguardar cateterismo cardíaco direito para diagnóstico de Hipertensão Arterial Pulmonar Grupo 1 (associada a doença cardíaca congénita) e avaliação de possibilidade de correção cirúrgica.

Conclusão: A drenagem venosa pulmonar anormal consiste na drenagem de uma ou mais veias pulmonares noutro local que não a aurícula esquerda. A sua deteção é importante devido à forte associação com patologia cardíaca congénita bem como outras anomalias cardíacas e respiratórias que têm implicações significativas na abordagem terapêutica. O RVPAP é uma das causas raras, mas tratáveis de hipertensão pulmonar no adulto.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 042

TB OR NOT TB - EIS A QUESTÃO

Autor do trabalho:

JOÃO PORTELA

Serviço de Pneumologia do Hospital Garcia de Orta

Co-Autores do trabalho:

TOMÁS NUNES; MARGARIDA CASTANHO; MIGUEL LOPES; JORGE SOARES; NUNO MARQUES; JOSÉ DUARTE

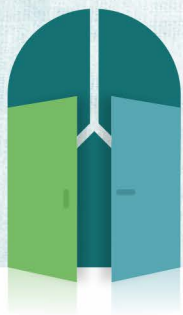
Palavras-chave: TUBERCULOSE PULMONAR; PADRÃO MILIAR; ADENOCARCINOMA DO PULMÃO;

Introdução: A tuberculose é um problema de saúde pública com impacto socioeconómico significativo, sendo Portugal presentemente considerado um país de média incidência. O quadro clínico pode ser frustrante – sintomas gerais (febre, queixas constitucionais) ou específico do órgão envolvido (tosse, hemoptises, dor pleurítica), devendo esclarecer-se o contexto epidemiológico para identificar o caso-índice. Estas queixas inespecíficas são comuns a outras patologias pneumológicas, designadamente neoplasia do pulmão.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 67 anos, não-fumador, jardineiro, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência em Junho/2019 por quadro de cansaço progressivo, astenia e adinamia com uma semana de evolução e perda ponderal de 10kg (-14%) em 3 meses. Apresentava-se apirético, hemodinamicamente estável, com saturação periférica 86% em ar ambiente, com adenomegalia cervical posterior superficial infracentimétrica à direita indolor à palpação e murmúrio vesicular diminuído e ferveores crepitantes na base direita à auscultação pulmonar. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios, serologia VIH negativa e hipoxemia na gasometria arterial. A radiografia de tórax revelou um infiltrado reticular micronodular difuso e apagamento do ângulo costofrénico bilateralmente (padrão miliar). Para melhor caracterização, realizou TC de Tórax que mostrou volumosos derrames pericárdico e pleural bilateral, áreas de vidro despolido bilaterais com predomínio peri-hilar e foco consolidativo no lobo superior direito. Assim, admitiu-se Pneumopatia micronodular complicada por derrame pleural e pericárdico, sendo as etiologias mais prováveis infecciosas (tuberculose pulmonar com disseminação broncogénica vs pneumonia atípica) ou neoplásica. Iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina+ácido clavulânico e claritromicina, além de terapêutica antibacilar em D5 por febre e agravamento da insuficiência respiratória. Foi submetido a Pericardiocentese com saída de 1000cc de líquido hemático cuja citologia foi positiva para Adenocarcinoma com origem pulmonar: CK-BerEP4, CK7 e TTF-1 positivo e Calretinina, CK20 e CDX2 negativo. Para obtenção de mais amostras que permitissem corroborar o diagnóstico de adenocarcinoma e excluir tuberculose realizou broncofibroscopia, cujos exames subsidiários revelaram Adenocarcinoma pulmonar, com micobacteriológicos directos e culturais negativos. Suspendeu terapêutica antibacilar e realizou estudo de estadiamento, apresentando lesões osteoblásticas sugestivas de envolvimento secundário em vários níveis da coluna vertebral (D3-D4, D7, L1-L4 e S2), na bacia, grelha costal e fémur esquerdo. Discutiu-se em Reunião Multidisciplinar, tendo-se decidido iniciar radioterapia paliativa no ráquis. O estudo das mutações genéticas

revelou eliminação do exão 19 do EGFR, sendo o doente candidato a terapêutica-alvo, tendo iniciado Osimertinib.

Discussão: Este caso salienta a importância de considerar várias hipóteses diagnósticas perante um padrão miliar radiológico, o qual nem sempre é devido a tuberculose (apesar da incidência na área de Lisboa e Vale do Tejo). É, portanto, necessário considerar outras etiologias, nomeadamente outros microorganismos, doenças ocupacionais ou neoplásicas.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 043

MICOBACTERIOSE CUTÂNEA ATÍPICA NUM DOENTE IMUNOCOMPETENTE – DA SUSPEITA CLÍNICA AO DIAGNÓSTICO

Autor do trabalho:

MARIANA DA SILVA LEAL

CHBV

Co-Autores do trabalho:

SARA HELENO; MARIA JOÃO NEVES; ANDRÉ SANTOS SILVA; INÊS LADEIRA

Palavras-chave: MICOBACTERIOSE ATÍPICA, MICOBACTERIOSE CUTÂNEA, MYCOBACTERIUM SCROFULACEUM, MICOBACTÉRIA NÃO TUBERCULOSA

O *Mycobacterium scrofulaceum* é uma micobactéria não tuberculosa (NTM) ubiqüitária no meio ambiente, habitualmente encontrada no solo, vegetação e água. É um agente patogénico incomum, causador de doença com envolvimento pulmonar ou extrapulmonar. Os casos de linfadenite cervical a este agente, na população pediátrica, são os mais bem descritos na literatura.

Apresenta-se um doente do sexo masculino, 41 anos, caucasiano, fumador, sem outros antecedentes patológicos relevantes, que descreve o aparecimento de lesão cutânea, pustulosa, ao nível do maléolo medial do membro inferior esquerdo após trauma e subsequente contacto com água de tanque; concomitantemente, aparecimento de múltiplas lesões descamativas no mesmo membro, xerose cutânea e sinais inflamatórios ao nível das articulações do joelho e calcanhar, bem como astenia e anorexia. Foi medicado com antifúngico oral com melhoria muito discreta e cicatrização lenta da lesão descrita. Após 7 meses, aparecimento de novas lesões papulares eritemato-violáceas no tronco. Medicado com amoxicilina/ácido clavulânico e, posteriormente, com minociclina e ozenoxacina tópica, com alastramento de lesões aos membros superiores, algumas ulceradas, com fundo necrótico. Estudo analítico, incluindo serologias víricas, sem alterações. Radiografia torácica revelando enfisema, sem outras alterações. Realizada biópsia de lesão da pele: exames bacteriológico e micobacteriológico negativos; exame histológico a evidenciar resposta inflamatória mista rica em histiócitos, sem especificidade morfológica – alterações interpretadas como possivelmente enquadráveis em micobacteriose cutânea atípica.

A análise da água do tanque revelou a presença de *Mycobacterium scrofulaceum*. Atendendo a diagnóstico provável de micobacteriose cutânea atípica, foi iniciado esquema terapêutico com azitromicina, rifampicina e etambutol. Após duas semanas de tratamento, registou-se melhoria expressiva das lesões cutâneas, com aplanamento e cicatrização, sem aparecimento de novas lesões.

Este doente constituiu um desafio diagnóstico no sentido em que implicou um índice de suspeição elevado. A análise da água do tanque foi de extrema importância para definição do diagnóstico, uma vez que a inoculação direta, após trauma e contacto com água contaminada, encontra-se estabelecida como potencial mecanismo patogénico de infeção de tecidos moles. Apesar de não dispormos de identificação do referido agente em exame cultural de fragmento de biópsia, o padrão histológico, compatível com infeção por NTM, associado a uma resposta clínica favorável após início de tratamento, favorecem um diagnóstico provável de micobacteriose cutânea atípica.

PE 044

SERÁ O SINAL DO HALO INVERTIDO ASSIM TÃO ESPECÍFICO DE PNEUMONIA ORGANIZATIVA?

Autor do trabalho:

INÊS OLIVEIRA

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

Co-Autores do trabalho:

RITA ROSA; CATARINA BARATA; JOANA CARVALHO; FERNANDO NOGUEIRA

Palavras-chave: SINAL DO HALO INVERTIDO, PNEUMONIA ORGANIZATIVA, TUBERCULOSE

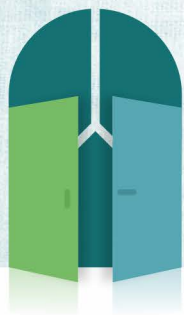
Introdução: O sinal do halo invertido (SHI) caracteriza-se pela presença de uma área em vidro despolido, rodeada por um anel de consolidação, mais ou menos completo. É um sinal relativamente raro e inicialmente considerado um sinal específico de Pneumonia Organizativa no entanto, tem vindo a ser descrito em diferentes patologias pulmonares.

Caso Clínico: Género feminino, 53 anos, desempregada, fumadora ativa com uma carga tabágica de 30 UMA. Apresentava história de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e epilepsia, para as quais se encontrava medicada. Foi referenciada à consulta de Pneumologia pelo médico de família por um quadro sugestivo de rinite crónica, com 6 meses de evolução, e por apresentar, na TC torácica, um nódulo de 6 mm no lobo superior direito com indicação para vigilância.

Na segunda TC torácica de reavaliação, realizada 18 meses depois, para além de um nódulo de 6 mm, estável, no lobo superior direito, apresentava também uma massa no lobo superior esquerdo, heterogénea e irregular, de 36 mm, caracterizada por uma zona central hipodensa, rodeada por um halo de consolidação. A doente negava queixas respiratórias, sudorese noturna, sintomas constitucionais ou sintomas sugestivos de doença do tecido conjuntivo. De referir que o marido da doente tinha sido diagnosticado com tuberculose pulmonar, tendo terminado o tratamento 6 meses antes, no entanto, o rastreio de contacto da mesma tinha sido negativo.

Ao exame objetivo apresentava uma mucosa nasal pálida e hiperemiada, sem outras alterações de relevo. Analiticamente não tinha aumento dos parâmetros inflamatórios, não apresentava alteração dos marcadores tumorais (CEA, CA 19.9, CA 15.3, CA 125, CYFRA-21, NSE e SCC) e o estudo de auto-imunidade (anti-CCP, ANAs and ANCAs) foi negativo. As provas funcionais respiratórias revelaram uma obstrução das pequenas vias aéreas e uma DLCO normal.

O caso foi discutido em reunião multi-disciplinar e, tendo em conta a ausência de sintomas, o aparecimento recente de uma massa relativamente grande e a presença do sinal do halo invertido, foi colocada como primeira hipótese diagnóstica uma pneumonia organizativa e proposto o início de corticoterapia. Para confirmação do diagnóstico, a doente realizou uma broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar (LBA) e uma biópsia pulmonar trans-torácica, tendo esta última apenas demonstrado a presença de tecido necrótico. O LBA foi inespecífico no entanto, isolou-se um *Mycobacterium tuberculosis* multisensível nas secreções brônquicas colhidas durante a broncofibroscopia. Tratava-se, portanto, de um diagnóstico de tuberculose pulmonar, apesar da suspeita inicial de pneumonia



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

organizativa, colocada pela presença do sinal do halo invertido. A doente foi referenciada ao CDP, tendo iniciado terapêutica quádrupla, com melhoria imagiológica da lesão.

Conclusão: A presença do SHI, apesar de ser uma pista importante para o diagnóstico de pneumonia organizativa em doentes imunocompetentes, levou, erradamente, a equipa multidisciplinar a colocar esta hipótese diagnóstica quando, de facto, o diagnóstico era de tuberculose pulmonar. A TC torácica é, hoje em dia, um instrumento importante no diagnóstico de diversas patologias pulmonares, no entanto, este caso salienta a importância da confirmação diagnóstica mesmo perante uma imagem muito sugestiva de determinada patologia.

PE 045

TUBERCULOSE RENAL E INFECÇÃO PULMONAR POR MYCOBACTERIUM GORDONAE**Autor do trabalho:****PEDRO SAMUEL PEREIRA**

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:**EUNICE DIAS; HELENA ALVES; JOSÉ SARAVAIA DA CUNHA; PAULO CRAVO-ROXO**

Palavras-chave: TUBERCULOSE RENAL; MYCOBACTERIUM GORDONAE

Introdução: A elevada taxa de co-infecção de micobactérias e VIH é amplamente conhecida. A infeção por micobactérias é uma infeção oportunista frequente no doente infetado por VIH mas o crescimento lento do bacilo e a clínica frustrante levam a dificuldades diagnósticas.

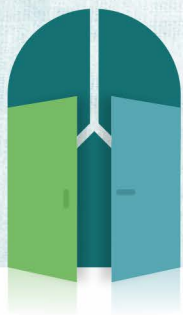
Caso clínico: Mulher de 49 anos, natural de Moçambique, doméstica sem antecedentes ou medicação domiciliária de relevo. Enviada à consulta de imunodeficiência por apresentar VIH positivo em rastreio serológico (Novembro 2014) pedido em contexto de febre não quantificada de predomínio vespertino. Apresentava CD4+ 284/mm³ e iniciou terapêutica antirretrovírica (ABC/3TC e RAL) em Abril 2015. Manteve boa tolerância terapêutica com supressão virológica e estabilidade imunológica desde Julho 2015.

Iniciou múltiplos episódios de temperaturas sub-febris (T: 37°C-37,5°C) em Agosto 2015 auto-limitados. Realizou hemoculturas e uroculturas, as quais foram negativas para micobactérias. Realizou TC tóraco-abdomino-pélvica que revelou no estudo torácico pequenas áreas de densificação parenquimatosa em vidro despolido de predomínio nos lobos inferiores e raros micronódulos no LSD.

Manteve episódios de arrepios de frio e sudorese noturna com temperaturas máximas de 37°C e iniciou em Março 2016 tosse seca. Apresentava uma amostra de expectoração positiva para Mycobacterium gordonae. Repetiu culturas de expectoração em Julho 2016 e Agosto 2016 as quais foram negativas para micobactérias. IGRA negativo. Repetiu TC torácica em Junho 2016 onde mantinha opacificações parenquimatosas heterogêneas no LIE.

Foi enviada à consulta de Pneumologia para estudo de alterações imagiológicas. Acabou por realizar broncofibroscopia da qual o exame direto e a cultura para micobactérias no LBA foram negativas. Aspirado brônquico foi positivo para M. gordonae (Janeiro 2018). A doente manteve estabilidade clínica pelo que se manteve vigilância. Realizou novamente TC torácica em Novembro 2018 que evidenciou nódulos infracentimétricos no LSD, LM e LIE, com espessamentos pleurais fibróticos posteriores a relacionar com zonas de fibrose. No LIE observavam-se também áreas de encarceramento aéreo.

Em Novembro 2018 volta a apresentar pico febril pelo que colhe rastreio séptico. Apresentava também tosse com expectoração mucopurulenta sem novos isolamentos em cultura de expectoração. Realizou urocultura a qual foi positiva para Mycobacterium tuberculosis resistente a Isoniazida. Foi assumida Tuberculose génito-urinária e infeção respiratória por Mycobacterium gordonae pelo agravamento da clínica respiratória, alterações imagiológicas pulmonares e isolamento prévio em expectoração



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

e aspirado brônquico. Iniciou terapêutica com Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida e Levofloxacina com boa tolerância. Apresentou negatificação de urocultura após um mês de tratamento. Apresentou melhoria clínica, sem novos episódios de febre ou queixas respiratórias.

Conclusão: O diagnóstico de infecção por micobactérias implica repetidas amostras biológicas para cultura de maneira a identificar o microrganismo. A clínica inespecífica e de progressão lenta contribuem para um atraso e dúvidas no diagnóstico que podem agravar a infecção subjacente.

PE 046

MÁ ABSORÇÃO DE ANTIBACILARES – UMA CAUSA DE FALÊNCIA TERAPÊUTICA NA TUBERCULOSE

Autor do trabalho:

NIDIA CAIRES

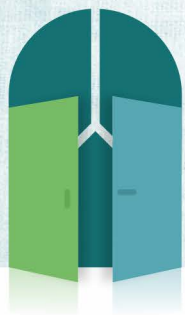
Serviço de Pneumologia, Hospital Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Palavras-chave: MÁ ABSORÇÃO, FALÊNCIA TERAPÊUTICA, TUBERCULOSE

Introdução: A maioria dos doentes com tuberculose (TB) apresenta uma boa resposta ao tratamento. A resistência e a falta de adesão à terapêutica constituem as principais causas do insucesso terapêutico. Nos doentes com boa adesão à terapêutica em regime de toma observada directa (TOD) e com sensibilidade aos antibacilares em uso, pode ocorrer falência terapêutica por má absorção dos medicamentos administrados por via oral.

Descrição do caso: Doente sexo masculino, 21 anos, caucasiano, funcionário de um centro de cópias. Apresenta um quadro com dois meses de evolução, caracterizado por tosse seca, febre, hipersudorese noturna, anorexia e perda ponderal (8kg), sem alterações do trânsito gastro-intestinal. Negava hábitos medicamentosos, tabágicos, alcoólicos ou toxicofílicos. História de má progressão estatura-ponderal desde a infância (IMC 16.49 kg/m²) e dois episódios de cólica renal. A avaliação clínica, radiológica e microbiológica suportou o diagnóstico de TB pulmonar, cavitada, bacilífera. Iniciou terapêutica antibacilar diária, por via oral, ajustada ao peso, com isoniazida (H) 300 mg, rifampicina (R) 600 mg, pirazinamida (P) 1500 mg e etambutol (E) 1200 mg. A medicação era tomada em jejum e com boa adesão, sendo a supervisão da toma garantida pela mãe com quem reside. Sem vômitos ou diarreia. O estudo serológico para HIV, HCV e HVB foi negativo. O exame cultural da expectoração confirmou infecção por *Mycobacterium tuberculosis* (MT) sensível a todos os antibacilares de 1ª linha em uso. Após um mês de terapêutica, verifica-se recrudescência dos sintomas em associação a agravamento radiológico e exame directo e cultura da expectoração do quinto mês positiva. Após observação directa da toma, na altura sob a associação fixa (HR) e E, verifica-se que o doente mastiga a terapêutica, tendo sido admitida insuficiência terapêutica e reiniciado HRZE. O teste de sensibilidade aos antibióticos foi repetido e mostrou sensibilidade a todos os fármacos em uso. Concomitante, foram excluídas algumas comorbilidades que reduzem a absorção de fármacos (infecção HIV, hipoalbuminémia, gastroenterite infecciosa, doença renal, hepática ou tiroideia), encontrando-se a aguardar o restante estudo (doenças gastro-intestinais não infecciosas e fibrose quística). Entretanto, o doente apresenta melhoria clínica e radiológica, com três baciloscopias negativas, no entanto, ainda sem recuperação do seu peso habitual (50 kg).

Conclusão: A má absorção oral dos fármacos antibacilares é uma das possíveis causas de falência terapêutica, apesar de se encontrar pouco descrito. Em doentes sob TOD que não apresentem melhoria clínica, radiológica e microbiológica, a má absorção deve ser considerada. A má absorção um ou mais anti-bacilares pode justificar a falência do tratamento, progressão da doença e aquisição de resistência aos fármacos.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 047

APRESENTAÇÃO PECULIAR DA TUBERCULOSE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

TÂNIA SACHISOKELE

Clínica Sagrada Esperança

Palavras-chave: Tuberculose, formas de apresentação da tuberculose

Doente de 15 anos, sexo masculino, raça negra, estudante, natural e residente em Luanda. Antecedentes de internamento em 2012 por síndrome febril prolongado e anemia com critérios de hemotransfusões, história de neoplasia na família. Iniciou sintomatologia com cerca de 6 meses de evolução, caracterizada por perda ponderal não quantificada, sensação febril sem predomínio de horário, astenia, tosse seca associada à dor torácica tipo pleurítica à esquerda, tendo sido internado em Janeiro de 2017, com acréscimo de tonturas e dejeções diarreicas pastosas, sem muco nem sangue. Sem história de contacto com TP, hemoptises, viagens recentes, nem queixas de outros aparelhos e sistemas. Ao exame objetivo de realce, emagrecido, com palidez cutânea – mucosa, sem sinais de dificuldade respiratória, murmúrio vesicular diminuído nos 2/3 superiores do hemitórax esquerdo. Analiticamente: Anemia HM (Hb – 10 g/dl), Leucócitose – 14.000/mm³ com Neutrofilia – 77%, Plaquetas – 563000/mm³, PCR – 8mg/dl, VS – 41mm/h, LDH – 332U/L, Urina II: nitritos (+). Radiografia torácica PA: opacidade heterogenia no terço superior esquerdo (LSE), com esboço de lesão nodular. Foi solicitada TC torácica que revelou massa pulmonar ocupando o segmento apical e anterior do LSE, medindo cerca de 71mm de maior eixo, a mesma provocava discreto desvio lateral da traqueia, sem evidência de invasão das estruturas ósseas adjacentes. Coexiste nódulo hiperdenso de contornos espiculados, localizado no segmento basal anterior ipsilateral, medindo cerca de 34mm, Adenomegalias mediastínicas perivasculares e peribronquiais, sem derrame pleural. No andar superior do abdómen destacava hepatomegália ligeira. Iniciou anti-bioterapia empírica com ceftriaxona e Claritromicina, sem melhoria.

Para o esclarecimento da massa pulmonar, efectuou broncofibroscopia com biópsia, cujo o resultado histológico foi compatível com granulomas epitelióides com células gigantes tipo Langhans com necrose de caseificação, pesquisa de BAAR no lavado bronquico foi negativo, com exame cultural sensível positivo – tratando – se de tuberculose pulmonar. Neste contexto, iniciou terapêutica com antibacilares (HRZE). Entretanto, teve evolução clínica, laboratorial e radiológica, satisfatória ao fim do tratamento.

Conclusão: Os autores apresentam este caso clínico pela sua evolução e apresentação peculiar. É fundamental a suspeição de tuberculose pulmonar em áreas endêmicas. A sua prevalência justifica que se considere sempre este diagnóstico diferencial. O diagnóstico atempado e a instituição precoce do tratamento definem o prognóstico destes doentes.

PE 048

TUBERCULOSE – ANÁLISE CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Autor do trabalho:

JOANA FERRA

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

Co-Autores do trabalho:

SANDRA ANDRÉ; CRISTINA TOSCANO; FERNANDO NOGUEIRA

Palavras-chave: TUBERCULOSE, ANALISE CASUÍSTICA, COMORBILIDADES

Introdução: A tuberculose mantém-se uma das principais doenças infecciosas em pleno século XXI, sendo considerada um risco para a saúde pública. Apesar dos esforços realizados para diminuir a sua prevalência, o número de doentes com tuberculose é considerável, principalmente nos grandes centros urbanos.

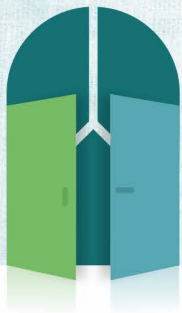
Objetivo: Caracterizar os casos de tuberculose de doentes num Serviço de Pneumologia de um Hospital Central.

Métodos: Estudo retrospectivo em que foram incluídos os doentes com diagnóstico de tuberculose ativa e que foram avaliados no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental de Janeiro 2011 a Junho 2019. Colheita de dados realizada através da consulta de processos clínicos. Análise descritiva dos dados com recurso a Microsoft Excel® 2017 e IBM SPSS Statistics v.25®.

Resultados: Total de 81 doentes; 58% (n=47) do sexo masculino; idade média 49 anos (mínimo 18, máximo 88 anos). Relativamente à origem dos doentes 79% (n=64) eram provenientes da consulta de Pneumologia e 21% (n=17) do internamento do Serviço de Pneumologia. 93.8% (n=76) apresentavam tuberculose pulmonar, sendo que 2 destes apresentavam ainda envolvimento extrapulmonar (1 apresentava tuberculose pericárdica e 1 tuberculose peritoneal). 6.2% doentes (n=5) apresentavam apenas envolvimento pleural. O diagnóstico microbiológico de tuberculose pulmonar foi obtido através de colheita de expectoração em 26.3% dos casos (n=20) e através de realização de broncofibroscopia e colheita de secreções brônquicas/realização de lavado broncoalveolar em 73.7% (n=56). Relativamente ao perfil de resistências, verificaram-se 2 casos de tuberculose multi-resistente. Analisaram-se também as principais comorbilidades, destacando-se a doença pulmonar obstrutiva crónica (n=10), asma (n=2), patologia cardiovascular (n=16), diabetes mellitus (n=5), doença renal crónica sob hemodiálise (n=2), neoplasia do pulmão (n=5), outras neoplasias (n=3). Destacam-se ainda os doentes sob corticoterapia sistémica por patologia reumatológica (n=3) e sob terapêutica anti-TNFα por Doença de Crohn (n=2), sendo que os últimos tinham feito despiste de tuberculose latente. Todos os doentes foram encaminhados para o Centro de Diagnóstico Pneumológico após o diagnóstico.

Analizou-se ainda a evolução do número de casos diagnosticados ao longo dos anos, com 13 casos diagnosticados em 2011, 11 em 2012, 8 em 2013, 12 em 2014, 8 em 2015, 12 em 2016, 6 em 2017, 7 em 2018 e 4 durante os primeiros 6 meses de 2019.

Conclusão: A tuberculose pode afetar indivíduos com perfis clínicos bastante variáveis, sendo que o diagnóstico célere uma das formas de controlo da disseminação desta doença. A análise da nossa amostra mostra



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

que, apesar de diminuições pontuais do número de casos diagnosticados por ano, estes continuam a ser bastante prevalentes, sendo muitas vezes só possível o diagnóstico através de técnicas invasivas. É por isso fundamental que as diferentes entidades, nomeadamente cuidados de saúde primários e unidades hospitalares, estejam em contacto estreito e envolvidas no controlo da disseminação desta doença.

PE 049

TUBERCULOSE PULMONAR: UM CASO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO**Autor do trabalho:****FRANCISCA GODINHO OLIVEIRA**

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:**ALDA MANIQUE; ISABEL CORREIA; CRISTINA BÁRBARA**

Palavras-chave: TUBERCULOSE PULMONAR, MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, VIDEOBRONCOSCOPIA

A incidência de Tuberculose pulmonar em Portugal está a diminuir no entanto, nos grandes centros urbanos esta ainda é elevada.

As apresentações clínicas são variadas pelo que a suspeita clínica deve ser precoce de forma a iniciar a marcha diagnóstica e a terapêutica de forma célere, diminuindo o risco de contágio e de resistência de fármacos.

Doente do sexo masculino, 57 anos. Natural e reside em Lisboa. Ex-fumador (carga tabágica 20 UMA), com exposição prévia a óxido de zinco inalado. Destacam-se os diagnósticos prévios de Linfoma não Hodgkin DGCB há 19 anos, submetido a CHOP, radioterapia mediastínica e transplante autólogo; pleurodese com talcagem em 1999 por derrames pleurais malignos recidivantes à direita. Apresentara duas pneumonias adquiridas na comunidade sem agente isolado, medicadas, nos dois meses prévios.

O doente recorreu ao Serviço de Urgência por tosse produtiva com expectoração esbranquiçada viscosa, abundante, com discretos laivos de sangue, com dois meses de evolução, associado a sensação de febre vespertina (não quantificada), cansaço e dispneia progressivos para moderados esforços, desde há um ano. Apresentava-se febril e na auscultação pulmonar tinha um murmúrio vesicular diminuído no hemitórax direito com crepitações ipsilaterais.

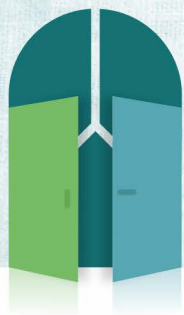
Dos exames complementares de diagnóstico realizados destacava-se: ausência de leucocitose, PCR 7.36mg/dL, creatinina sérica 1.21mg/dL e hiponatrémia; insuficiência respiratória parcial (IRP); Teleradiografia do tórax com hipotransparência heterogénea de todo o campo pulmonar direito, mais densa na metade inferior, sobreponível a exames prévios.

Efectuou uma tomografia computadorizada na semana prévia que revelou fibrose do parênquima justa mediastínica dos lobos superior direito (LSD) e médio com restante parênquima homolateral com extensas áreas em vidro despolido heterogéneas; pulmão esquerdo com ligeira hiperinsuflação compensadora e incipiente vidro despolido no lobo superior.

O doente foi internado por IRP, pneumonia adquirida na comunidade, lesão renal aguda e hiponatrémia ligeira.

Apresentou negatividade dos exames microbiológicos (exame microbiológico da expectoração, hemoculturas, urocultura) e das antigenúrias a Pneumococcus e Legionella realizados. Efectuou uma videobroncofibroscopia (VBFC) que revelou: mucosa globalmente edemaciada e engurgitada com convergência de pregas, esporões alargados, orifícios segmentares reduzidos de calibre preferencialmente no LSD.

As biópsias brônquicas, o lavado broncoalveolar (LBA) e as secreções brônquicas colhidas foram negativos para células neoplásicas. O LBA apresentava um predomínio de macrófagos (83%, 10% neutrófilos e 8% linfócitos).



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

Salientava-se ainda serologias viricas, autoimunidade e marcadores tumorais negativos.

Iniciou antibioterapia empírica com levofloxacina 750mg por via endovenosa.

Perante o agravamento clínico e da IRP associado a atelectasia do LSD na teleradiografia do tórax, efectuou nova VBFC com aspiração de secreções hemáticas, visualizando-se um coágulo organizado ocluindo o LSD que foi parcialmente removido, mantendo-se ocluído o segmento posterior.

Posteriormente verificou-se uma melhoria clínica e imagiológica progressivas.

Os resultados microbiológicos das secreções e das biópsias brônquicas foram negativas, porém o LBA colhido na segunda VBFC foi positivo para *Mycobacterium tuberculosis* multissensível tendo o doente iniciado terapêutica com posterior seguimento em ambulatório.

Destaca-se a pertinência do caso pois perante a suspeita clínica de TP, embora na ausência de achados imagiológicos mais frequentemente encontrados na TP e na ausência de confirmação microbiológica, este diagnóstico não deve ser totalmente excluído.

PE 050

UM OLHAR SOBRE AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NUM HOSPITAL PRIVADO EM LUANDA-ANGOLA**Autor do trabalho:****TERESA FINDE CHIVINDA**

CLÍNICA SAGRADA ESPERANÇA, LUANDA- ANGOLA

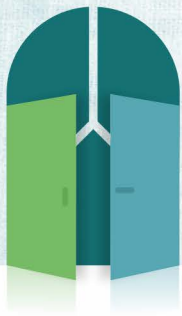
Palavras-chave: TUBERCULOSE EM ANGOLA, SEQUELAS POS TUBERCULOSE,

O perfil das doenças pulmonares infecciosas e não infecciosas em África refletem as forças sociopolíticas e económicas predominantes. O pulmão, talvez mais do que qualquer outro sistema orgânico, é influenciado pela pobreza, ocupação e hábitos pessoais. A previsão global para os países em desenvolvimento é que nas próximas décadas as doenças respiratórias (incluindo infecções) representarão uma grande maioria de mortes e um fardo considerável de anos de vida por incapacidade. O Lung Health Survey 2002 realizado na Cidade do Cabo de doenças identificou interações complexas entre fatores causais e doenças. Foram relatadas associações consistentes e biologicamente plausíveis entre tabagismo e suscetibilidade à tuberculose e pneumonia em pacientes infectados pelo HIV. Esses achados são relevantes tanto para os planeadores de intervenções de saúde pública quanto para os pesquisadores que exploram mecanismos de doenças e possíveis fármacos.

Estima-se que 235 milhões de pessoas sofra de asma, mais de 200 milhões de pessoas têm doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 65 milhões sofrem de DPOC moderada a grave, 1 a 6% da população adulta (mais de 100, milhões de pessoas) sofrem de distúrbios respiratórios do sono, 8,7 milhões de pessoas desenvolvem tuberculose anualmente e mais de 50 milhões de pessoas lutam com doenças pulmonares ocupacionais, totalizando mais de 1 bilhão de pessoas com doenças respiratórias crônicas. Nove milhões de crianças menores de 5 anos morrem anualmente e as doenças pulmonares são as causas mais comuns. Pneumonia é a principal causa de óbito de crianças pequenas. O cancro do pulmão é dos mais letais, que mata mais de 1,4 milhão de pessoas a cada ano.

Tornou-se bastante claro que o desenvolvimento económico países está intimamente ligado à saúde de seus cidadãos. A saúde precária, tanto individual quanto pública, juntamente com falta de educação e falta de uma estrutura política favorável, são os principais impedimentos para o desenvolvimento de um país e são as raízes da pobreza. A saúde precária empobrece as nações e a pobreza causa problemas de saúde, em parte relacionada ao acesso inadequado a cuidados de saúde de qualidade. Ainda mais angustiante é o enorme sofrimento que a doença causa. Aqueles que são mais desfavorecidos sofrem mais devido a problemas de saúde.

A Tuberculose é uma das endemias com maior impacto sobre a população economicamente activa em Angola. A política nacional de saúde do país e a política de medicamentos, expressam bem a posição ainda indolente relativamente a esta grande epidemia. A magnitude da tuberculose pulmonar em Angola tal como outras doenças do foro respiratório não são bem conhecidas, porém o elevado número de casos de abandono do tratamento e o baixo sucesso do tratamento são factores que dificultam o seu controlo. Embuídos na preocupação de escassos dados sobre a patologia respiratória em Angola, os autores realizaram um filtro do sistema



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

informático de códigos do CID de patologias respiratórias mais frequentes no período de Junho de 2016 a Junho de 2019 na Clínica Sagrada Esperança em Luanda. Os resultados pretendem apresentar em forma de Poster no 35º Congresso da Sociedade Portuguesa de Pneumologia.

PE 051

EVOLUÇÃO CLÍNICA E FUNCIONAL DOS DOENTES COM ASMA GRAVE EM TRATAMENTO COM OMALIZUMAB

Autor do trabalho:

INÊS SUCENA PEREIRA

CHVNG/E

Co-Autores do trabalho:

MARGARIDA COSTA SILVA; INÊS FRANCO; INÊS LADEIRA; AURORA CARVALHO; RICARDO LIMA

Palavras-chave: ASMA GRAVE, OMALIZUMAB

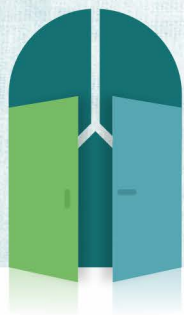
Introdução: O Omalizumab é um anticorpo monoclonal anti-IgE indicado para o tratamento da asma atópica grave

Objetivos: Avaliar a evolução clínica e funcional dos doentes em tratamento com o Omalizumab

Métodos: Estudo observacional retrospectivo dos doentes com asma grave seguidos em consulta de Pneumologia - Asma que completaram 6 meses de tratamento com Omalizumab. Foram avaliados no início e após 6 meses de tratamento a função pulmonar, o FeNO (óxido nítrico exalado), a corticoterapia oral sistémica crónica, os eosinófilos periféricos e o ACT (Asthma Control Test).

Resultados: Foram incluídos 28 doentes com asma grave, com uma idade média de $46,5 \pm 10,8$ anos e um IMC médio de $29,1 \pm 6,2$. A maioria dos doentes eram do sexo feminino ($n=22$; 78,6%). Quanto aos hábitos tabágicos, 82,1% ($n=23$) dos doentes eram não fumadores e 10,7% ($n=3$) mantinham consumo tabágico ativo.

Conclusão: Após 6 meses de tratamento com Omalizumab observou-se uma melhoria significativa do controlo da asma (avaliado pelo ACT) e uma diminuição da corticoterapia oral crónica permitindo mesmo a sua suspensão em três doentes. Observou-se ainda uma diminuição dos eosinófilos periféricos e uma melhoria da função pulmonar e do FeNO (este último sem significado estatístico). Estes dados vão de encontro com o descrito na bibliografia, validando a sua eficácia na prática clínica.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 052

ALTERAÇÃO DE BIOLÓGICOS NA ASMA GRAVE - A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Autor do trabalho:

LÍDIA GOMES

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

SAMUEL PEREIRA; ANA ARROBAS

Palavras-chave: OMALIZUMAB, MEPOLIZUMAB, ASMA GRAVE

Introdução: estão descritos vários fenótipos na asma grave. Asma grave alérgica e asma grave eosinofílica são fenótipos distintos, mas frequentemente concomitantes. Asma grave alérgica é caracterizada por baixa idade ao diagnóstico, altos níveis de imunoglobulina E sérica (IgE) e fracção exalada de óxido nítrico (FeNO), sensibilização alérgica e inflamação eosinofílica. Asma grave eosinofílica é caracterizada por idade mais tardia ao diagnóstico, eosinofilia periférica e agudizações frequentes.

Casos clínicos: apresentamos os quatro casos clínicos de doentes sob omalizumab (anticorpo anti-IgE) que alteraram tratamento para mepolizumab (anti-IL5), da consulta de Asma Grave do Serviço de Pneumologia do CHUC – polo HG.

Trata-se de 4 doentes adultos, 3 homens e 1 mulher, com diagnóstico de asma grave com necessidade de corticoterapia sistémica, apesar de terapia inalatória optimizada. Dois doentes com idade de diagnóstico na infância/adolescência, e 2 doentes com diagnóstico de asma na idade adulta. Três doentes apresentavam sensibilização alérgica (todos do sexo masculino), com valores elevados de IgE. A polipose nasal e rinosinusite crónica estava presente também em 3 pacientes. Todos os doentes apresentavam eosinofilia no sangue periférico. Os 4 doentes iniciaram omalizumab, 3 deles com indicação formal (sensibilização alérgica, agudizações frequentes e necessidade de corticoterapia sistémica) e 1 com modo off-label (clínica marcada, agudizações frequentes e toma frequente de corticoterapia sistémica, apesar de não apresentar sensibilização alérgica).

Apesar de alguns doentes apresentarem melhoria clínica e funcional inicial, os 4 doentes suspenderam omalizumab por agravamento clínico (manutenção de necessidade de corticoterapia sistémica, agudizações frequentes), da função respiratória (diminuição de FEV1) ou de ambos.

Todos os doentes apresentavam eosinofilia, sendo que iniciaram mepolizumab após algum tempo sem tratamento biológico (entre 2 e 12 meses). Na reavaliação dos 4-6 meses (e num doente a um ano) de tratamento com mepolizumab, verificou-se melhoria nos questionários CARAT e ACT (em todos os doentes), e melhoria da função respiratória em 3 doentes (um doente aguarda ainda reavaliação de função após início de mepolizumab).

Conclusão: os fenótipos de asma grave podem co-existir, sendo por vezes difícil eleger o melhor tratamento biológico para cada doente. O insucesso em atingir melhoria do controlo da doença com um biológico não deve impedir o switch para outro agente monoclonal. Recentemente surgiu informação de que o tratamento com dois biológicos em simultâneo poderá ser vantajoso, ao actuar em mecanismos fisiopatológicos diferentes, mas adjuvantes no controlo da doença.

PE 053

EFEITO DA TERAPÊUTICA BIOLÓGICA EM DOENTES COM ASMA GRAVE

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; LUÍSA SEMEDO; JOÃO CARDOSO

Palavras-chave: ASMA, TERAPÊUTICA BIOLÓGICA, CORTICOTERAPIA ORAL

Introdução: Os doentes com asma grave, apesar da terapêutica optimizada que inclui broncodilatadores e corticóides inalados na dose máxima e corticoterapia oral, podem apresentar sintomas graves, exacerbações frequentes e efeitos adversos da terapêutica com consequente aumento da morbilidade e mortalidade.

Objectivos: Avaliar a dose de corticoterapia oral em doentes com asma grave antes e após início da terapêutica complementar com fármacos biológicos (omalizumab e mepolizumab).

Métodos: Estudo retrospectivo de casos de doentes sob terapêutica biológica em Julho 2019 no Hospital de Santa Marta.

Resultados: Foram avaliados 18 doentes, dos quais 77,8% (n=14) eram do sexo feminino, com média de idade de 50,3 anos. Dentre estes, 15 estavam sob omalizumab e 3 sob mepolizumab. Verificou-se que 61,1% (n=11) tinha excesso de peso e 38,9% (n=7) eram obesos.

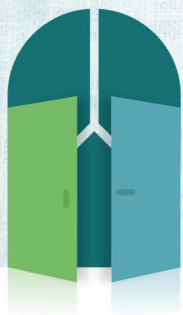
A dose média de corticoterapia oral antes do início do tratamento era de 15,2 mg (n=16) e, após 12 meses, 12,5 mg (n=15). A diminuição da dose de corticoterapia oral foi observada em 60,0% (n=9) dos doentes, objectivando-se excesso de peso em 55,5% (n=4).

Foi ainda avaliado o número de hospitalizações por exacerbações de asma nos 12 meses antes e após o início da terapêutica. A média do número de internamentos antes do início da terapêutica biológica foi 2,57 e após foi 1,14. Nos doentes com hospitalizações antes do início do tratamento [38,9% (n=7)], verificou-se uma redução do número de hospitalizações nos 12 meses após em 85,7% (n=6) (4 sob omalizumab e 2 sob mepolizumab). Nos doentes sem internamentos prévios, não houve registo de hospitalizações nos 12 meses após.

Relativamente à função pulmonar, verificou-se um aumento do FEV1 em 50,0% (n=8) e do FEV1/FVC em 57,1% (n=8), e uma redução do ITGV em 71,4% dos doentes (n=10). Para além disso, nos doentes nos quais foi possível a redução da dose de corticoterapia oral, verificou-se paralelamente um aumento do FEV1 em 77,8% (n=7) desses doentes.

Após início de terapêutica biológica, houve uma redução da eosinofilia em 66,7% (n=10), sendo a média de eosinófilos antes do início da terapêutica de 579 células/uL e após de 243 células/uL.

Conclusões: Neste grupo de doentes estudados, a terapêutica biológica foi eficaz na redução da dose de corticoterapia oral e do número de hospitalizações por exacerbações de asma, assim como se verificou ainda uma melhoria da função respiratória.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 054

VALORIZAR A SUSPEITA CLÍNICA NO ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE EMBOLIA PULMONAR AGUDA.

Autor do trabalho:

DANIELA CARDOSO

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Palavras-chave: EMBOLIA PULMONAR, DIAGNÓSTICO-DIFERENCIAL, CINTIGRAFIA DE VENTILAÇÃO-PERFUSÃO, ASMA

Introdução: A embolia pulmonar (EP) define-se como um defeito no preenchimento de qualquer ramo da artéria pulmonar, sendo uma causa maior de mortalidade, morbidade e hospitalização na Europa.

A sua apresentação clínica é muito variável, tendo como diagnósticos diferenciais a pneumonia, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica e pneumotórax. Os sintomas mais frequentes são a dispneia, dor pleurítica, síncope e hemoptises.

O exame de imagem goldstandard para o diagnóstico é a angioTC, podendo não ser conclusiva quando o êmbolo se encontra em artérias mais periféricas. A cintigrafia pulmonar de ventilação-perfusão (V/Q) está indicada quando há contra-indicação à realização da angioTC ou quando esta não é esclarecedora.

Casos clínicos: Mulher de 32 anos, com antecedentes de arco aórtico direito congénito, asma alérgica e bronquiectasias cilíndricas. Em consulta de pneumologia referiu cansaço para pequenos esforços, com alguns dias de evolução. Sem noção de descontrolo dos sintomas respiratórios de base, nomeadamente tosse, pieira, opressão torácica ou dispneia. Sem febre, expectoração ou história de exacerbações infecciosas recentes. Negava palpitações, toracalgia ou síncope. Não apresentava alterações de relevo ao exame objetivo. Realizou cintigrafia de V/Q que revelou EP de pequena extensão à direita, com compromisso de 14% da perfusão pulmonar global, não objetivada em angioTAC também realizada. Considerando as queixas e o risco pró-trombótico, iniciou terapêutica anticoagulante, verificando-se melhoria clínica muito significativa bem como melhoria da perfusão pulmonar em cintigrafia de reavaliação.

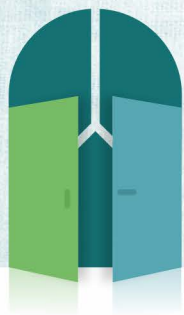
Mulher de 71 anos, com antecedentes de leucemia linfocítica crónica, recorreu ao serviço de urgência por quadro de tosse produtiva de expectoração purulenta, toracalgia de características pleuríticas à direita e dispneia de agravamento progressivo, com 2 dias de evolução. Apresentava insuficiência respiratória parcial hipocápnica e elevação de d-dímeros. Realizou angio-TC que excluiu TEP e mostrou padrão em vidro despolido bibasal poupando a região peri-hilar, ficando internada para estudo. Após estudo complementar admitiu-se pneumonite de etiologia infecciosa tendo-se iniciado terapêutica antibiótica e corticoterapia. Sofreu agravamento clínico e gasométrico, pelo que realizou cintigrafia de V/Q, que revelou EP bilateral de pequena extensão, com compromisso de 17% da perfusão pulmonar. Por ausência de etiologia esclarecida, realizou eco-doppler dos membros inferiores, que apresentava trombose venosa profunda da veia gemelar interna e veia femoral esquerdas. Iniciou terapêutica anticoagulante com resolução do quadro.

Discussão: A embolia pulmonar pode ser fatal numa fase aguda e causar compromisso pulmonar crónico se não for iniciada terapêutica.

Dada a inespecificidade dos sinais e sintomas, a sua apresentação pode estar camuflada por quadros pulmonares agudos concomitantes, como

infecções respiratórias, e pode ser confundida com exacerbações ou mau controlo sintomático de patologias de base, como a asma.

Os casos descritos demonstram a discordância entre os resultados da cintigrafia de V/Q e da angio-TC. Esta, apesar de ser o exame eleito para o diagnóstico de EP, pode apresentar falsos negativos, realçando a importância da suspeita clínica no algoritmo diagnóstico.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 055

SÍNDROME DE ASMA CRÍTICA: DOIS CASOS CLÍNICOS**Autor do trabalho:****RITA BRÁS**

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:**MANUEL FERNANDES; FERNANDA PAULA; FILIPE FROES**

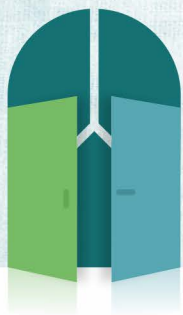
Palavras-chave: ASMA CRÍTICA, INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, CUIDADOS INTENSIVOS RESPIRATÓRIOS

A Síndrome de Asma Crítica (SAC) corresponde a uma deterioração grave aguda do doente asmático que pode evoluir para insuficiência respiratória e morte. A maioria destes doentes necessita de admissão numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Apresentam-se 2 casos clínicos ilustrativos. Mulher de 57 anos, com diagnóstico de Asma alérgica (sensibilização a ácaros) desde os 27 anos, com exacerbações esporádicas relacionadas com infeções respiratórias, sem história de exacerbações graves, medicada com salbutamol em SOS. Ex-fumadora há 10 anos de 20 UMA. Apresentava quadro com 12 dias de evolução de tosse produtiva, mialgias e artralhas, que cedeu parcialmente com azitromicina. Recorrência ao 9º dia tendo iniciado levofloxacina, sem melhoria e agravamento da dispneia, sensação de opressão torácica e de “morte iminente”. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) encontrando-se taquipneica, taquicárdica, com tiragem intercostal, marcado broncospasmo e insuficiência respiratória parcial (P/F 180). Analiticamente com elevação ligeira dos parâmetros inflamatórios; radiografia do tórax sem imagens de novo. Iniciou terapêutica broncodilatadora, corticoterapia ev em alta dose e sulfato de magnésio ev. Foi internada na Medicina mas por agravamento sintomático foi transferida para a UCI. Optimizou-se a terapêutica broncodilatadora e oxigenoterapia, mantendo a levofloxacina e corticoterapia ev em alta dose. Melhoria lenta mas sustentada dos parâmetros clínicos, analíticos e gasométricos. A pesquisa do vírus influenza, as hemoculturas e o exame bacteriológico da expetoração foram negativos. A doente teve alta após 6 dias, com corticoterapia em desmame e restante terapêutica de suporte.

Mulher de 23 anos, sem diagnóstico conhecido de Asma, com hábitos tabágicos não quantificados e toxicófilos (canabinóides) ativos, recorreu ao SU por quadro de tosse com expetoração mucopurulenta com 3 dias de evolução associado a dispneia, pieira, sensação de opressão torácica e febre. À entrada apresentava dispneia, pieira, tiragem supracostal e broncospasmo marcado, com insuficiência respiratória parcial (P/F 62,5). Foi internada mas teve alta a pedido no dia seguinte. Recorreu novamente ao SU um dia depois por agravamento da sintomatologia. Analiticamente com elevação ligeira dos parâmetros inflamatórios e infiltrado heterogéneo na base esquerda na radiografia de tórax. Por aumento das necessidades de oxigenação e eventual necessidade de ventilação invasiva, foi internada na UCI. Aqui manteve terapêutica broncodilatadora, corticoterapia ev em alta dose e iniciou antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina bem como reabilitação funcional respiratória que se revelou fundamental na eliminação de secreções. A doente evidenciou melhoria clínica, analítica e gasométrica progressiva.

Realizou exame bacteriológico da expetoração, hemoculturas, pesquisa de antígenos na urina e de vírus influenza e serologias para Mycoplasma e Chlamydia que foram negativos. Foi transferida para a Enfermaria de Pneumologia após 5 dias na UCI.

Na abordagem inicial da SAC é fundamental ter atenção à imprevisibilidade da evolução clínica com necessidade de terapêutica broncodilatadora inalada e corticoterapia sistémica em doses elevadas. Os doentes refratários à terapêutica inicial desenvolvem frequentemente insuficiência respiratória devendo ser rapidamente transferidos para uma UCI para assegurar uma monitorização contínua, altas concentrações de oxigénio inalado e ventilação não-invasiva ou invasiva quando se justifique.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 056

UM AZAR NUNCA VEM SÓ

Autor do trabalho:

JOÃO PAULO DUARTE DOS SANTOS OLIVEIRA RODRIGUES

Hospital de Santa Marta - Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

Co-Autores do trabalho:

MÁRIO PINTO; MADALENA EMILIANO; RITA GERARDO; JOÃO CARDOSO

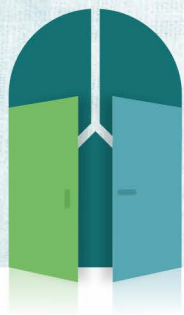
Palavras-chave: ASMA, ASMA INDUZIDA POR IRRITANTES, RADS, IRRITANTES

Introdução: A asma induzida por irritantes (All) é caracterizada pela exposição a um ou mais produtos irritantes para as vias aéreas com consequente início de sintomatologia respiratória. O síndrome da disfunção reativa das vias aéreas (Reactive Airways Dysfunction Syndrome – RADS) é definido como o desenvolvimento de sintomas respiratórios nos minutos/ horas após exposição inalatória acidental, em episódio único, a determinadas substâncias químicas em elevadas concentrações, em doentes que não apresentavam qualquer queixa respiratória prévia. As provas de função respiratória podem não mostrar padrão obstrutivo. Ulteriormente, poderá iniciar-se sintomatologia asmatiforme e hiperrreatividade brônquica persistente no tempo. Nesse caso, a entidade RADS significa All de instalação aguda.

Descrição: Reporta-se o caso de uma doente do sexo feminino com 27 anos de idade, não fumadora, fisioterapeuta em centro de medicina de reabilitação. Negava história médica ou alérgica prévia. Em contexto de sessão de hidroginástica, foi exposta acidentalmente a elevada concentração de cloro granulado (cloreto de cálcio) na água motivando intenso quadro de dispneia e pieira, para além de hipoxémia com necessidade de oxigenoterapia e terapêutica broncodilatadora urgente. Iniciou ainda terapêutica de controlo com corticoterapia inalada e broncodilatador de longa ação e reabilitação respiratória. Foi referenciada a consulta de Pneumologia. Referia dispneia e cansaço associado a esforços após ter reiniciado atividade laboral. Foram solicitadas provas de função respiratória e tomografia computadorizada torácica que não revelaram achados de relevo. Optou-se pela suspensão da terapêutica instituída com reavaliação a curto prazo na qual revelou melhoria paulatina dos sintomas. Foi aconselhada a restabelecer atividades diárias habituais.

Novamente, em contexto laboral, foi exposta a nafta, despoletando quadro de dispneia e pieira, pelo que foi observada em regime de urgência. Objetivou-se a presença de sibilância bilateral na auscultação pulmonar. Reiniciou a associação corticoterapia/ broncodilatador de longa ação inalados associada a corticoterapia sistémica. Em contexto de reavaliação, a doente referia episódios de pieira e dispneia noturna além de queixas sugestivas de rinite. Foi efetuada nova avaliação da função respiratória que revelou a presença de alteração ventilatória de tipo obstrutivo ligeira à custa das pequenas vias aéreas com resposta parcial na prova de broncodilatação. A terapêutica foi otimizada com a associação budesonido/ formoterol, montelukaste, cetirizina e mometasona nasal. Iniciou reabilitação respiratória e verificou-se melhoria clínica e funcional, sob terapêutica. Entretanto, a doente engravidou e, durante este período, houve necessidade de incremento terapêutico devido a mau controlo da asma, tendo-se atingido estabilidade sintomática posteriormente ao parto.

Conclusão: Este relato clínico evidencia um caso de RADS após exposição a elevadas concentrações de cloreto de cálcio em episódio único seguido por novo episódio de exposição a outra substância tóxica (derivada do petróleo) cujos sintomas permaneceram posteriormente sendo necessária terapêutica crónica. Assim, deriva a possibilidade de instalação de asma induzida por irritantes como patologia crónica e necessidade de tratamento permanente após exposições únicas no tempo a substâncias químicas com desenvolvimento de RADS.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 057

ASMA DE INÍCIO TARDIO - RELEVÂNCIA CLÍNICA DOS FENÓTIPOS TH2 E NÃO-TH2

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, TH2,
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Introdução: Com o envelhecimento da população, a prevalência da asma de início tardio (Late Onset Asthma - LOA) tem vindo a aumentar. Verifica-se frequentemente uma demora no diagnóstico, o que pode ser responsável por um pior prognóstico. Clinicamente, parece ser importante a distinção entre os fenótipos Th2 e não-Th2, uma vez que as opções de tratamento divergem.

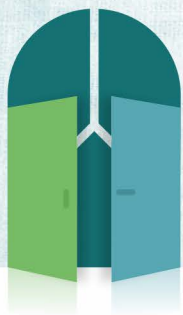
Objetivo: Caracterizar os clusters Th2 e não-Th2 em pacientes com LOA seguidos em Consulta de um hospital terciário e analisar comparativamente a função pulmonar e a frequência de exacerbações.

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 os casos em que os sintomas surgiram após o início da idade adulta (18 anos). Foram excluídos da análise: grávidas, diagnóstico de sobreposição asma/DPOC, granulomatose com poliangeíte, ABPA e doentes sob investigação diagnóstica. O fenótipo Th2 foi assumido quando verificamos evidência de inflamação Th2, definida como uma contagem de eosinófilos periférica elevada ($\geq 150 \text{ Eo/uL}$) ou $\text{FeNO} \geq 25 \text{ ppb}$. Para a análise e tratamento de dados foi utilizado o software IBM SPSS v.25.

Resultados: Foram incluídos 122 pacientes com LOA, maioritariamente mulheres ($n=108$ (88,7%)), com média de idades de $54,94 \pm 12,73$. Treze pacientes foram excluídos da análise de cluster, por falta de informação. Os grupos Th2 ($n=90$) e não Th2 ($n=19$) são melhor caracterizados na tabela anexa. Os clusters fenotípicos diferiram principalmente na prevalência de rinosinusite - o fenótipo Th2 apresentou índice de massa corporal médio inferior e maior prevalência de rinosinusite. Para o fenótipo Th2, observamos ainda uma tendência para idade no início dos sintomas inferior e menor frequência de airtrapping. Os dois fenótipos não mostraram diferenças estatisticamente significativas quanto aos parâmetros de função pulmonar. No cluster não-Th2, nenhum dos indivíduos havia sofrido exacerbações durante o ano anterior; no entanto, a frequência de exacerbações e a prevalência de asma grave foram semelhantes entre os grupos.

Discussão: De acordo com a literatura, o nosso estudo demonstrou que o fenótipo Th2 surge mais associado a rinosinusite e o fenótipo não-Th2 mais associado a obesidade. Encontramos também uma tendência para maior frequência de airtrapping nos doentes não-Th2. Esperar-se-ia que o fenótipo não-Th2 estivesse mais associado a pior função pulmonar e maior prevalência de asma grave; no entanto, para esta amostra, tanto os

fenótipos Th2 quanto os não-Th2 da LOA apresentaram função pulmonar relativamente preservada e homogênea, assim como distribuição semelhante de frequência de exacerbações e prevalência de asma grave. O tamanho amostral reduzido constituiu uma limitação no presente estudo, especialmente quando consideramos o cluster não-Th2.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 058

ASMA E EOSINOFILIA PERIFÉRICA: UM OLHAR PARA ALÉM DA ASMA.

Autor do trabalho:

MARIANA MARTINS

Mariana Martins, Serviço Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João

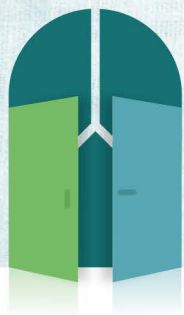
Palavras-chave: ASMA, EOSINOFILIA, PULMONAR, GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGÉITE (EGPA), VASCULITE, ANCA.

Introdução: A granulomatose eosinofílica com poliangéite é definida por uma inflamação granulomatosa rica em eosinófilos que envolve frequentemente o trato respiratório, sob a forma de uma vasculite necrotizante de pequenos a médios vasos. Nesta rara doença auto-imune, a asma associada é classicamente grave e corticodependente, precedendo a instalação da fase vasculítica na história natural da doença. Actualmente, mantém-se um desafio diagnóstico, particularmente durante a fase eosinofílica da doença, pela existência de outras entidades raras com fisiopatologia comum no que toca a inflamação mediada por eosinófilos.

Caso clínico: Homem de 69 anos com diagnóstico de síndrome ventilatório obstrutivo não estratificado, não fumador, medicado com budesonido + formoterol (2 puffs, 2 vezes por dia) há cerca de 3 anos, mas incapaz de obter resposta terapêutica. Desde há 1 ano com várias vindas ao SU por crises de broncospasmo resolvidas após terapêutica sintomática com esquemas curtos de corticoterapia sistémica. Em Junho 2019, vinda por dispneia aguda para pequenos esforços, sibilância difusa bilateralmente na auscultação e analiticamente eosinofilia periférica (25.1% eosinófilos, 2410 células/L), sem outras alterações no hemograma. Negou febre, astenia, anorexia, mioartralgias, dor torácica ou abdominal, alterações cutâneas ou sensitivas de novo, consumo de fármacos ou toxinas. Sem imagens de condensação parenquimatosa na radiografia torácica. Atendendo ao contexto clínico, realizou estudo etiológico dirigido: VS 19mm/h; vitamina B12 normal; IgE aumentada (257U/L); ANAs, factor reumatoide e ANCA negativos; HIV negativo; exame parasitológico de fezes negativo; IgE, IgG, precipitinas e cultural de secreções negativo para *Aspergillus fumigatus*. Na TC torácica alta resolução: "Áreas de densificação em vidro despolido sobretudo nos polos superiores, perifericamente. Espessamento das paredes brônquicas e nódulos centrilobulares mais evidentes nos lobos inferiores. Sem áreas de condensação pulmonar. Aspectos sugestivos de infiltração eosinofílica pulmonar"; TC dos seios perinasais: "Sinais de sinusite e/ou polipose maxilar bilateral, esfenoidal e etmoidal. Hipertrofia da mucosa de revestimento dos cornetos nasais inferiores. Preenchimento dos óstios maxilares e recessos fronto-etmoidais. Desvio septal para a direita". Novas provas de função respiratória confirmaram alteração ventilatória obstrutiva grave com prova de broncodilatação positiva, FeNO 70. Não realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar ou biópsia pulmonar.

Conclusão: Apesar de limitação diagnóstica por ausência de realização de BFC com LBA e biópsia pulmonar, excluíram-se diagnósticos como neoplasia, infecção por helmintas, iatrogenia, APBA ou pneumonia eosinofílica crónica. O diagnóstico diferencial com esta última entidade é particularmente desafiante pela existência de critérios de diagnóstico comuns. No entanto, atendendo à presença de 4 em 6 critérios ACR/EULAR: asma, eosinofilia periférica > 10%, infiltrados pulmonares e

anomalias parasinusais, assumiu-se tratar-se de indivíduo com granulomatose eosinofílica com poliangéite ANCA-, sem estigmas de doença multiorgânica (FFS 1), e com indicação para com prednisolona 1mg/kg/dia durante 1 mês. Após a terapêutica de indução, apresentou melhoria clínica e analítica (2.1% eosinófilos, 250 células/L), mantendo estabilidade clínica durante o actual período de desmame de corticoterapia. No subgrupo de doentes ANCA -, que compreende cerca de 60% dos indivíduos com EGPA, já está demonstrada a vantagem na utilização do mepolizumab como terapêutica poupadora de corticóides.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 059

RELAÇÃO ENTRE A TÉCNICA INALATÓRIA, LITERACIA E CONTROLO 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: TÉCNICA INALATÓRIA, ASMA, ADULTOS ANGOLANOS

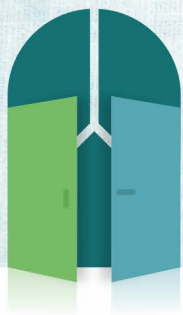
Introdução: O objectivo do tratamento da asma é obter e manter o controlo dos sintomas da doença, com o uso de medicamentos por via inalatória que é fundamental tanto nos episódios agudos, quanto no tratamento de manutenção. O uso incorrecto dos dispositivos inalatórios associa-se a baixa deposição brônquica do fármaco e pode contribuir para o mau controlo da doença. O objectivo deste estudo foi avaliar os erros da técnica inalatória e sua relação com o conhecimento e o controlo da asma, em asmáticos, seguidos em consulta de Pneumologia.

Metodologia: Estudo observacional, transversal, realizado no Hospital Militar Principal de Abril de 2018 a Março de 2019, com doentes com idade ≥ 18 anos, seguidos em consulta de pneumologia por asma, em Luanda. O controlo da asma foi definido de acordo com os critérios do Global Initiative for Asthma (GINA), foi utilizado um questionário padronizado que incluía perguntas sobre dados socio-demográficos e perguntas relacionadas com a asma e uma “chek list” sobre os erros da técnica inalatória observados durante a demonstração do uso dos inaladores pelos doentes. Foram excluídos asmáticos com sequelas de tuberculose e com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Os dados foram analisados no SPSS Statistics v25.0, através de análises univariadas e multivariadas.

Resultados: A amostra foi constituída por 305 asmáticos [idade média 41,3; mediana 41,0 (18 a 86) anos], sendo 56,1% mulheres. Destes, 28,2% tinham asma controlada, 36,4% parcialmente controlada e 35,4% não controlada, sem diferenças significativas entre sexos, idade, Índice de Massa Corporal (IMC) e autoconhecimento da asma. Doentes sem habilitações literárias (5,5%) tiveram pior controlo da asma, enquanto que doentes com classificação de GRAFFAR de I a III (55,0%), tinham melhor controlo. Cerca de 64% dos doentes usavam algum tipo de inalador, sendo os mais usados os aerossóis pressurizados (pMDIs-pressurized metered dose inhalers) e o dispositivo turbuhaler (DPI-dry powder inhalers). Apenas 39,0% usavam tratamento de manutenção, mas muito irregularmente e 53,1% usavam só na crise. A maioria dos doentes (94,3%) respondeu que teve formação sobre a técnica inalatória pelo médico assistente (67,8%) ou pelo enfermeiro (24%); porém, apenas 21,3% destes afirmou que tiveram verificação regular da técnica. A técnica inalatória, quer nos pMDIs, quer nos DPIs, foi incorrecta em 65,7% e 54,4%, respetivamente. Os principais erros major observados foram relacionados com a

preparação inadequada (dispositivo vazio, fora do prazo de validade, falha ao agitar o inalador e falha ao carregar o dispositivo DPI ou iniciar o pMDI) em 64,9% dos doentes, falha em sustentar a respiração por 10 segundos (18%) e técnica inspiratória inadequada (4,6%). Os principais erros minor foram falha ao deitar fora o ar antes da inalação (89,7%), falha na inclinação da cabeça para trás (58,6%) e falha a expirar lentamente com os lábios semi-cerrados (5,2%). O uso frequente dos pMDIs esteve associado ao não controlo da asma e o uso dos DPIs ao melhor controlo.

Conclusão: A maioria dos asmáticos Angolanos residentes em Luanda têm a sua asma parcialmente controlada ou não controlada, estando a técnica inalatória incorreta relacionada com o não controlo da asma.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 060

FALÊNCIA VENTILATÓRIA APÓS EXPOSIÇÃO A FARINHA DE TRIGO – APRESENTAÇÃO RARA DE UMA DOENÇA COMUM

Autor do trabalho:

NUNO FARIA

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Co-Autores do trabalho:

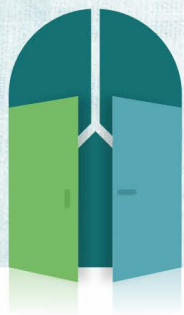
ANA VIGÁRIO; ÁLVARO SILVA; BÁRBARA TEIXEIRA; CATARINA MENDONÇA

Palavras-chave: ASMA, OCUPACIONAL, ASMA DO PADEIRO, FALÊNCIA VENTILATÓRIA

Introdução: A asma do padeiro é uma das formas de doença ocupacional mais comum nos países desenvolvidos, com elevado impacto socioeconómico. O aparecimento de sintomas de broncoconstrição de novo, com período de latência de meses ou anos após início da exposição a farinhas de panificação, constitui a forma mais comum de apresentação da doença. O episódio inaugural responde à terapêutica convencional na maioria dos casos. Neste contexto, os autores apresentam um caso clínico que culmina em broncoespasmo com necessidade de intubação orotraqueal.

Caso clínico: Mulher de 21 anos, não-fumadora, com antecedentes de nefrectomia esquerda aos 2 anos por nefroblastoma. Desde há 6 meses a trabalhar em padaria com exposição a pó de farinha de trigo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dispneia aguda e pieira uma hora após início do turno em padaria. Ao exame objetivo com taquipneia, diminuição do murmúrio vesicular e sibilância bilateralmente. Gasimetria arterial sem insuficiência respiratória (pH 7,417; pO₂ 99,9 mmHg; pCO₂ 35,3 mmHg; bicarbonatos 22,7mmol/L) ou hiperlactacidemia. Analiticamente sem elevação de parâmetros inflamatórios e sem eosinofilia, com isolamento de rinovírus nas secreções nasofaríngeas. Radiografia do tórax com sinais de hiperinsuflação. Foi iniciada terapêutica com ipratrópio/salbutamol em nebulização e metilprednisolona 125mg e sulfato de magnésio 2g endovenosos, sem resposta clínica. Evolução com estridor e falência ventilatória com necessidade de intubação orotraqueal sob videolaringoscopia, sem evidência de obstrução ou edema. Foi internada na Unidade de Cuidados Intensivos e extubada após 48h, sem intercorrências, sob corticoterapia sistémica. Transferida para enfermaria geral, tendo sido alvo de cinesioterapia respiratória, desmame progressivo da corticoterapia sistémica e início da terapêutica broncodilatadora inalatória (budesonido/formoterol) com verificação de técnica inalatória. Estudo de investigação adicional com IgE e phadiatop negativos e ligeira diminuição de C4, sem outras alterações do complemento nem do estudo imunológico. Tomografia computadorizada de tórax, pescoço e rino-faringo-laríngea sem alterações de relevo. Avaliada por Otorrinolaringologia que excluiu disfunção das cordas vocais ou neoformações faringo-laríngeas. À data de alta assintomática e sem alterações ao exame objetivo. A doente decidiu abandonar trabalho na padaria na sequência deste evento. Espirometria e prova de provocação inalatória inespecífica realizadas em fase estável e sob inaloterapia, 7 semanas após a admissão, sem alterações de relevo. A doente manteve-se sem clínica durante o período de seguimento, pelo que se procedeu ao step down da terapêutica inalatória controladora, sem recidiva de sintomas.

Discussão: Quando a suspeita clínica é elevada, a asma do padeiro deve ser tratada empiricamente, sobretudo na presença de uma crise aguda com risco de vida. O reconhecimento precoce e subsequente remoção da exposição constituem o melhor preditor de um prognóstico favorável. Os fenómenos de hiperreatividade brônquica de uma asma ocupacional podem resolver após a evicção da exposição laboral, tornando o diagnóstico definitivo desafiante. Nestes casos, quando a relação causal não é clara e a estratégia terapêutica está dependente do diagnóstico definitivo, um challenge brônquico específico para estes alérgenos poderá em última instância ser necessário.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 061

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR PRIMITIVO VS METÁSTASE

Autor do trabalho:

CATARINA ANTUNES

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

Co-Autores do trabalho:

ENCARNAÇÃO TEIXEIRA; EVA BRYSCH; MANUEL FERNANDES; ANA SOFIA VILARIÇA; DIRENDA HASMUCRAI; PAULA ALVES; CRISTINA BÁRBARA

Palavras-chave: TUMOR PRIMÁRIO, METÁSTASES, IMUNOHISTOQUÍMICA

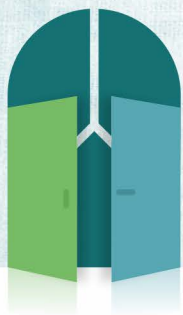
Introdução: A metastização pulmonar é observada em 20-54% das neoplasias extra-torácicas correspondendo o pulmão ao segundo local mais frequente. Perante lesões que suscitam dúvidas de corresponderem a segundos tumores primários ou metástases, a biópsia desempenha um papel fundamental para a caracterização histológica e correto diagnóstico. Adicionalmente, a imunohistoquímica (IHQ) tem um papel complementar na diferenciação de lesões benignas e malignas, identificação do tipo de célula, grau de diferenciação tumoral e origem da metástase/ determinação do tumor primário.

Caso-Clinico: Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino de 49 anos, com diagnóstico clínico de esquizofrenia e fumadora com uma carga tabágica de 30 UMA. Após episódio de pneumonia do lobo superior direito (LSD) tendo realizado antibióterapia com melhoria clínica e analítica. No entanto, por persistência em radiografia do tórax de atelectasia realizou uma videobroncoscopia que revelou uma oclusão completa do brônquio lobar superior direito por mucosa infiltrada. As biópsias brônquicas foram positivas para carcinoma de não pequenas células pouco diferenciado com IHQ positiva para CK7, CK8/18 e negativa para TTF1, p40, CK5, CD56, napsina A e PAX8. A TC toracoabdominopélvica de estadiamento documentou colapso do LSD por lesão central com dimensões aproximadas de 8,3x4,5 cm com adenopatias paratraqueais superiores direitas e nódulo com 10mm no segmento externo do lobo inferior esquerdo (LIE). A PET-TC revelou extensa área de condensação parenquimatosa pulmonar em topografia central no pulmão direito apresentando um SUV de 20,4; adenopatia paratraqueal superior à direita com 10mm com SUV 8,3 e uma imagem nodular do LIE com 9 mm e SUV de 1,6. Adicionalmente revelou captação hipermetabólica adjacente à cauda do pâncreas com SUV 6,9 e cuja alteração sugere malignidade. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar e perante as várias hipóteses de etiologia da lesão pancreática (tumor primário/ metástase/ inflamação) e tendo em consideração a dificuldade expectável de abordagem da lesão pelas técnicas invasivas de gastroenterologia, a doente foi submetida a pancreatectomia distal.

O exame anatómo-patológico da peça cirúrgica revelou tratar-se de adenocarcinoma ductal, moderadamente diferenciado, sendo a IHQ positivas para CK7, CK19, S100P, IMP3 e negativas para CK20, napsina, TTF1 e GATA 3, favorecendo a origem pancreática do tumor. As lâminas da biópsia pulmonar foram revistas e completado o estudo IHQ com CK19, IMP3 e S100p que se revelou positivo e concluindo-se que a lesão pulmonar correspondia a uma metástase do carcinoma do pâncreas. A doente

foi orientada para a consulta de Oncologia Médica com o diagnóstico de Adenocarcinoma do Pâncreas estágio IV e iniciou quimioterapia com gemcitabina + NAB-placlitaxel. A avaliação de resposta após três ciclos de QT revelou resposta parcial com redução das dimensões da lesão pulmonar e re-expansão parcial do LSD.

Conclusão: O presente caso constitui um desafio diagnóstico quer pela sua forma de apresentação com sintomatologia não típica do carcinoma de pâncreas, quer pelos locais iniciais de metastização à distância, evidenciando o papel fulcral da biópsia para o correto diagnóstico e posterior orientação terapêutica.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 062

OSTEOARTROPAZIA HIPERTRÓFICA SECUNDÁRIA A CANCRO DO PULMÃO: UM CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA

Autor do trabalho:

ANA CATARINA ALVES MOREIRA

Hospital Garcia de Orta, Serviço de Pneumologia

Co-Autores do trabalho:

ANA RODRIGUES; MARIA CASSIANO; MARTA SOARES

Palavras-chave: OSTEOARTROPAZIA PULMONAR HIPERTRÓFICA, SÍNDROME PARANEOPLÁSICA, CANCRO DO PULMÃO

Introdução: A Osteoartropatia Hipertrófica (OH) secundária, também denominada de síndrome de Pierre Marie-Bamberger, é uma síndrome paraneoplásica rara que ocorre em 1 a 5% de todos os casos de cancro do pulmão de não pequenas células. A apresentação clínica habitual caracteriza-se por oligoartrite ou poliartrite, dor óssea predominantemente a nível dos ossos longos dos membros inferiores e hipocratismo digital (mãos e/ou pés). É caracteristicamente uma periostite proliferativa crónica, evidente na cintigrafia óssea sob a forma de captação difusa e simetricamente aumentada na diáfise e metáfise dos ossos tubulares.

Os autores fizeram uma revisão da literatura publicada acerca da OH secundária a cancro do pulmão sob a forma de apresentação de um caso clínico de uma doente do sexo feminino, 37 anos sem antecedentes médico-cirúrgicos relevantes e não fumadora. Iniciou em junho de 2018 um quadro de edema articular e gonalgia bilateral e dor a nível dos membros inferiores, predominantemente na região tibial anterior. Cerca de 1 mês após, referia o aparecimento de astenia e dispneia progressivamente para menores esforços e vários episódios de hemoptise de pequeno volume que persistiram nos dois meses subsequentes. Na sequência do estudo inicial realizado, realizada TC do tórax onde foi evidente uma massa pulmonar (11,3 x 7 cm) localizada no lobo superior direito. A tomografia de emissão de positrões (PET-CT) com 18F-FDG foi compatível com uma captação intensa na massa pulmonar (SUV_{máx} = 18,5), no corpo vertebral de D11 e porção posterior do osso íliaco direito. Foi realizada broncofibroscopia que evidenciou a presença de um tumor endobrônquico a nível do segmento anterior do brônquio superior direito cuja biópsia foi diagnóstica de adenocarcinoma. A cintigrafia óssea evidenciou uma captação aumentada a nível de D11 e captação heterogênea a nível cortical do fémur e da tíbia bilateralmente, que à luz do supracitado, foram sugestivas de osteoartropatia hipertrófica secundária ao Adenocarcinoma pulmonar estadio IV. A genética molecular tumoral demonstrou a presença de mutação EGFR tendo sido iniciada terapêutica com Erlotinib em Setembro 2018. Seis meses após início de terapêutica, além da melhoria clínica constatada, foi evidente a nível cintigráfico uma redução dos sinais de periostite dos membros inferiores.

Conclusão: O caso supracitado põe em evidência uma síndrome paraneoplásica rara secundária a adenocarcinoma pulmonar. De acordo com a literatura, a frequência de OH é superior no sexo masculino, em idades médias 60-70 anos, na histologia de adenocarcinoma e nos estadios IIIC ou IV. Os autores descrevem este caso, não apenas pela idade jovem da doente, mas também pela implicação na qualidade de vida associada à óssea inicialmente incapacitante.

PE 063

SEGURANÇA DA BIÓPSIA PULMONAR TRANSTORÁCICA GUIADA POR TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA E FATORES PREDITORES DE COMPLICAÇÃO

Autor do trabalho:

GONÇALO SAMOUCO

Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde da Guarda

Co-Autores do trabalho:

JOÃO P.A. LOPES; JOÃO ALMEIDA; VERA CALADO; JOSÉ VEIGA; OTÍLIA FERNANDES

Palavras-chave: BIÓPSIA PULMONAR; TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA

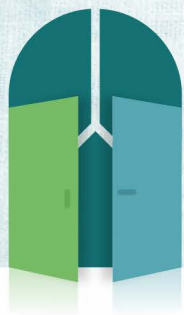
Introdução: A biópsia pulmonar transtorácica guiada por tomografia computadorizada (BTT-TC) é um procedimento diagnóstico bem estabelecido para o diagnóstico de lesões pulmonares. Apresenta uma elevada rentabilidade, mas os dados publicados demonstram complicações frequentes, nomeadamente pneumotórax.

Objetivo: Avaliar a segurança da BTT-TC e identificar fatores preditores de complicação.

Metodologia: Análise retrospectiva das BTT-TC realizadas num hospital dedicado à patologia torácica entre fevereiro de 2013 e janeiro de 2019. Foram recolhidos dados demográficos, relativos às características das lesões e do procedimento e às complicações deste. Os fatores associados a complicações na análise univariada foram introduzidos num modelo de regressão logística multivariada com o intuito de identificar fatores de risco independentes (FRI).

Resultados: No período de estudo de 6 anos, foram efectuadas 503 BTT-TC. Os doentes eram na sua maioria homens (72%), com idade média de 66,6 anos. Os procedimentos foram realizados quase exclusivamente com recurso a agulha de calibre 18G. A taxa de complicações foi 39,8%, contudo sendo raras as complicações graves. A taxa de pneumotórax foi 22,7%, sendo pouco frequente a necessidade de drenagem torácica (1,2%). Foi identificada hemorragia alveolar em 23,1%, na sua maioria ligeira (95,4% dos casos). A taxa hemoptise após procedimento foi 6,6%. Não foi identificada mortalidade relacionada com o procedimento. Os FRI para complicações globais foram a menor dimensão da lesão ($p<0,001$), margem espiculada ($p=0,032$) e proximidade a cisuras ($p=0,003$). Menor dimensão ($p=0,006$), proximidade cisural ($p=0,006$) e enfisema importante ($p=0,006$) foram FRI para pneumotórax. Menor dimensão ($p<0,001$), ausência de contacto pleural ($p=0,001$) e localização central ($p=0,031$) foram FRI para hemorragia alveolar. A menor dimensão do nódulo foi o único FRI identificado para hemoptise ($p=0,01$).

Conclusões: A BTT-TC é um procedimento seguro, que raramente se associa a morbilidade importante, apesar de complicações minor frequentes. A dimensões e localização da lesão, as características da margem, a inexistência de contacto pleural e o enfisema pulmonar são os maiores preditores de complicação, na nossa experiência.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 064

HIPERPLASIA ANGIOLINFÓIDE COM EOSINOFILIA PULMONAR (HALE) – UM NOME COMPLEXO MAS INOFENSIVO?

Autor do trabalho:

CATIAPEREIRA

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

E BRYSCH; AF MATOS; I OLIVEIRA; M ANTUNES; M ALVOEIRO

Palavras-chave: HIPERPLASIA ANGIOLINFOIDE COM EOSINOFILIA COM ENVOLVIMENTO PULMONAR, HEMANGIOMA EPITELIOIDE, TUMOR VASCULAR

Introdução: Hiperplasia Angiolinfoide com Eosinofilia (HALE), também designada de Hemangioma Epitelióide, é um raro tumor vascular benigno caracterizado por vasos imaturos e pela proliferação de células endoteliais epitelióides com uma marcada infiltração eosinofílica e linfocítica. A maioria das lesões de HALE afectam o tecido subcutâneo da cabeça e pescoço. Casos descritos de envolvimento pulmonar são extremamente raros. Devido à escassez de casos publicados, não está definido um tratamento ideal.

Caso Clínico: Homem, 59 anos, caucasiano, fumador (CT 48 UMA) e ex-toxicodependente há >10 anos. Referenciado à consulta de Pneumologia por “massa pulmonar periférica na base esquerda com cerca de 4cm suspeita de lesão expansiva (...) enfisema difuso bilateral (...)” em Tomografia Computorizada realizada em ambulatório. Apresentava um quadro de perda ponderal desde há 2-3 meses, astenia e cansaço fácil. Da avaliação analítica a destacar eosinofilia de 540 e IgE total normal (22,9 U/ml) com serologias virais negativas. Realizou PET com alterações pulmonares com captação ténue de radiofármaco, de natureza indeterminada, pelo que realizou Bópsia Transtorácica que viria a revelar “quadro histológico sugestivo de Hiperplasia Angiolinfóide com Eosinofilia, embora não seja possível excluir por completo infecção parasitária”. Para melhor esclarecimento diagnóstico, realizou Vidobroncofibroscopia com colheita de secreções brônquicas e Lavado Broncoalveolar com exames microbiológicos negativos, bem como negatividade para células neoplásicas. Realizou colheita de fezes para exame parasitológico que se revelou igualmente negativo. Face à raridade do envolvimento pulmonar por esta entidade, e para avaliar a possibilidade de ressecção da massa, realizou Estudo Funcional Respiratório que revelou obstrução grave (FEV1posBD-48%) e diminuição moderada da difusão (DLCO/VA-44%) e foi discutido o caso com a Cirurgia Torácica que propôs para cirurgia após integração em programa de Reabilitação Respiratória pre-operatório.

Conclusão: Apresentamos um caso raro de Hiperplasia Angiolinfóide com Eosinofilia com envolvimento pulmonar, um diagnóstico que deve ser considerado na vasta lista de diagnósticos diferenciais de nódulos pulmonares, com extensão ao espectro de lesões vasculares e linfóides que podem ocorrer no pulmão. Até à data, existem apenas 4 casos descritos com envolvimento pulmonar por esta entidade, pelo que consideramos que mesmo um pequeno número de casos ou experiências individuais de ALHE são importantes para melhorar o nosso conhecimento e abordagem desta patologia.

PE 065

CANCRO DO PULMÃO E TUBERCULOSE PULMONAR – A MESMA LESÃO, DOIS DIAGNÓSTICOS

Autor do trabalho:

JOÃO COSTA

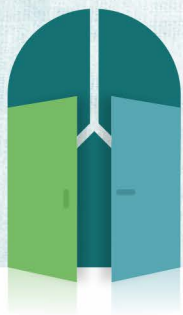
Unidade Local de Saúde da Guarda – Serviço de Pneumologia

Palavras-chave: TUBERCULOSE, CANCRO DO PULMÃO

Introdução: A associação entre cancro do pulmão e tuberculose pulmonar é conhecida e tem vindo a ser relatada em estudos recentes. Ocorre em apenas 2% dos casos de cancro do pulmão, sendo mais frequente no carcinoma epidermoide, envolvendo tipicamente os lobos superiores.

Caso clínico: Descrevemos o caso de um indivíduo de 87 anos, sexo masculino, fumador activo. Antecedentes pessoais de DPOC e Tuberculose Pulmonar, diagnosticada em 2006 e tratada com recurso a antibióticos de primeira linha. O doente foi referenciado ao nosso serviço em Fevereiro de 2019 por um quadro com seis meses de evolução caracterizado por toralgia esquerda de características pleuríticas e irradiação dorsal – sem outras queixas – e alterações imagiológicas em TC tórax do ano prévio: extensa lesão com áreas de calcificação e cavitação na região posterior do segmento ápico-posterior do LSE, condicionando espessamento parietal significativo e extensa lesão lítica de pelo menos uma costela adjacente. O exame directo da expectoração revelou a presença de 1-9 BAAR/100 campos e o TAAN para DNA de M. tuberculosis foi positivo, após o que se iniciou terapêutica antibacilar com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol. Repetiu TC tórax: lesão maciça cavitada do LSE com invasão parcial e destruição da 2ª e 3ª vértebras dorsais, arco posterior da 2ª e 3ª costelas e do músculo subescapular esquerdo; nódulos pulmonares secundários do pulmão esquerdo; sem adenopatias. Realizou broncofibroscopia, sem alterações relevantes ou presença de células com características de malignidade no aspirado brônquico. Submetido a biópsia da lesão guiada por ecografia, mostrando características histológicas compatíveis com carcinoma pulmonar de não-pequenas células, a aguardar estudo imunohistoquímico.

Conclusão / discussão: Os autores pretendem com este caso ilustrar a associação rara entre cancro do pulmão e tuberculose pulmonar, cuja relação causal permanece ainda incerta: a hipótese mais consensual relaciona a origem da lesão neoplásica com um estado inflamatório crónico, alterações estruturais da árvore brônquica e metaplasia epitelial de antigas lesões de tuberculose (scar carcinoma). Por outro lado, o desenvolvimento de cancro do pulmão pode desempenhar um papel importante ao facilitar a reactivação de antigas lesões de tuberculose pulmonar.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 066

BRONCOFIBROSCOPIA “PRETA” – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

MARIANA SANTOS CONCEIÇÃO

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Co-Autores do trabalho:

RITA FERRO; SÓNIA GUERRA; ÂNGELA DIAS CUNHA; JOANA CORREIA; ALEXANDRA BENTO; ANTÓNIO REIS; ANTÓNIO SIMÕES TORRES

Palavras-chave: MELANOMA MALIGNO, MASSA PULMONAR, METÁSTASES

Introdução: A presença de pigmentação preta na árvore brônquica não é rara e pode traduzir processo infeccioso, exposições ambientais, iatrogenia e causas neoplásicas.

Descrição do caso: Mulher de 54 anos, não-fumadora, com antecedentes de melanoma maligno na axila esquerda, submetida a tratamento cirúrgico com esvaziamento ganglionar seis anos antes. Desenvolveu quadro de tosse seca, astenia e dispneia para grandes esforços (mMRC 1), com cerca de 1 mês de evolução. Associadamente, referia cervicalgia direita com noção de aparecimento de adenopatia supra-clavicular direita dolorosa. Negava febre ou outros sintomas constitucionais. Após realização de radiografia de tórax mostrando hipotransparência no hemitórax superior direito, foi medicada empiricamente para pneumonia da comunidade com ceftriaxone e azitromicina, que completou sem melhoria clínica ou imagiológica.

À admissão ao serviço de urgência, doente sub-febril (37,7°C), apresentando diminuição do murmúrio vesicular no campo pulmonar superior direito e adenopatia supra-clavicular direita, de consistência dura e aderente aos planos profundos. Analiticamente, anemia (Hb 12,4g/dL), PCR 14mg/dL e pro-calcitonina 0,05ng/mL.

Dados os antecedentes pessoais e a evolução radiológica desfavorável, realizou TC tórax que evidenciava: volumosa neoformação no lobo superior direito, com 9x12cm e invasão do brônquio lobar superior direito (BLSD) e da artéria pulmonar direita, provocando compressão extrínseca do tronco braquiocéfálico; múltiplas lesões nodulares contra-laterais, bem como adenopatias mediastínicas, hilares, supraclavicular e axilar direitas; derrame pleural direito moderado. Realizou broncofibroscopia que mostrou massa infiltrativa, pétrea e preta provocando oclusão quase total da entrada do BLSD e não permitindo a progressão do broncofibroscópio (foto). Efetuaram-se biópsias e escovado brônquicos da lesão descrita cujo resultado anatomo-patológico foi compatível com metástase pulmonar de melanoma (expressão de Melan-A e HMB45). A doente evoluiu desfavoravelmente com agravamento da dispneia e aparecimento de edema facial e cervical em consequência de oclusão tumoral do tronco braquiocéfálico, tendo sido orientada para radioterapia paliativa emergente. Faleceu 1 mês após início do quadro.

Discussão: O melanoma maligno é a neoplasia cutânea com maior taxa de mortalidade e potencial de disseminação à distância, sendo o pulmão um dos locais mais comuns de metastização, logo a seguir aos gânglios. A metastização pulmonar de melanoma é frequentemente assintomática mas esta condição associa-se a um prognóstico altamente desfavorável. Este caso ilustra a agressividade do melanoma mesmo após um longo período livre de doença, pelo que qualquer nova sintomatologia exige uma investigação dirigida para recidiva tumoral.

PE 067

TUMOR SOLITÁRIO FIBROSO GIGANTE– CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

EVA BRYSCH

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

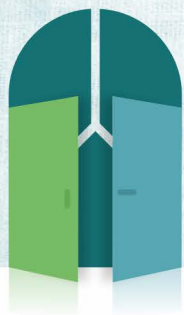
ENCARNAÇÃO TEIXEIRA; MAGDA ALVOEIRO; ANA DIAS; ANA SOFIA VILARIÇA; DIRENDRA HASMUCRAI; PAULA ALVES; FRANCISCO FÉLIX; CRISTINA BÁRBARA

Palavras-chave: TUMORES DA PLEURA, TUMOR SOLITÁRIO FIBROSO

Introdução: O tumor solitário fibroso é uma neoplasia rara, com origem no tecido mesenquimatoso e diferenciação fibroblástica. Estima-se que a sua incidência ronde os 2,8 casos por 100 000 hospitalizações. Afeta sobretudo a pleura, peritônio, meninges ou extremidades inferiores embora possa ocorrer em qualquer localização do corpo. A forma maligna está definida histologicamente como hiper celular, mitoticamente ativa (>4mitoses/10 high power field (HPF)), atipia celular, presença de necrose e/ou margens infiltrativas. Cerca de 10 a 20% dos casos descritos na literatura correspondem à forma maligna. A cirurgia é o tratamento de primeira linha nos casos de doença localizada, com taxas de sobrevivência aos 10 anos entre os 54% e os 89%.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 60 anos, fumadora ativa, com os diagnósticos prévios de DPOC com enfisema pulmonar, prolapso da válvula mitral, status pós-tiroidectomia (hiperplasia nodular macro e microfolicular). Recorreu ao seu médico assistente com história de infeções respiratórias de repetição nos últimos seis meses, apresentando queixas de dispneia, tosse produtiva e referindo perda ponderal de 8Kg no último ano. Realizou radiografia de tórax que evidenciou opacidade ocupando metade inferior do hemitórax esquerdo. Fez tomografia computadorizada (TC) que revelou massa sólida com 21cm de maior eixo, vascularizada e com calcificações no interior, contactando o bordo esquerdo do mediastino incluindo a artéria pulmonar. A massa condicionava desvio contralateral do mediastino e colapso completo do lobo inferior esquerdo.

A doente foi enviada para consulta de pneumologia e neste contexto ficou internada para investigação clínica. Na admissão, apresentava insuficiência respiratória parcial e no exame objetivo destacava-se hipocratismo digital. Realizou biópsias transtorácicas guiadas por TC cujo resultado foi compatível com tumor miofibroblástico. Para estudo complementar realizou PET com única lesão captante com SUV 3,1. Foi submetida a cirurgia com excisão de tumor gigante da pleura em bloco e lobectomia inferior esquerda por toracotomia. O pós-operatório foi prolongado por necessidade de ser reintervencionada para revisão de hemóstase. Apresentou boa evolução clínica no restante internamento. O resultado da anatomia patológica foi a favor de um tumor solitário fibroso da pleura, de comportamento biológico incerto: mitoticamente pouco ativo (2 mitoses/10HPF), mas com presença de necrose e hiper celularidade. A doente mantém vigilância clínica e imagiológica periódica, sem sinais de recidiva local ou metastização à distância após um ano de follow-up.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

Conclusão: Este caso demonstra a exuberância da apresentação deste tipo de tumores de crescimento lento, só dando sintomas nas fases mais avançadas da doença. Por outro lado, este caso é um exemplo da dificuldade que existe por vezes na prática clínica em distinguir as formas benignas das malignas através de critérios histológicos. A cirurgia foi o tratamento de primeira linha, com boa evolução clínica e follow-up sem sinais de recidiva.

PE 068

MÚLTIPLOS NÓDULOS PULMONARES – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Autor do trabalho:

JOANA BATISTA CORREIA

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE.

Co-Autores do trabalho:

ANA RITA FERRO; SÓNIA GUERRA; MARIANA CONCEIÇÃO; ÂNGELA CUNHA; ALEXANDRA BENTO; TITO ABRANTES; CARLA ANTÓNIO; ANTÓNIO SIMÕES TORRES

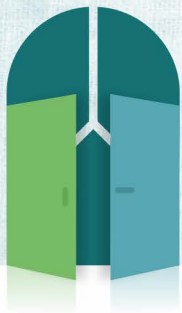
Palavras-chave: AMILOIDOSE; NÓDULOS

Introdução: O diagnóstico diferencial de múltiplos nódulos pulmonares pode ser desafiante. As principais hipóteses diagnósticas são a neoplasia primária do pulmão com metastização bilateral, lesões secundárias de neoplasias extra-pulmonares e patologia difusa do pulmão, sendo muitas vezes necessária a biopsia pulmonar para o diagnóstico definitivo.

Caso Clínico: Doente de 81 anos, sexo masculino, sem hábitos tabágicos, trabalhou numa serração e agricultura, com contacto com aves, com antecedentes pessoais de diabetes tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e trombose venosa profunda. Quadro clínico inicial de dispneia, tosse seca, anorexia, astenia e perda ponderal (não quantificada) com 1 mês de evolução, sem febre. Sem alterações de relevo ao exame objetivo. Tomografia computadorizada (TC)-tórax evidenciou múltiplas formações nodulares dispersas pelo parênquima pulmonar, sendo as maiores uma massa de 30mm de contornos espiculados no lobo inferior direito (LID) e um nódulo de 24mm de contornos espiculados no lobo inferior esquerdo (LIE), sugestivas de metastização pulmonar mas não se podendo, no entanto, excluir que alguma destas lesões se tratasse de lesão primária. Referenciado ao serviço de Pneumologia para estudo. Gasimetria arterial com insuficiência respiratória hipoxémica e estudo funcional respiratório com aumento da resistência das vias aéreas. Broncofibroscopia sem lesões endobrônquicas (microbiologia negativa; lavado bronco-alveolar, aspirado brônquico e biopsias brônquicas negativos para células neoplásicas); análises com autoimunidade sem alterações; tomografia por emissão de positrões-TC (PET-TC) mostrou, dispersas pelo parênquima pulmonar, múltiplas formações nodulares de dimensões variadas, as maiores no LIE (com 34X22mm e SUVmax 3,1), lobo superior direito (com 25X21mm e SUVmax 2,2) e LID (com 31X24mm e SUVmax 1,6), bem como múltiplas adenopatias mediastínicas, sem lesões noutros órgãos; biópsia transtorácica guiada por TC (BTT) da massa pulmonar no LIE que mostrou material amorfo e eosinofílico e refringência verde-maçã na coloração vermelho de Congo compatível com substância amiloide, sem células características de malignidade. Procedeu-se a repetição da BTT da mesma massa pulmonar com resultado equivalente. O doente foi então submetido a ressecção cirúrgica da massa LID que evidenciou material amorfo eosinofílico e substância amiloide, compatível com amiloidoma/amiloidose nodular.

O doente foi referenciado a consulta de Hematologia para estudo de doença linfoproliferativa subjacente. Mantém seguimento na Pneumologia.

Discussão: A amiloidose pulmonar é uma doença rara, causada pela deposição de matéria amiloide no parênquima pulmonar. Pode manifestar-se na forma sistémica ou localizada e afeta o pulmão em três possíveis



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

formas de apresentação: amiloidose pulmonar nodular, amiloidose difusa alveolar-septal e amiloidose traqueobrônquica. Os autores apresentam um caso clínico de amiloidose pulmonar nodular. Após confirmação de diagnóstico de amiloidose, por análise histopatológica, é necessário excluir possíveis doenças subjacentes, nomeadamente doenças inflamatórias, como a doença de Sjögren, e doenças linfoproliferativas, como linfoma, linfoma de MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) e mieloma múltiplo. O tratamento preferível para esta patologia é a ressecção cirúrgica, que não era aplicável a este caso clínico devido à existência de múltiplos de nódulos pulmonares.

PE 069

FACTORES PREDITIVOS DE PNEUMOTÓRAX IATROGÉNICO NA BIÓPSIA PULMONAR PERCUTÂNEA GUIADA POR TAC**Autor do trabalho:****MARGARIDA COSTA E SILVA**

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

Co-Autores do trabalho:**RITA GIGANTE; TIAGO PEREIRA; PEDRO MELO; DIOGO ROCHA**

Palavras-chave: BIÓPSIA PULMONAR; PNEUMOTÓRAX IATROGÉNICO; BIO-SEAL

Introdução: A biópsia pulmonar percutânea guiada por TAC apresenta-se como uma técnica segura e eficaz no diagnóstico de nódulos pulmonares. Contudo, o pneumotórax é uma complicação bem documentada desta técnica.

Objectivo: Identificar factores preditivos de pneumotórax

Métodos: Estudo observacional retrospectivo de todos os doentes submetidos a biópsia pulmonar, percutânea guiada por TAC, durante o período de 1 ano. Foi utilizada essencialmente agulha de perfil 18G com sistema co-axial. Foram avaliados os parâmetros de idade, género, tabagismo, presença de enfisema, tamanho da lesão, distância da lesão à pleura (mm), história prévia de pneumotórax e o uso de selante do trajecto de biópsia (Bio-Seal).

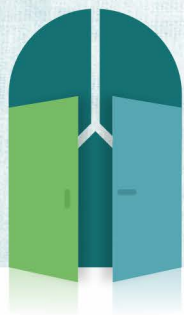
Resultados: O estudo incluiu 217 doentes; a idade média de 67±13 anos e 67,3% são do género masculino. De acordo com critérios radiológicos, 49 (22,6%) doentes apresentavam enfisema pulmonar.

Sessenta e um doentes (28,1%) apresentaram complicações pós procedimento.

O pneumotórax foi a complicação mais frequente, surgindo em 49,2% (30/61). Destes, 14 (46,7%) não necessitaram de tratamento, 11 (36,7%) foram tratados com aspiração manual imediatamente após a biópsia, e 5 (16,7%) necessitaram de colocação de dreno torácico.

Conclusão: Não se provou associação entre a ocorrência de pneumotórax iatrogénico e os parâmetros avaliados no estudo. Contudo, o Enfisema foi a variável em estudo que evidenciou maior propensão à associação com pneumotórax iatrogénico.

A realização do procedimento por médicos experientes e o baixo número de doentes identificados com enfisema na amostra, podem influenciar para os resultados obtidos.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 070

NÓDULO SOLITÁRIO EM VIDRO DESPOLIDO – UMA ALTERAÇÃO IMAGIOLÓGICA A NÃO PERDER DE VISTA

Autor do trabalho:

JOANA BATISTA CORREIA

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE.

Co-Autores do trabalho:

ANA RITA FERRO; SÓNIA GUERRA; MARIANA CONCEIÇÃO; ÂNGELA CUNHA; CARLA ANTÓNIO; ANTÓNIO SIMÕES TORRES

Palavras-chave: NÓDULO SOLITÁRIO; VIDRO DESPOLIDO; ARTRITE REUMATÓIDE

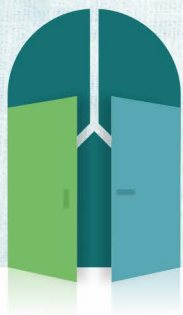
Introdução: Os nódulos pulmonares em vidro despolido são menos densos e uniformes que os nódulos sólidos. Este tipo de nódulos requer um seguimento mais prolongado no tempo que os nódulos sólidos, pelo risco de se tratarem de adenocarcinomas.

Caso Clínico: Doente de 64 anos, sexo feminino, sem hábitos tabágicos, trabalhou numa fábrica de tecidos, com contacto com aves. Antecedentes pessoais de artrite reumatóide (sob rituximab, salazopirina, metotrexato, corticoterapia), síndrome de Sjögren secundário, tiroidite de Hashimoto e doença osteoarticular degenerativa.

Referenciada à consulta de Pneumologia–Patologia Pulmonar Difusa, por suspeita de envolvimento pulmonar por artrite reumatoide. A doente referia quadro de dispneia para esforços moderados e tosse seca. Sem alterações de relevo ao exame objetivo. Tomografia computadorizada(TC)-tórax com área em vidro despolido com 25mm de diâmetro no segmento anterior do lobo superior esquerdo(LSE), sem evidência de adenopatias ou de derrame pleural; estudo funcional respiratório sem alterações de relevo; prova da marcha de 6 minutos sem dessaturação; broncofibroscopia sem lesões endobrônquicas (exame microbiológico, micobacteriológico e citológico negativos; imunofenotipagem de lavado bronco-alveolar com celularidade de 68cel/mm³, 5% de neutrófilos, 87% de macrófagos e 5% de linfócitos).

Foi colocada a hipótese diagnóstica de pneumonia organizativa secundária a artrite reumatoide. O caso foi discutido com a equipa de Imagiologia tendo o nódulo sido considerado não acessível por biópsia transtorácica guiada por TC (BTT). Proposta biópsia cirúrgica, que a doente recusou, concordando apenas com vigilância imagiológica. Repetiu a TC-tórax com evidência de área vagamente nodular de 25mm no LSE, maioritariamente em vidro despolido mas com área mais densa no seu interior (com 4,4x3,6mm). Realizou, então, tomografia por emissão de positrões–TC(PET-TC) que mostrou área em vidro despolido no LSE, sem captação de contraste FDG-F18, sem comportamento suspeito de lesão neoplásica de alto grau metabólico. No controlo imagiológico (24meses após primeira TC) com evidência de área nodular de 26x21mm no LSE, maioritariamente em vidro despolido mas com dimensões superiores às observadas em TC prévia e com área densa no interior com 7x6mm, sem adenopatia ou outras lesões identificáveis. Proposta novamente biópsia cirúrgica, que a doente aceitou realizar. O exame extemporâneo do material obtido por biópsia cirúrgica foi compatível com adenocarcinoma in situ/minimamente invasivo do pulmão, pelo que se procedeu a lobectomia superior esquerda e ressecção ganglionar (grupos 5, 10 e 11). A peça operatória confirmou

adenocarcinoma minimamente invasivo do pulmão com zona central de invasão tumoral com diâmetro <5mm, sem outras lesões neoplásicas nem invasão ganglionar, bem como alterações no parênquima pulmonar envolvente do nódulo sugestivas de bronquiolite constritiva, relacionáveis com envolvimento pulmonar por artrite reumatoide/síndrome de Sjögren. **Discussão:** Os autores apresentam um caso clínico de nódulo pulmonar em vidro despolido que revelou tratar-se de adenocarcinoma minimamente invasivo do pulmão, com evolução indolente num período de 24meses. O adenocarcinoma minimamente invasivo é caracterizado por nódulo solitário com <3cm, padrão lepidico predominante, ≤5mm de invasão e sem invasão linfática, vascular ou pleural. Se ressecado, está associado a uma sobrevida livre de doença de cerca de 100%.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 071

CARATERIZAÇÃO DOS NÓDULOS PULMONARES SUBMETIDOS A RADIOTERAPIA EXTERIOTÁXICA – LIVRE OU NÃO DE RECORRÊNCIA?

Autor do trabalho:

GABRIELA SANTOS

Hospital Garcia de Orta

Co-Autores do trabalho:

CATARINA MOREIRA; MIGUEL LOPES; DOLORES CANÁRIO; JOSÉ DUARTE

Palavras-chave: RADIOTERAPIA EXTERIOTÁXICA, RECORRÊNCIA NEOPLÁSICA, NÓDULO SOLITÁRIO DO PULMÃO

A Radioterapia exteriotáxica (RTEX) é considerada uma alternativa terapêutica, no cancro do pulmão em estadio precoce (I/II e III, em casos selecionados e $T \leq 3\text{cm}$), quando não há possibilidade de realizar ressecção cirúrgica. A previsão da recorrência neoplásica em doentes submetidos a RTEX não se encontra bem estabelecida, sendo importante reconhecer possíveis características morfológicas dos nódulos pulmonares que possam inferir a possibilidade de recorrência.

Objetivo: Caraterização dos nódulos pulmonares submetidos a RTEX e previsão de recorrência neoplásica local, numa amostra de doentes seguidos na consulta de Pneumologia.

Métodos: Retrospectivamente selecionamos os doentes seguidos na consulta de Pneumologia por nódulo pulmonar solitário que após decisão em reunião multidisciplinar foram submetidos a RTEX, entre Janeiro de 2016 e Janeiro de 2019, tendo-se documentado a sua evolução até Julho 2019. Foram selecionados 10 doentes, dos quais apenas incluímos aqueles que obtiveram um diagnóstico histológico ($n=4$).

Resultados: Foram incluídos 4 doentes, submetidos a RTEX com dose média 57Gy (mín 48Gy; máx 60Gy) e número médio de 4,6 frações (3 – 7,5). Eram todos homens com idade média 76 anos (mín 71; máx 83). Tinham hábitos tabágicos pesados (média 77,5 UMA) e doença pulmonar obstrutiva crónica moderada a grave. Dois doentes apresentavam antecedentes de neoplasia não pulmonar. 75% ($N=3$) encontravam-se em estadio I ou II e 25% ($N=1$) em estadio III ($T \leq 30\text{mm}$). Verificou-se que em 3 doentes os nódulos pulmonares eram periféricas e localizadas no lobo superior direito; enquanto no outro doente era central e localizada na região peri-hilar da língua. Morfológicamente, eram nódulos sólidos, contornos irregulares ou lobulados, eixo axial médio de 24,5mm (mín 17; máx 30), e valor médio 10,88 SUV na tomografia de emissão de positrões (PET) (mín 2,83; máx 18). Após a RTEX apenas dois doentes realizaram PET, com diminuição da captação metabólica em ambos. Não se observaram efeitos adversos após RTEX. Diagnósticos obtidos: adenocarcinoma (ADC) ($N=3$) e carcinoma pavimento-celular ($N=1$). Não houve progressão neoplásica em nenhum dos doentes tendo-se verificado follow-up médio de 17 meses (6 – 36 meses).

A RTEX é uma excelente opção terapêutica nos doentes com evidência de nódulo solitário. Dado que todos os doentes se mantêm em seguimento sem evidência de recorrência neoplásica, desde a realização da RTEX, não foi possível demonstrar critérios plausíveis de recorrência neoplásica. O tamanho da amostra também poderá ter condicionado os resultados obtidos.

PE 072

COMPLICAÇÕES DE BIÓPSIA PULMONAR TRANSTORÁCICA GUIADA POR TC – UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Autor do trabalho:

RICARDO BELO QUITA

Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CHUP) – Serviço de Pneumologia

Co-Autores do trabalho:

CATARINA DIAS; JOANA GOMES

Palavras-chave: BIÓPSIA DO PULMÃO GUIADA POR TC; CANCRO DO PULMÃO; NÓDULO PULMONAR; PNEUMOTÓRAX

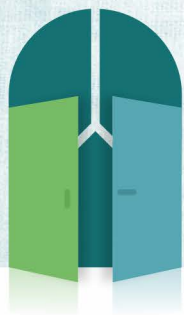
Introdução: A biópsia do pulmão guiada por TC é um procedimento diagnóstico frequente em Pneumologia Oncológica. É utilizada sobretudo para lesões com localização periférica. Esta técnica implica punção pleural e pulmonar, pelo que existe um risco significativo de complicações associadas. De acordo com a literatura mais recente, a taxa descrita de complicações é globalmente de 40%, sendo a taxa de complicações maior de 6%.

Objetivo: Estudo retrospectivo, observacional, com o objetivo de analisar a taxa de complicações e fatores de risco associados a biópsias pulmonares numa amostra de doentes de um Centro Hospitalar e Universitário.

Métodos: Selecionou-se uma amostra de 61 doentes com idades compreendidas entre 25 e 84 anos, submetidos a biópsia pulmonar no período de agosto de 2016 a junho de 2018 no serviço de Pneumologia. Foi avaliada a taxa de complicações maior (pneumotórax com necessidade de intervenção, hemotórax, embolia gasosa e morte) e menor (pneumotórax sem necessidade de intervenção, hemoptises transitórias e hemorragia alveolar). Analisaram-se ainda fatores de risco com eventual contributo para estas complicações (idade, género, presença de enfisema pulmonar, enfisema bolhoso, tamanho de lesão, presença de cavitação distância da lesão à pleura, número de biópsias por procedimento). Para análise estatística utilizou-se o programa SPSSv25.

Resultados: Na amostra considerada, a taxa de complicações maior foi de 9% ($n=6$), enquanto a de complicações menor foi de 39% ($n=24$). Após análise estatística verificou-se uma associação entre a presença de enfisema pulmonar e ocorrência de hemorragia alveolar ($p=0,020$). Constatou-se uma associação entre uma maior distância da lesão à pleura e pneumotórax com necessidade de intervenção ($p=0,023$). Esta variável tem ainda associação com pneumotórax sem necessidade de intervenção ($p=0,012$) e hemoptises ($p=0,014$), no entanto para menores distâncias. As lesões cavitadas foram associadas a maior ocorrência de hemoptises ($p=0,045$). Parece haver mais eventos de pneumotórax com necessidade de intervenção ($p=0,021$) e hemorragia alveolar ($p=0,046$) no grupo com número mais elevado de biópsias por procedimento.

Conclusão: O estudo em causa vem corroborar alguns dos dados já descritos em estudos prévios. Nesta análise, os únicos fatores relacionados com o doente em que se encontrou uma associação positiva com o número de complicações foram a presença de enfisema e de lesões cavitadas. Quanto aos fatores associados ao procedimento, verificou-se uma maior



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

ocorrência de pneumotórax com necessidade de intervenção nos casos de biópsia em lesões com maiores distância à pleura e ainda um maior número de complicações minor para menores distâncias. Constatou-se que um maior número de biópsias por procedimento está associado a um número mais elevado de complicações major e minor.

São necessários estudos com maior número de doentes para corroborar estes achados.

PE 073

CARCINOMA DO PULMÃO DE PEQUENAS CÉLULAS (CPPC): A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO**Autor do trabalho:****MIGUEL ALVES**

Serviço de Medicina Interna da ULSNE

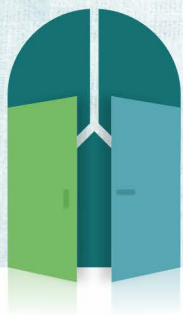
Co-Autores do trabalho:**NELSON TEIXEIRA ; CLOTILDE ANDRADE**

Palavras-chave: CARCINOMA DO PULMÃO; TABACO

O Carcinoma do pulmão de pequenas células (CPPC), representa 10% a 13% de todos os cancros do pulmão. A etiologia é fundamentalmente devido aos hábitos tabágicos. Clinicamente apresenta um crescimento tumoral rápido e uma disseminação metastática precoce, com uma boa resposta à quimioterapia e à radioterapia mas com frequente desenvolvimento de resistência terapêutica em doentes com doença metastática. Apenas 33% apresenta doença limitada. Quando não tratado, apresenta uma sobrevivência mediana de 1,3 meses na doença disseminada e 2,5 meses na doença limitada. Quando tratado, o prognóstico é de alguma forma favorável, apresentando uma sobrevida aos 5 anos de 20%-25% na doença limitada, e na doença disseminada aos 12 meses, uma taxa de sobrevida 1%-2%.

Apresenta-se um caso de um homem de 75 anos, autónomo, seguido em consulta externa de Pneumologia por DPOC e Síndrome de Hipoventilação e Obesidade, com antecedentes de HTA, Fumador de 50 UMA. O doente por agravamento do padrão de dispneia, recorreu ao Serviço de Urgência, realizando Rx torácico e TC Torácico objetivando nódulos pulmonares dispersos, associados a nódulos hepáticos. Um mês depois, realizou TC Toraco Abdomino Pelvico de controlo em Consulta externa, revelando um agravamento dos achados, com massa pulmonar perihilar inferior (não identificado em exame prévio), lesões hepáticas, supra-renal e ósseas, associadas a aspectos de carcinomatosa peritoneal. O doente por apresentar um mau controlo algico, foi admitido numa Unidade de cuidados Paliativos. Realizou Biopsia transtorácica guiada por TC, que revelou carcinoma de pequenas células do pulmão estadio IV. Por apresentar um agravamento progressivo, rápido, dos sinais e sintomas da doença oncológica grave disseminada, não apresentava condições para iniciar Quimioterapia, tendo falecido ao fim de 7 dias.

Apesar dos avanços terapêuticos, com aumento significativo da sobrevivência em conjugação com a melhoria da qualidade de vida, as sobrevivências longas e as eventuais curas são muito raras. Neste caso, queremos salientar a rápida progressão da doença oncológica, sem a possibilidade de realização de quimioterapia e a necessidade do controlo sintomático do doente. Em conclusão, a prevenção tabágica constitui a mais importante intervenção preventiva no sentido da redução da taxa de mortalidade por CPPC



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 074

LONGOS SOBREVIVENTES NO CARCINOMA PULMONAR DE PEQUENAS CÉLULAS

Autor do trabalho:

JOANA DANIELA RODRIGUES BARBOSA

Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital Pulido Valente

Co-Autores do trabalho:

CATARINA ANTUNES; DAVID SILVA; DIRENDRA HASMUCRAI; ANA VILARIÇA; PAULA ALVES; ENCARNACÃO TEIXEIRA

Palavras-chave: NEOPLASIA DO PULMÃO, CARCINOMA PULMONAR DE PEQUENAS CÉLULAS, LONGOS SOBREVIVENTES

Introdução: O carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC) pertence ao grupo de tumores neuroendócrinos do pulmão de alto grau e caracteristicamente apresenta um rápido crescimento, metastização precoce e sensibilidade inicial à quimioterapia (QT) e radioterapia (RT). Estima-se que a proporção de doentes com CPPC seja de 13% e que o prognóstico dependa fortemente do estágio tumoral.

Objetivos: Avaliar a população de doentes com CPPC com sobrevivência igual ou superior a 24 meses seguidos num hospital terciário.

Métodos: Foi efetuada uma análise dos doentes com seguimento no Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica (HDPO) do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, com sobrevivência igual ou superior a 24 meses, entre o período de 1 de Janeiro de 2013 a 31 de Dezembro de 2017. Realizou-se uma análise dos principais dados demográficos, clínicos, imagiológicos e terapêuticos.

Resultados: Do período selecionado foram diagnosticados e seguidos 100 doentes com CPPC, sendo que 15 (15%) possuíam uma sobrevivência igual ou superior a 24 meses. Onze doentes eram do sexo masculino (73%) e a média de idades foi de 61 ± 11 anos. Todos apresentavam hábitos tabágicos com 57 ± 29 unidades maço/ano, sendo que 40% eram ex-fumadores. O índice de massa corporal era de 26 ± 6 kg/m², todos os doentes apresentavam performance status (PS) de 0-1 e um Charlson Comorbidity Index entre 2 e 9. Em relação ao estadiamento inicial 12 doentes (80%) tinha doença limitada (IIIA, IIIB, IIIC). Dos 3 doentes com doença extensa, nenhum tinha metastização do sistema nervoso central e apenas 1 tinha metastização em dois órgãos (suprarrenal e óssea).

O início de QT desde a data de diagnóstico rondou os 25 ± 13 dias, sendo que 80% dos doentes efetuaram terapêutica combinada com RT. Todos os doentes efetuaram QT de 1ª linha com duplete de platino e etoposido, com uma taxa de resposta parcial de 80% (n=12) e resposta completa de 20%, sem registo de progressão. 40% dos doentes progrediram com um tempo para a progressão desde o último ciclo de QT de 13,2 meses (n=5) e 1 doente após 3 meses. Cinco doentes repetiram o esquema de QT de 1ª linha e 1 efetuou topotecano em 2ª linha. Quatro doentes efetuaram terapêutica de 3ª ou mais linhas. Dos 6 doentes que faleceram (40%), a sobrevivência mediana desde o diagnóstico foi de 40 meses.

Conclusão: Neste grupo as características dos doentes e doença são favoráveis em relação à idade, comorbilidades, PS, estágio da doença e resposta à terapêutica, o que pode explicar a maior sobrevivência em relação à população geral de doentes com CPPC.

PE 075

METÁSTASE RARA DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

ÂNGELA MARIA DIAS CUNHA

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

Co-Autores do trabalho:

ANA RITA FERRO; SÓNIA GUERRA; MARIANA CONCEIÇÃO; JOANA BATISTA CORREIA; MARTA SOUSA; RUI NUNES; ANTÓNIO SIMÕES TORRES

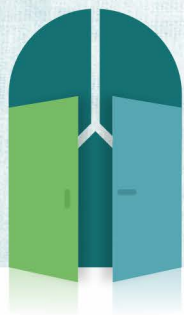
Palavras-chave: CANCRO DO PULMÃO, ADENOCARCINOMA, METÁSTASE GÁSTRICA

Introdução: O cancro do pulmão continua a ser a primeira causa de mortalidade por cancro em todo o mundo. Os locais mais comuns de metastização extratorácica são as glândulas suprarrenais, fígado, osso e sistema nervoso central.

Caso-clínico: Mulher de 67 anos de idade, fumadora (25 UMA), com antecedentes de adenocarcinoma do pulmão em estágio VI, com metastização pulmonar bilateral e glândula suprarrenal esquerda, diagnosticado há um ano e meio. Tinha cumprido tratamento com cisplatina e pemetrexed em 1ª linha com resposta parcial e, por se encontrar em progressão (crescimento da lesão primária do lobo inferior esquerdo e aparecimento de nova lesão no lobo superior esquerdo), aguardava iniciar terapêutica em 2ª linha.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por disfagia progressiva, dor abdominal, náuseas e vômitos com cerca de 15 dias de evolução. Já tinha recorrido anteriormente ao SU com as mesmas queixas, mas sem alívio com as várias terapêuticas prescritas. A doente encontrava-se apirética e hemodinamicamente estável. Polipneica, com diminuição do murmúrio vesicular na base do hemitórax esquerdo; e com abdómen indolor à palpação. Gasometricamente com insuficiência respiratória hipoxémica. Analiticamente com anemia hipocrômica e microcítica (hemoglobina 7,4 g/dL) e elevação da creatinina (1,68 mg/dL). Dos exames realizados de salientar: radiografia de tórax com hipotransparência no terço inferior do campo pulmonar esquerdo, sugestiva de derrame pleural de novo; ecografia abdominal revelava formação nodular com 58 mm na glândula suprarrenal esquerda e adenopatia com 21 mm na região do hilo hepático; endoscopia digestiva alta apresentava lesão ulcerativa profunda, numa extensão de aproximadamente 5 cm, localizada na face posterior do corpo gástrico e uma lesão subepitelial com 3 mm no fundo gástrico. Foram efetuadas biópsias da lesão ulcerativa, cujo exame anatomopatológico foi compatível com adenocarcinoma invasor pouco diferenciado. No estudo imunohistoquímico, as células neoplásicas apresentavam imunoreactividade para fator transcrição-1 da tireoide (TTF1) e citoqueratina 7 (CK7), e eram negativas para citoqueratina 20 (CK20), achados compatíveis com metástase gástrica de adenocarcinoma primário do pulmão. Posteriormente, a doente apresentou degradação progressiva do seu estado geral, pelo que se optou pela melhor terapêutica de suporte. A doente faleceu 21 meses após o diagnóstico inicial.

Discussão: O trato gastrintestinal é um local pouco comum de metastização do cancro do pulmão (incidência entre 0,5% a 10%), sendo a



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

metastização gástrica ainda mais rara, com incidência de 0,2 a 0,5%. Na maioria dos casos, a existência de metástases gástricas é assintomática pois geralmente envolve a camada parietal submucosa. No entanto, em determinadas situações pode causar epigastralgia, hemorragia digestiva, anemia, ou até complicações graves, como perfuração gástrica ou obstrução pilórica. Em geral, a metastização gastrointestinal associa-se a cancro do pulmão em estádios avançados ou mesmo terminais, e deve ser considerada no diagnóstico diferencial dos doentes que apresentam clínica de dor abdominal ou hemorragia digestiva. O seu diagnóstico pode ser particularmente difícil quando se trata do tipo histológico adenocarcinoma. Neste contexto, a imunohistoquímica é uma ferramenta fundamental, pois permite a diferenciação entre neoplasia primária do estômago e metástase gástrica de neoplasia primária do pulmão.

PE 076

TOXIDERMIA AO NIVOLUMAB: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

TÂNIA SALES MARQUES

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Faro – Serviço de Pneumologia

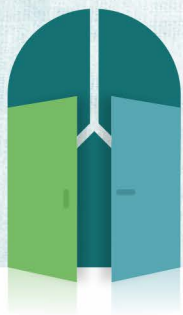
Co-Autores do trabalho:

MARIA TERESA ALMODOVAR; CECÍLIA MOURA; JOSÉ DURO DA COSTA

Palavras-chave: NIVOLUMAB, ANTICORPO MONOCLONAL HUMANO ANTI-PD-1, EFEITO ADVERSO, IMUNOTERAPIA, TOXIDERMIA.

Introdução: A imunoterapia com nivolumab, anticorpo monoclonal humano anti-PD-1, tem revolucionado o tratamento de várias neoplasias, incluindo o cancro do pulmão. O perfil de segurança deste fármaco parece ser melhor do que o da quimioterapia. No entanto o número de efeitos adversos imunomediados é significativo, sendo raros os casos graves ou fatais. Os efeitos adversos cutâneos são geralmente grau 1 ou 2, com uma incidência de 20,1% e 5,1% respetivamente. Os graus mais avançados são bastante raros levando habitualmente à interrupção do fármaco.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 63 anos, ex-fumadora, com uma carga tabágica de 40 UMA. Em março de 2015 apresentou quadro de toracalgia pleurítica à esquerda. Os exames imagiológicos revelaram um nódulo sólido de 18mm junto ao hilo esquerdo. A investigação etiológica foi inconclusiva pelo que em abril de 2015 foi submetida a cirurgia diagnóstica/terapêutica. A avaliação da peça anatómica revelou tratar-se de um adenocarcinoma tipo acinar do pulmão moderadamente diferenciado (PD-L1 negativo, sem mutação de EGFR e BRAF e sem rearranjo de ALK e ROS1) com metástase intranodal do hilo ipsilateral, verificando-se invasão linfo-vascular, da pleura visceral e do pericárdio, com presença de tumor no limite dos tecidos peri-hilares: pT3N1M0. Fez QT adjuvante com 4 ciclos de cisplatina e vinorelbina, verificando-se progressão de doença metastática suprarrenal bilateral aos 18 meses, com reestadiamento: pTxNxM1b. Fez QT em 1ª linha com carboplatino e pemetrexedo (6 ciclos) com resposta parcial (RP) e posterior progressão de doença pulmonar e das glândulas suprarrenais aos 5 meses. Prosseguiu para QT de 2ª linha com docetaxel (6 ciclos) com RP e posterior progressão de doença suprarrenal aos 9 meses. Não se verificaram reações adversas graves a nenhum dos esquemas quimioterápicos. Iniciou 3ª linha com nivolumab (3mg/Kg) em março de 2018. A doente apresentou uma RP à imunoterapia aos 3 meses com estabilização da doença desde então. Aos 4 meses verificou-se um hipotireoidismo secundário assintomático controlado com terapêutica médica. Aos 7 meses, após 16 ciclos de nivolumab, a doente inicia quadro eczematiforme progressivo com lesões nos antebraços, tronco e região cervical (> 30% da área corporal), acompanhado de prurido. Foi observada em consulta de Dermatologia, tendo realizado biopsia cutânea que revelou um discreto infiltrado inflamatório perivascular superficial com raros eosinófilos. Admitiu-se uma toxidermia ao nivolumab de aparecimento tardio, efeito adverso imunomediado grau 3. O tratamento foi inicialmente interrompido, mas por persistência e agravamento dos sintomas optou-se por suspender o nivolumab definitivamente em abril de 2019. Foi instituída terapêutica com prednisolona (1,5mg/Kg/dia), com posterior redução



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

gradual da dose verificando-se resolução progressiva, mas incompleta dos sintomas que obrigou à manutenção de dose baixa de corticoides.

Conclusões: O nivolumab está associado a uma boa resposta terapêutica com efeitos adversos toleráveis. A toxicidade cutânea é um dos problemas mais frequentes mas é habitualmente bem manejada. Apresentamos este caso para realçar a importância do reconhecimento atempado e tratamento adequado, sendo por vezes necessário a interrupção temporária ou definitiva do fármaco.

PE 077

**CANCRO DO PULMÃO COM CARCINOMATOSE PERITONEAL –
UMA APRESENTAÇÃO INFREQUENTE****Autor do trabalho:****ANA MARGARIDA MESTRE**

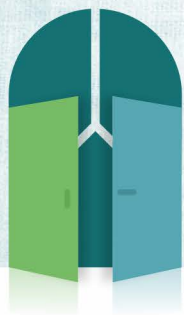
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital de Egas Moniz

Co-Autores do trabalho:**ANA LUÍSA RAMOS; CÁTIA GUIMARÃES; FERNANDO NOGUEIRA**

Palavras-chave: CANCRO DO PULMÃO, CARCINOMATOSE PERITONEAL

O cancro do pulmão está entre os mais prevalentes a nível mundial, demonstrando uma das mais elevadas taxas de mortalidade. É uma doença silenciosa apresentando-se no estadio IV à data do diagnóstico em cerca de 50% dos casos. Os locais extrapulmonares preferenciais de metastização são gânglios linfáticos, fígado, glândulas suprarrenais, osso e cérebro. A carcinomatose peritoneal, representando o envolvimento neoplásico do peritонеu, é rara, rondando a sua incidência os 2-3% (16% de acordo com relatórios de autópsia) e as manifestações clínicas associadas a esta entidade pouco frequentes. Crê-se que a forma de disseminação para localização intra-abdominal ocorra através das vias hematogénica e linfática. Diversos estudos apontam no sentido de ocorrer mais frequentemente no adenocarcinoma do pulmão, mas não exclusivamente.

Apresenta-se o caso de uma mulher, 47 anos, autónoma, saudável, fumadora (22UMAs), com história familiar neoplásica relevante (mãe com cancro colón), que iniciou quadro de perda ponderal, anorexia, aumento do perímetro abdominal associado a cólica abdominal difusa e dejeções diarreicas (sem sangue, muco, pús, esteatorreia ou acolia). Inicialmente interpretado como obstipação e medicada sintomaticamente. Por manutenção do quadro recorre a Consulta de Gastrenterologia, realiza TC-abdóminopélvica que mostrou “trombose portal, ascite moderada e derrame pleural bilateral”, sendo neste contexto encaminhada para o SU do HSFX. Na admissão apresentava-se icterícia, analiticamente com elevação dos PI e hiperbilirrubinémia com padrão de citocolestase e volumoso derrame pleural direito na radiografia do tórax. Da investigação realizada em internamento destaca-se: CPRE onde se visualizava este-nose cerrada da VBP (canulação seletiva dos ramos direitos intra-hepáticos), sem inequívoca lesão infiltrativa. Citologia do escovado da VBP negativa; Toracocentese diagnóstica cujo cell-block revelou “metástases pleurais de adenocarcinoma do pulmão”; TC-Torácica: “imagem oclusiva suspeita no brônquio intermédio e algumas adenopatias mediastínicas” e BF com marcada infiltração da parede do brônquio intermediário, aparentemente permeável, mas não se conseguindo progredir”. Colocada drenagem torácica com realização de duas pleurodeses químicas (a última após evacuação da ascite) com resposta parcial. Por manutenção de PI elevados, repetiu TC-TAP que documentou “abscessos hepáticos”, tendo iniciado antibioterapia empírica com Piperacilina/Tazobactam (13 dias) que se escalou para Meropenem (33 dias) e Gentamicina (15 dias) por bacteriemia a *K. Pneumoniae*, cujo ponto de partida se admitiu ser abdominal. Por ascite volumosa com repercussão clínica, realizou 4 paracenteses evacuadoras durante o internamento, com identificação de células neoplásicas (adenocarcinoma do pulmão). Do estadiamento destacava-se ainda TC-CE e Cintigrafia Óssea sem presença de depósitos secundários.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

Teve alta encaminhada para consulta de Pneumologia Oncológica, vindo a falecer 2 semanas mais tarde.

As manifestações clínicas associadas à carcinomatose peritoneal são raras embora, em estadios avançados possa surgir relacionada com náusea, vômito, distensão abdominal, ascite e ileus. A TC, a PET/TC e a paracentese são importantes ferramentas diagnósticas, permitindo também, esta última, o alívio sintomático. A colaboração interespecialidades é fundamental na gestão da doença, sendo o tratamento destes doentes paliativo com outcome tendencialmente pobre. Os fatores que levam ao desenvolvimento de disseminação abdominal e carcinomatose peritoneal não são conhecidos, mas o tipo histológico, o seu grau de diferenciação, bem como marcadores biológicos, parecem desempenhar um papel importante.

PE 078

TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO: UMA MASSA GIGANTE**Autor do trabalho:****ÂNGELA MARIA DIAS CUNHA**

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

Co-Autores do trabalho:**MARIANA CONCEIÇÃO; RITA FERRO; SÓNIA GUERRA; JOANA BATISTA CORREIA; ANTÓNIO REIS; RUI NUNES; ANTÓNIO SIMÕES TORRES**

Palavras-chave: TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO, PLEURA, PULMÃO

Introdução: O tumor fibroso solitário (TFS) é um tumor mesenquimal raro, geralmente benigno, que afeta mais comumente a pleura, mas pode ocorrer noutras regiões torácicas (mediastino, pericárdio e pulmão) e extratorácicas. É mais comum entre a 6ª e 7ª décadas de vida, sem predileção por género e sem fatores de risco identificados.

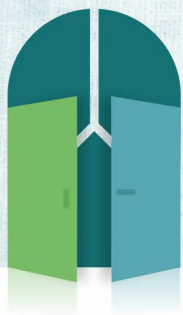
Caso-clínico: Mulher de 74 anos, não fumadora, reformada (agricultura) que recorre ao Serviço de Urgência na sequência de um traumatismo contuso da grelha costal à direita. Referia ainda dispneia de agravamento progressivo (mMRC 2), tosse com expectoração escassa mucosa, anorexia e perda ponderal de 10kg no último ano. A doente relatava episódio de trauma torácico fechado à esquerda na sequência de acidente de trabalho há 50 anos, embora não soubesse detalhar. Sem outros antecedentes de relevo ou medicação habitual.

Ao exame físico apresentava hipocratismo digital e auscultação pulmonar com franca diminuição do murmúrio vesicular à esquerda.

A radiografia de tórax evidenciava hipotransparência de praticamente todo o campo pulmonar esquerdo, com ligeiro desvio contralateral do mediastino. Analiticamente apenas com hipoglicemia. Gasometricamente sem insuficiência respiratória. Na TC toracoabdominopélvica era visível uma volumosa massa, 20x10x15 cm, de morfologia ovoide e contornos lobulados, mas bem definidos, ocupando praticamente todo o hemitórax esquerdo. Exibia intensa captação de contraste, embora bastante heterogênea, e algumas áreas de calcificação centrais. Sem evidência de invasão das estruturas adjacentes e sem adenomegalias. Realizou broncofibroscopia mostrando ligeiro desvio da traqueia e carina para a direita e sinais de compressão extrínseca em toda a árvore brônquica esquerda. Citologia do lavado brônquico negativa para células neoplásicas. Posteriormente, realizou biópsia transtorácica guiada por TC compatível com tumor fibroso solitário, constituído por células fusiformes com ligeira atipia dispostas num estroma fibrocolagenoso; as células neoplásicas expressavam vimentina e CD34 (intensa e difusa) e Bcl2.

Tendo em conta as dimensões e características da lesão, a doente foi proposta para recessão cirúrgica, encontrando-se neste momento a aguardar a sua realização.

Discussão: Os TFS são tumores de crescimento lento, geralmente assintomáticos e, em um terço dos casos, constituem achados acidentais na radiografia do tórax. Ocasionalmente, e mais frequentemente nos TSF malignos, os doentes apresentam hipoglicemia conhecida como síndrome de Doege-Potter. O tratamento de escolha para estes tumores é a excisão cirúrgica com prognóstico geralmente favorável. No entanto, existe uma pequena percentagem de casos que pode recidivar, pelo que é fundamental manter o seguimento do doente.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 079

NEM TODAS AS MASSAS PULMONARES SÃO CANCRO DO PULMÃO!

Autor do trabalho:

ANA MARGARIDA MESTRE

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital de Egas Moniz

Co-Autores do trabalho:

ANA LUÍSA RAMOS; CÁTIA GUIMARÃES; FERNANDO NOGUEIRA

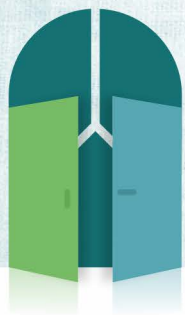
Palavras-chave: MASSAS MEDIASTÍNICAS; LINFOMA DE BURKITT

Os nódulos/massas pulmonares continuam a ser um desafio para os pneumologistas. Centramo-nos no princípio básico da sua natureza: benigno (não necessitando de abordagem específica) ou maligno, carecendo de intervenção rápida e precisa. O diagnóstico diferencial dos nódulos/massas pulmonares é vastíssimo, contribuindo, predominantemente, a clínica do doente, o estudo analítico, as características radiológicas, mas imperando sempre a caracterização histológica, atendendo ao diferente tratamento e prognóstico de cada entidade clínica.

Apresenta-se o caso de um homem de 63 anos, autónomo, VIH-1 sob terapêutica, que recorreu ao SU do HSFX por episódios de lipotímia, com cerca de um mês de evolução, associados a tonturas, visão em túnel e acúfenos, perda ponderal (5kg em 10 dias), anorexia, náuseas e vômitos alimentares. À observação destacava-se parestesia no lábio inferior com predomínio esquerdo associada a desvio da comissura labial contralateral e palpava-se massa com sensivelmente 5cm no hipogastro, indolor e imóvel. Do estudo complementar destacava-se: analiticamente PCR 2.61mg/dL; Radiografia de tórax com hipotransparência parahilar esquerda; Ecografia abdomino-pélvica com destaque a três lesões nodulares pancreáticas suspeitas (neoformação vs adenopatias?). Decidido internamento para investigação, salientando-se, na TC-TAP "volumosa massa com provável ponto de partida no LSE, que invade o mediastino infiltrando a janela aortopulmonar, a artéria pulmonar esquerda e parte do brônquio principal, envolvendo o pericárdio parietal; Adenopatias contralaterais no espaço pré-traqueal, retrocava; Gânglios linfáticos cervicais, adenopatias supraclaviculares esquerdas e axilares esquerdas. Assimetria do andar glótico por envolvimento do nervo laríngeo recorrente? e, dois nódulos, um em cada glândula supra-renal, heterogêneos". Observado por ORL, com laringoscopia indireta sem alterações. TC-CE sem alterações. Por manter episódios de lipotímia, hipostesia mentoneana e, de novo, ptose esquerda com queda da comissura labial ipsilateral e diplopia nos extremos esquerdos do olhar realizou RMN-CE que mostrou: lesões hipointensas nas vértebras cervicais, múltiplas áreas compatíveis com depósitos secundários na calote craniana; assimetria dos músculos rectos superiores, com maior espessura à esquerda, com aparente lesão no seu interior. Lesão óssea no clivus. Assimetria dos seios cavernosos por possível depósito secundário". Realizou PL, sem células patológicas no líquido. Visualizadas, na BF, lesões proeminentes à entrada do LSE, com mucosa hiperemiada mas sem aspecto infiltrativo. As biópsias a este nível revelaram Linfoma não-Hodgkin B de alto grau estadio IV (translocação (8;14) c-MYC).

O linfoma de Burkitt é uma forma rara e extremamente agressiva de linfoma de células B. O Linfoma de Burkitt associado ao VIH é a forma

mais comum nos países ocidentais, tipicamente com envolvimento ganglionar e da medula óssea. Caracteriza-se por uma taxa de proliferação extremamente elevada, sendo a expressão excessiva do c-MYC a mutação característica. Os autores sublinham este caso dada a necessidade de integração de todos os dados clínicos, bem como, a obtenção de um diagnóstico histológico dos nódulos/massas pulmonares suspeitos, visando a abordagem terapêutica mais adequada. Enfatiza-se o diagnóstico diferencial dos nódulos pulmonares, pois nem todos correspondem a neoplasias pulmonares. A manutenção de um espírito crítico e o trabalho em equipa revelam-se determinantes para o sucesso diagnóstico e terapêutico de todas as condições clínicas.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 080

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA – A CULPA TAMBÉM É DA TIRÓIDE!

Autor do trabalho:

ANA MARGARIDA MESTRE

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital de Egas Moniz

Co-Autores do trabalho:

ANA LUÍSA RAMOS; LUCIANA BENTO; CÁTIA GUIMARÃES; FERNANDO NOGUEIRA

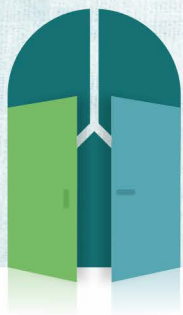
Palavras-chave: MASSAS MEDIASTÍNICAS ANTERIORES; DIAGNÓSTICO MASSAS MEDIASTÍNICAS; MASSAS MEDIASTÍNICAS BENIGNAS

As massas mediastínicas constituem um grupo diversificado de tumores que afetam indivíduos de todas as idades, representando um desafio diagnóstico. No mediastino as etiologias são múltiplas, predominando a lesão maligna. Atendendo às dimensões do mediastino, a presença de tumores nesta localização cursa, frequentemente, com compressão das estruturas adjacentes, podendo conduzir a risco de vida. Cerca de 40% dos tumores nesta localização permanecem assintomáticos até atingirem dimensões consideráveis o que propicia o efeito de massa, e invasão de estruturas contíguas, e dificulta a determinação etiológica precoce.

Apresenta-se o caso de uma mulher, 64 anos, SP 0, com antecedentes pessoais de DPOC tabágica, obesidade e DM, que recorreu ao SU do HSFx por quadro com 2 dias de evolução de otalgia direita, acufenos e tonturas. No EO apresentava otorreia direita, pirexia e hipoxemia. Da investigação realizada destacava-se: leucocitose com neutrofilia, PCR 27.6mg/dL e D-Dímeros 0.9ug/mL; GSA com insuficiência respiratória global (FiO2 21%; pO2 50mmHg, pCO2 50mmHg); Radiografia de Tórax com hipotransparência bibasal com obliteração do seio costo-frênico direito e desvio da coluna de ar da traqueia para a esquerda; Antigenúria a Streptococcus Pneumoniae – Positivo; angio-TC Torácica: “lesão hipodensa bem delimitada mediastínica paratraqueal alta direita com paredes hipercaptantes, compatível com abscesso/adenopatia necrotizante abcedada, com efeito de massa (sobre traqueia e esófago). Adenopatia contígua. Atelectasias bibasais. Nódulo suprarenal”. Assumiu-se PAC bilateral, tendo sido medicada com Piperacilina/Tazobactam e Ofloxacina tópica por otite média supurativa. Discutido caso em reunião multidisciplinar, tendo sido colocada a hipótese diagnóstica de bócio mergulhante eutiroideu (TSH 0.37uUI/mL). Realizou CAAF ecoguiada, cuja interpretação foi limitada por escassez de células foliculares. Para estudo complementar da insuficiência respiratória global realizou oximetria noturna (aa) que revelou dessaturação significativa (min 72%) e estudo cardiorrespiratório do sono que mostrou SAOS ligeiro (IAH 13,9/h; ODI 14,3), assumindo-se serem secundárias ao efeito de massa e excesso de peso. Teve alta sob OLD (2L/min) aguardando nova CAAF. Recorreu novamente ao SU, 3 meses após a alta, por quadro de dispneia com 5 dias de evolução, de agravamento progressivo. Apresentava-se com agravamento da insuficiência respiratória, aumento dos Pls e, de novo, hipotransparência na base direita, tendo sido assumida PAC e medicada empiricamente com Levofloxacina. Por evolução desfavorável com desenvolvimento de acidemia respiratória foi transferida para o Serviço de Pneumologia – Unidade de Ventilação Não-Invasiva. Foi isolado Haemophilus Influenzae no exame bacteriológico de expetoração

tendo-se descalado antibioterapia para Amoxicilina/Ác. Clavulânico. Na TC-Tórax mantinha massa tiroideia (...) atelectasia em faixa no LID com redução focal do calibre dos brônquios, que apresentam algumas calcificações. Realizada BF com LBA que não revelou alterações de relevo. Atualmente a doente mantém-se sob OLD e aguarda realização de nova CAAF, tendo sido colocada a possibilidade de indicação cirúrgica, dada compressão traqueal e extensão mediastínica.

Os autores apresentam este caso clínico com o intuito de alertar para a importância do correto diagnóstico diferencial dos tumores intratorácicos e consequências a estes associadas. A TC-Tórax e a discussão em equipa multidisciplinar desempenham um importante papel no diagnóstico e decisão terapêutica, sendo o diagnóstico histológico prioritário para a correta abordagem terapêutica.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 081

A AMILOIDOSE PULMONAR NODULAR NEM SEMPRE SURGE ISOLADA

Autor do trabalho:

NUNO FARIA

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Co-Autores do trabalho:

PEDRO FERNANDES; CONCEIÇÃO SOUTO MOURA; RICARDO REIS;
EVA PADRÃO

Palavras-chave: AMILOIDOSE PULMONAR, LIP, PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA, TUMOR AMILOIDE

Introdução: A amiloidose engloba um conjunto de distúrbios caracterizados pelo misfolding de proteínas e consequente deposição extracelular de fibrilas amiloides insolúveis. A amiloidose pode ser sistémica ou localizada a um órgão, sendo que ambas as formas podem ocorrer concomitantemente com outras doenças inflamatórias. O atingimento pulmonar manifesta-se essencialmente sob 3 formas clínico-patológicas: traqueobrônquica, alveolo-septal difusa ou nodular, sendo esta última uma expressão comum de amiloidose localizada. Neste contexto, os autores descrevem um caso clínico onde se confirmou uma patologia inflamatória concomitante a amiloidose pulmonar localizada.

Caso Clínico: Homem de 57 anos, não fumador, sem antecedentes patológicos de relevo, enviado à consulta de Pneumologia por nódulo pulmonar no lobo inferior esquerdo (LIE), tratando-se de achado incidental em tomografia computadorizada (TC) abdominal realizada por ligeira hepatoesplenomegalia. Doente sem qualquer clínica respiratória associada, referindo apenas xerofthalmia, negando outras queixas sistémicas ou manifestações sugestivas de doença autoimune.

Realizou TC tórax que identificou múltiplos quistos dispersos bilateralmente, com distribuição peribroncovascular, associados a ligeiro vidro despolido, bem como duas lesões nodulares de contornos espiculados no segmento superior do LIE e um nódulo sólido na língua. A tomografia por Emissão de Positrões (PET) demonstrou captação discreta nas lesões nodulares (SUV máximo 2,4). Analiticamente apresentava amiloide A sérica elevada (1,01 mg/dL) e estudo auto-imune negativo.

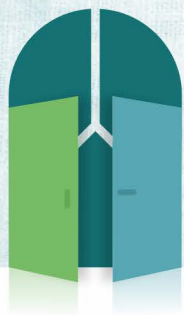
Biópsia aspirativa transtorácica (BAT) guiada por TC inconclusiva. Broncofibroscopia sem alterações morfológicas relevantes. Lavado bronco-alveolar (LBA) com hiper celularidade ($2.49 \times 10^5/\text{mL}$) e linfocitose significativa (61%), com razão CD4/CD8 3,4. Citologia do aspirado brônquico com focos de necrose, alguns linfócitos e neutrófilos.

TC tórax de reavaliação com coalescência das duas formações nodulares com 33mm de maior eixo e com cavitação central. Repetiu BAT, cuja histologia revelou deposição de material amorfo, acelular, eosinófilo, demonstrando positividade no estudo histoquímico pelo método de vermelho de Congo, confirmando-se diagnóstico de tumor amiloide.

Estudo funcional respiratório revelou défice moderado de DLCO (52,4%), sem outras alterações. Sem alterações no eletrocardiograma, ecocardiograma, proteinograma e exame sumário de urina. Biópsia das glândulas salivares sem alterações. Deste modo, foi excluída amiloidose sistémica. Teste de Schirmer com evidência de diminuição da produção basal de lágrimas, contudo sem critérios de diagnóstico de Síndrome de Sjögren.

Submetido a lobectomia inferior esquerda e ressecção em cunha de nódulo da língua. No exame histológico observam-se lesões nodulares compatíveis com tumor amiloide (vermelho de Congo positivo), sendo o restante parênquima ocupado por um infiltrado linfocítico intersticial, por vezes formando pequenos agregados linfoides peribronquiolares. Desta forma, estabeleceu-se o diagnóstico de tumor amiloide pulmonar com pneumonia intersticial linfocítica (LIP).

Discussão: A amiloidose pulmonar nodular surge geralmente de forma incidental num exame imagiológico. Embora assintomática e caracterizada por lesões de crescimento indolente, a sua exérese permite a cura, em caso de lesões localizadas. A associação a LIP, embora previamente descrita, é rara. Considerando a possibilidade destas patologias estarem associadas a doenças linfoproliferativas ou auto-imunes, como síndrome de Sjögren, será importante manter vigilância clínico-imagiológica neste caso.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 082

DOENÇA PULMONAR INDUZIDA POR FÁRMACOS EM TRANSPLANTADO RENAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

RICARDO BELO QUITA

Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CHUP) – Serviço de Pneumologia

Co-Autores do trabalho:

CATARINA DIAS; SÓNIA ANDRÉ; EVA PADRÃO

Palavras-chave: DOENÇA PULMONAR INDUZIDA POR FÁRMACOS, DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR, CRIOGLOBULINEMIA TIPO II, CRIOBIÓPSIA

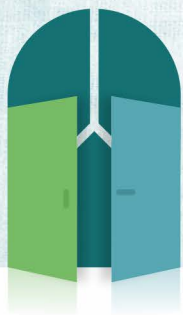
Introdução: Múltiplos fármacos, entre os quais imunossuppressores, têm sido descritos como capazes de originar lesão pulmonar. A doença intersticial é uma manifestação reconhecida de lesão pulmonar induzida por fármacos. O seu diagnóstico é geralmente estabelecido em doentes com doença intersticial, expostos a medicação associada a doença pulmonar, com alterações imagiológicas difusas, que podem regredir após a sua suspensão, nos quais foram excluídas outras causas de doença pulmonar intersticial.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um homem de 74 anos, ex-fumador de 25 unidades maço-ano com antecedentes de transplante renal sob imunossupressão (IS) com micofenolato de mofetil (MMF) e tacrolimus.

Doente internado por quadro de dispneia, tosse irritativa e febre com 4 dias de evolução, com insuficiência respiratória (IR) hipoxémica associada. Apesar da instituição de antibioterapia de largo espectro e ventilação não-invasiva (VNI), apresentou IR em agravamento com necessidade crescente de oxigenoterapia suplementar ($pO_2/fiO_2=100\text{mmHg}$). Na TC torácica efetuada identificaram-se áreas dispersas de vidro despolido e espessamento dos septos, bem como focos de consolidação associados nas porções dependentes dos lobos superiores e, de forma mais expressiva, nos lobos inferiores. Efetuou broncofibroscopia e lavado broncoalveolar, cujo estudo imunológico revelou a presença de linfocitose (26%), com razão CD4/CD8 de 3.273. Por suspeita de toxicidade pulmonar farmacológica foram suspensos os fármacos imunossuppressores habituais do doente, tendo-se alterado esquema de imunossupressão para ciclosporina. Iniciou-se corticoterapia sistémica em dose elevada (bólus de metilprednisolona 500 mg, com manutenção com prednisolona 1 mg/kg/dia e posterior desmame progressivo), com melhoria clínica, tendo sido possível desmame de VNI e diminuição progressiva de FiO_2 . Estudo funcional respiratório com défice grave de DLCO (34%), sem outras alterações funcionais. Do restante estudo efetuado, salienta-se a deteção de crioglobulinemia tipo 2 com 2 componentes monoclonais correspondentes a IgG/lambda e IgM/kappa com FR positivo e anti-SRP positivo (alterações não valorizáveis, podendo corresponder a falsos positivos) mas restante estudo negativo (nomeadamente ANA e anti-CCP). Sem aspetos sugestivos clínicos, analíticos e imagiológicos de doença linfoproliferativa. Foram excluídas infeções por vírus hepatite, VIH e parvovírus. Não houve isolamento de microrganismos patogénicos. Posteriormente, e para tentativa de esclarecimento etiológico de lesão pulmonar (toxicidade farmacológica vs. crioglobulinemia), realizou

também criobiopsia que revelou alterações morfológicas inespecíficas. De referir que a biópsia foi efetuada após instituição de terapêutica pela gravidade do quadro clínico. TC de tórax de reavaliação efetuada posteriormente demonstrou franca regressão do padrão em vidro despolido corroborando uma resposta favorável à terapêutica. Foi aparente, também uma melhoria na capacidade de difusão de CO (49%). Deste modo, atendendo à melhoria clínica, funcional e imagiológica que o doente apresentou, as alterações enquadram-se mais provavelmente num quadro de toxicidade pulmonar farmacológica.

Conclusão: As doenças pulmonares induzidas por fármacos são muitas vezes um desafio diagnóstico, pois podem apresentar-se com alterações clínicas, analíticas e imagiológicas semelhantes às de complicações infecciosas. Perante um doente imunossuprimido o diagnóstico mais frequente e, por isso, mais assumido é o de infeção. No entanto, perante a falência terapêutica, é importante a procura ativa de diagnósticos diferenciais, devendo, nestes casos, equacionar-se a hipótese de toxicidade farmacológica.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 083

OSSIFICAÇÃO PULMONAR PRIMÁRIA – CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

CATARINA ANTUNES

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

Co-Autores do trabalho:

MÓNICA PEREIRA; RITA PINTO-BASTO; LEONARDO FERREIRA;
CRISTINA BÁRBARA

Palavras-chave: OSSIFICAÇÃO, PATOLOGIA DO INTERSTÍCIO PULMONAR

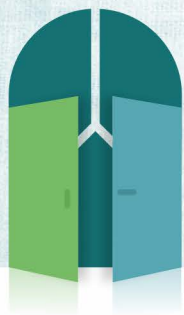
Introdução: A ossificação pulmonar é uma entidade clínica rara e caracteriza-se pela formação de tecido ósseo no parênquima pulmonar. Esta formação pode ser localizada ou com uma distribuição difusa. Pode ser idiopática ou relacionar-se com distúrbios cardíacos, pulmonares ou sistémicos. Existem dois tipos de ossificação pulmonar, a nodular e a dendrítica. A ossificação pulmonar nodular caracteriza-se por depósitos lamelares de material ósseo nos espaços alveolares, onde os elementos da medula óssea estão normalmente ausentes. A ossificação pulmonar dendrítica caracteriza-se por ramos espiculados de osso e elementos da medula no interstício pulmonar podendo estender-se até aos espaços alveolares.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 70 anos, caucasiana, não fumadora, sem exposição ocupacional e ambiental relevantes e com diagnósticos clínicos de eczema do pescoço e face, insuficiência venosa dos membros inferiores, cervicartroses e osteopénia. Referenciada à consulta de Pneumologia há 15 anos por imagem nodular única na base do hemitórax esquerdo em radiografia torácica. A doente referia tosse não produtiva de predomínio noturno e dispneia de esforço. A TC torácica mostrava enfisema bolhoso bilateral coexistindo granulomas calcificados igualmente dispersos em ambos os campos pulmonares. Do estudo complementar destacava-se estudo de autoimunidade negativo, velocidade de sedimentação de 5mm/h, serologia do VIH 1 e 2 negativa. A broncofibroscopia não apresentava alterações e as biópsias pulmonares transbrônquicas revelaram ligeira fibrose e moderado infiltrado inflamatório. Lavado broncoalveolar para estudo de populações e subpopulações celulares linfocitose com CD4 62%, CD8 30%; CD1 ativados em número significativo; O exame citomorfológico negativo para células neoplásicas. O estudo funcional respiratório estava dentro da normalidade. Na ausência de diagnóstico conclusivo, foi proposta biópsia pulmonar cirúrgica que revelou parênquima pulmonar com alteração de arquitetura pela presença de extensas áreas de calcificação do interstício pulmonar com focos de ossificação dispersos envolvendo a parede dos bronquíolos. Na periferia das lesões há fibrose ligeira do parênquima, infiltrado inflamatório crónico e alterações enfisematosas do parênquima pulmonar. O estudo de causas secundárias que revelou: cálcio e fósforo sérico dentro dos valores normais, calciúria normal, B2microglobulina normal; mielograma com medula de celularidade normal, relação leucoeritoblástica desviada a favor da série eritoblástica por hiperplasia da série; electrocardiograma e ecocardiograma sem alterações.

Foi admitido deste modo o diagnóstico de ossificação pulmonar dendrítica primária e a doente manteve seguimento no Hospital de Dia Pneumológico. Ao longo dos anos, a doente veio a desenvolver insuficiência respiratória

necessitando de oxigenoterapia de longa duração. Neste contexto, iniciou corticoterapia sistémica em baixas doses, sem melhoria significativa. Por apresentar padrão de Pneumonia Intersticial Não Específica nas áreas de parênquima não envolvidas pela ossificação pulmonar, foi decidido recentemente em reunião multidisciplinar iniciar o micofenolato de mofetil, a aguardar avaliação da resposta.

Conclusão: A ossificação pulmonar é uma entidade rara podendo estar associada a outras doenças pulmonares como pneumonia intersticial ou pneumoconioses. No entanto, o seu diagnóstico é mais comumente realizado no post mortem, pelo que permanece um desafio o seguimento e a estratégia terapêutica nestes doentes.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 084

**PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO NA DERMATOMIOSITE:
UM DESFECHO POUCO COMUM**

Autor do trabalho:

SARA CATARINA PIMENTA DIAS

ULSM - Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

Co-Autores do trabalho:

DANIELA RODRIGUES ; NÍDIA PEREIRA; FRANCISCA BEIRES;
RAQUEL ORTIGÃO; CECÍLIA MOREIRA; BRUNO CABRITA; ANA LUISA
FERNANDES; JORGE FERREIRAPalavras-chave: DERMATOMIOSITE, PNEUMOMEDIASTINO, ANTICORPOS
ANTI-MDA5, DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL.

Introdução: A dermatomiosite é uma miopatia inflamatória idiopática que se caracteriza por fraqueza muscular proximal, mialgias e manifestações típicas da pele. A maioria dos doentes apresentam autoanticorpos específicos que se correlacionam com a evolução clínica e prognóstico da doença. O anticorpo anti-melanoma differentiation antigen 5 (anti-MDA5) associa-se a doença pulmonar intersticial rapidamente progressiva, sendo um preditor independente de pior prognóstico.

Caso clínico: Mulher, 71 anos, costureira reformada, não-fumadora. Em janeiro de 2019 foi diagnosticada dermatomiosite com envolvimento multissistémico: 1) cutâneo (pápulas de Gottron e biópsia de pele sugestiva), 2) muscular (mialgias, fraqueza muscular e aumento discreto de enzimas musculares), 3) pulmonar (densificações em vidro despolido e discreta reticulação de predomínio subpleural em TC torácica de alta resolução e linfocitose de 32% com predomínio de CD8 no estudo cito-imunológico do lavado broncoalveolar), 4) cardíaco (compromisso da função sistólica do ventrículo esquerdo, com uma fração de ejeção de 32%). Os anticorpos anti-MDA5 e anti-Ro52 eram positivos. Iniciou prednisolona na dose diária de 60 mg.

Em Abril de 2019 iniciou quadro de dispneia de agravamento progressivo e limitante das atividades de vida diária e insuficiência respiratória hipoxémica. Constatou-se progressão imagiológica da doença pulmonar, em TC torácica, com aumento das densificações em vidro despolido e pneumomediastino, tendo sido internada neste contexto.

Evoluiu desfavoravelmente nas primeiras 48h de internamento, com necessidade de suporte ventilatório não invasivo e agravamento do pneumomediastino. Por suspeita de envolvimento pulmonar progressivo, após exclusão de infeção e compromisso da função cardíaca, foram iniciados pulsos diários de 500 mg de metilprednisolona, durante 3 dias, seguidos da administração de imunoglobulinas (1g/kg/dia) nos 2 dias seguintes, com melhoria clínica e gasométrica graduais.

Discussão: A positividade do anticorpo anti-MDA5 na dermatomiosite está tipicamente associada a manifestações mucocutâneas, atingimento muscular discreto e a doença pulmonar intersticial rapidamente progressiva, a qual pode complicar com pneumomediastino espontâneo, tal como no caso descrito. Assim, pela associação a mau prognóstico, impõe-se monitorização apertada do envolvimento pulmonar e precocidade na imunossupressão em doses elevadas.

PE 085

PET-TC NA ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA SARCOIDOSE.

Autor do trabalho:

MARIA MARTA CARVALHO QUARESMA

Hospital Vila Franca de Xira, Unidade de Pneumologia

Co-Autores do trabalho:

NELSON MARÇAL; CATARINA PISSARRA

Palavras-chave: SARCOIDOSE, INFLIXIMAB, PET-TC

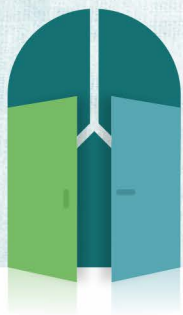
A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistémica, de etiologia desconhecida, que pode afetar qualquer órgão, sendo mais frequente o envolvimento pulmonar e linfático. Histologicamente caracterizada pela formação de granulomas não caseosos, pode ter uma grande variedade de sintomas associados. Apesar de muitas vezes autolimitada, pode evoluir cronicamente, num subgrupo de doentes, não existindo à data qualquer tratamento com intuito curativo. No entanto, nos casos de doença grave com falência orgânica ou declínio incontrolável da qualidade de vida, a abordagem terapêutica passa por: corticoterapia sistémica, imunomoduladores (metotrexato ou azatioprina) e agentes anti-TNF alfa como 1ª, 2ª e 3ª linha terapêutica, respetivamente.

Os autores apresentam o caso de um homem de 50 anos, fumador com carga tabágica >10 UMA, gastrite crónica e psoríase, seguido em consulta de pneumologia por sarcoidose pulmonar estágio II com envolvimento cutâneo desde 2014. Manteve-se assintomático, sem necessidade terapêutica durante dois anos, mas por agravamento radiológico foi iniciada corticoterapia sistémica. É adicionado metotrexato cerca de 9 meses depois como poupador de corticóides.

Apesar da terapêutica verificou-se agravamento radiológico sugestivo de fibrose pulmonar massiva, com área nodular no apex esquerdo assimétrica, não se excluindo lesão atípica. Após discussão multidisciplinar, realiza tomografia por emissão de positrões (PET), que revelou captação difusa de F-18-fluordesoxiglicose nas várias lesões pulmonares, mais significativa no apex de forma bilateral e simétrica (SUV máx=7.9), sugestivo de actividade inflamatória pela sarcoidose.

Considerando o resultado da PET e tratando-se de uma situação potencialmente reversível dada a inflamação associada propôs-se o doente para terapêutica com infliximab, assumindo-se como menos provável lesão neoplásica pela sua simetria.

Este caso evidencia a complexidade desta doença sistémica, com espectro variável de gravidade, com diferentes padrões de evolução, assim como a importância de uma abordagem terapêutica dinâmica, com diferentes objetivos em diferentes fases. Em situações graves e refratárias à terapêutica, a PET pode constituir um auxiliar importante na decisão terapêutica e vir a tornar-se um exame de referência em situações particulares.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 086

UM DIAGNÓSTICO NÃO TÃO ÓBVIO...

Autor do trabalho:

MARIA MARTA CARVALHO QUARESMA

Hospital Vila Franca de Xira, Unidade de Pneumologia

Co-Autores do trabalho:

CATARINA PISSARRA; NELSON MARÇAL; MIGUEL ANGEL CAMPO;
SOFIA LOUREIRO

Palavras-chave: MASSAS PLEURO-PULMONARES, AMILOIDOSE

As massas pleuro-pulmonares constituem um desafio diagnóstico na prática clínica atual, sendo a doença metastática a principal etiologia.

Os autores apresentam o caso de um homem de 76 anos, ex-fumador com carga tabágica de 50 UMA com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus, que foi referenciado à consulta de pneumologia do nosso hospital por cansaço para médios esforços, com três anos de evolução (mMRC 1), e alterações nos exames imagem de tórax, sem alterações no exame objectivo. Tinha realizado radiografia de tórax, e posteriormente tomografia computadorizada (TC) que evidenciaram espessamentos nodulares pleurais bilaterais, predominantemente nos dois terços superiores, massas parenquimatosas bilateralmente e envolvimento adenopático hilar, mediastínico, mesentérico e retroperitoneal. Avaliação funcional respiratória com padrão obstrutivo ligeiro a confirmar o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica.

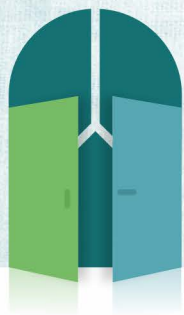
Para esclarecimento etiológico, realizou broncofibroscopia cujo exame citológico (secreções, lavado broncoalveolar e escovado brônquico) e histológico (biópsia pulmonar transbrônquica) foram negativos para neoplasia, exames bacteriológico, micobacteriológico e micológico negativos. Realizou duas punções aspirativas transtorácicas guiadas por TC inconclusivas, a segunda complicada de pneumotórax, resolvido com terapêutica conservadora. Posteriormente submetido a ecoendoscopia brônquica, com citologia aspirativa de adenopatias mediastínicas a revelar gânglio linfático reactivo. Por ausência de diagnóstico definitivo realizou biópsia cirúrgica de massa pulmonar que mostrou ligeiro infiltrado inflamatório crónico focal e material amorfo eosinofílico, cuja coloração com vermelho do Congo é positiva e à luz polarizada tem birrefringência "verde-maçã", consistente com amiloidose. Adicionalmente, imunofixação urinária e sérica normais e imunoeletroforese sérica a não revelar gamapatia monoclonal.

Foi pedida revisão dos produtos colhidos previamente no nosso hospital (pulmão e pleura) que, para além de confirmar a presença de amiloide, caracterizou o tipo de amiloidose em AL. Dos restantes exames foi excluído envolvimento de outros órgãos, nomeadamente renal e cardíaco. A amiloidose constitui um grupo heterogêneo de doenças que se caracteriza pela deposição extracelular de substância amiloide, com uma incidência global de 8 casos/milhão/ano. Apesar de rara, a amiloidose pulmonar corresponde a 20 % destes casos, pelo que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de massas pulmonares.

Este caso realça a complexidade da abordagem de doentes com massas pleuro-pulmonares e a importância de uma abordagem multidisciplinar para chegar ao seu diagnóstico de forma mais precoce.

PE 087

RETIRADO



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 088

MICROLITÍASE ALVEOLAR PULMONAR: UM DIAGNÓSTICO RARO

Autor do trabalho:

CARLOS LOPES FIGUEIREDO

Hospital Santa Marta - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Co-Autores do trabalho:

MARIANA CABRAL; DAVID SILVA; INÊS GONÇALVES; ALEXANDRA BORBA; JOÃO CARDOSO

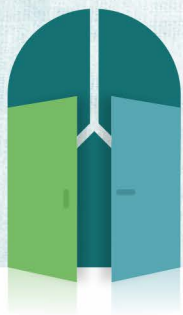
Palavras-chave: MICROLITÍASE ALVEOLAR PULMONAR; MICRONODULAR; INTERSTÍCIO PULMONAR; GENETIC DISEASE.

Introdução: A microlitíase alveolar pulmonar é uma doença autossómica recessiva rara causada por uma mutação de inactivação do gene SLC34A2 que codifica a proteína co-transportadora do fosfato das células alveolares tipo 2 levando assim à acumulação intra-alveolar de cálculos de pequenas dimensões.

Caso clínico: Apresentamos um caso clínico de uma mulher de 30 anos, natural do Nepal mas a residir em Portugal há 3 anos, que recorreu ao serviço de urgência com um quadro clínico de 2 meses de evolução de agravamento de dispneia e tosse seca. Sem sintomas constitucionais, dor torácica ou hemoptises. Sem história de exposição ocupacional ou hábitos tabágicos. Dos seus antecedentes pessoais apenas a referir suspeita de tuberculose pulmonar no passado tendo realizado 6 meses de terapêutica antibacilar. Sem medicação habitual e sem antecedentes familiares de doenças pulmonares. Ao exame objectivo a destacar diminuição do murmúrio vesicular bibasal simétrico com crepitações. Analiticamente sem alterações relevantes, com serologias e estudo auto-imune negativo e sem aumento da enzima de conversão da angiotensina e da velocidade de sedimentação. A radiografia torácica apresentava um padrão micronodular denso bilateral com padrão reticular inespecífico predominantemente nos terços inferiores simétrico. Pela história prévia de tuberculose pulmonar, a primeira suspeita clínica foi uma reactivação da doença e por isso foi admitida no serviço de Infecção. Foram colhidas amostras seriadas de expectoração sempre com ausência de bacilos ácido-álcool resistentes e com testes de amplificação dos ácidos nucleicos (TAAN) negativos. Foi realizada tomografia computadorizada torácica que demonstrou um padrão micronodular extenso de elevada densidade com predomínio subpleural e peribronquico. Realizou-se broncofibroscopia que demonstrou hiperemia inespecífica da mucosa e a citometria de fluxo do lavado broncoalveolar apresentava 5% linfócitos com índice CD4/CD8 de 2.1, sem células neoplásicas. O exame directo, TAAN e cultural do lavado broncoalveolar foram negativos. As provas de função respiratória demonstraram um padrão restritivo com uma marcada redução da capacidade de difusão. Foi discutido em reunião multidisciplinar de doenças do interstício pulmonar e considerado o diagnóstico de microlitíase alveolar pulmonar (MAP) devido ao padrão radiológico característico. Atualmente encontra-se em curso a análise genética da mutação respetiva SLC34A2.

Conclusão: Este caso clínico evidencia um diagnóstico raro de uma doença genética cujo diagnóstico diferencial pode ser difícil e inclui doenças como tuberculose, sarcoidose ou pneumoconiose.

Sublinhamos a importância do padrão característico na tomografia computadorizada no diagnóstico, evitando assim a necessidade de procedimentos invasivos. As opções terapêuticas mantêm-se limitadas e o transplante pulmonar é o único tratamento definitivo em casos selecionados.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 089

ANTRACOSE PULMONAR COMO CAUSA DE FIBROSE PULMONAR EXTENSA E DESTRUIÇÃO DO PARÊNQUIMA PULMONAR

Autor do trabalho:

TERESA FINDE CHIVINDA

Clínica Sagrada Esperança, Luanda-Angola

Co-Autores do trabalho:

GADE MIGUEL; ERNESTO ULICA; MICAELA COSTA

Palavras-chave: FIBROSE PULMONAR

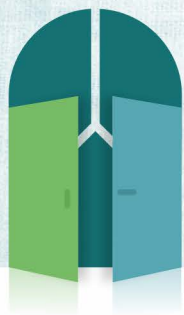
Doente do sexo feminino, 26 anos, negra, solteira, estudante, natural e residente em Luanda.

Quadro clínico com cerca de 3 meses de evolução caracterizada por tosse seca, dispneia e cansaço fácil de agravamento progressivo. Negava febre, toracalgia, emagrecimento, sudorese excessiva noturna, hemoptises, ortopneia, pieira, obstrução nasal. Negava queixas do foro gastrointestinal. Referenciada à consulta de Pneumologia no dia 25/09/2017 após realização de radiografia de tórax. ANTECEDENTES: Bronquites na adolescência, sic. Sem hábitos tabágicos ou etílicos, sem antecedentes de atopia. Sem história de contacto com pessoas com tuberculose. Sem história de contacto com aves. Sem medicação habitual. Sem história de viagem recente, sem comportamentos de risco. EXAME OBJECTIVO: Consciente, orientada, colaborante. Idade aparente não coincidente com a real. Razoável estado geral e de nutrição, pele e mucosas coradas e hidratadas. Anictérica e acianótica, eupneica em repouso, sem ingurgitamento jugular, sem adenomegalias palpáveis. T.ax.: 36.5°C, PA: 112/83mmHg, FC: 97bpm, SpO2: 96% em ar ambiente. TÓRAX: Inspeção e palpação normais. AP: MV diminuído ao nível do 1/3 inferior de ambos os campos pulmonares com ferveiros crepitantes secos "em velcro". AC: Normal. ABDOMEN, membros e exame neurológico sumários sem alterações.

À radiografia de tórax: opacidade heterogênea difusa com padrão retículo-intersticial mais acentuado em ambas as bases. HIPÓTESES DE DIAGNÓSTICO: Pneumonia intersticial/Fibrose pulmonar de etiologia a esclarecer / Fibrose quística? Tuberculose pulmonar? Solicitados exames: Análises gerais com factor reumatóide, estudo da autoimunidade, teste de suor, ecocardiograma, pesquisa da mutação do gene CFTR, TC tórax que não chegou a efectuar. EVOLUÇÃO CLÍNICA: Após a consulta de 2017 a doente ocorreu a outra instituição hospitalar onde foi medicada para Tuberculose Pulmonar durante 9 meses sem melhoria. Acorreu à várias outras instituições nos últimos meses por dispneia, tendo sido medicada com vários fármacos que não sabe precisar sem melhoria. Acorreu novamente ao serviço de urgência da nossa instituição no dia 23/06/2019 com um quadro de insuficiência respiratória hipoxémica tendo sido internada em UCI por falência respiratória no decurso de pneumotórax espontâneo hipertensivo por rotura de bolha quística/enfisematosa. Paragem cardi-respiratória revertida com compressões torácicas. Submetida à drenagem do pneumotórax, posteriormente identificada fístula broncopleural tendo sido abordada por cirurgia torácica, colocação de cola biológica e pleurodese química. À radiografia de tórax (23/06/2019): opacidade heterogênea difusa com imagem ovalada hipertransparente ocupando os 2/3 superiores do hemitórax direito. À TC tórax mostrou alterações compatíveis com

fibrose pulmonar extensa bilateral, bronquiectasias de tracção e destruição do parênquima pulmonar praticamente total à direita, com volumosas bolhas enfisematosas e quísticas, poupando apenas parte do lobo inferior que se apresenta igualmente fibrosado. Os estudos microbiológicos das secreções brônquicas, TB-PCR foram negativos. Biópsia pulmonar: "acentuada fibrose peribrônquica e intersticial, dilatações brônquicas e infiltrado linfohistiocitário com agregados linfóides. Antracose ligeira e macrófagos com pigmento antracótico". Actualmente no domicílio com Insuficiência respiratória hipoxémica crónica com necessidade de oxigenoterapia de longa duração. Medicada com prednisolona, broncodilatadores... Cadidada a transplante pulmonar

Diagnóstico: Fibrose pulmonar extensa com destruição do parênquima pulmonar secundária a antracose. Outra etiologia não esclarecida associada é a se considerar.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 090

DA BIÓPSIA À AUTÓPSIA: DESAFIO DIAGNÓSTICO DE UM CASO DE AMILOIDOSE PULMONAR DIFUSA

Autor do trabalho:

JOSUÉ PINTO

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

Co-Autores do trabalho:

MARGARIDA FERNANDES; ANA ROSA SANTOS; MARIA SUCENA

Palavras-chave: AMILOIDOSE PULMONAR DIFUSA, AMILOIDOSE SISTÊMICA

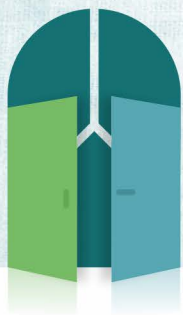
História: Mulher de 71 anos com antecedentes de asma, bronquiectasias, fibrilhação auricular e massa pulmonar esquerda recorreu à urgência por dispneia para pequenos esforços, ortopneia e hemoptises de pequeno volume. Queixava-se de agravamento progressivo da dispneia, edemas periféricos, distensão abdominal, fadiga, xerostomia, xeroftalmia e perda ponderal no último ano. Negava febre, hipersudorese nocturna e dores. Foi internada para estudo diagnóstico.

Investigação: Analiticamente apresentava nível baixo de proteínas totais no sangue e ligeira elevação da proteína C reactiva (10.9 mg/L) e do BNP (182 pg/mL). TC torácica documentou opacidades em padrão de mosaico com espessamento dos septos interlobulares, predominantemente nos lobos superiores; bronquiectasias tubulares nos lobos médio e inferior direito; massa de 5 cm no lobo inferior esquerdo provocando atelectasia total, aparentemente com formação de múltiplos broncocos distendidos; opacidade em vidro despolido de 8 mm no lobo superior direito; e cardiomegalia moderada. Biópsia transtorácica da lesão nodular revelou áreas fibróticas com infiltração linfoplasmocítica e espessamento das paredes dos vasos e dos septos interalveolares. Duas biópsias da massa pulmonar esquerda demonstraram sinais ligeiros e inespecíficos de inflamação. Sem isolamentos microbiológicos. Estudo serológico auto-imune negativo, excepto ANA 1:1000. Dada a manutenção da dispneia e edema periférico apesar de terapêutica diurética, realizou-se uma ecocardiografia que documentou dilatação da aurícula esquerda, ligeira hipertrofia do septo interventricular, fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 60% e pressão pulmonar estimada de 40 mmHg. Colhido líquido peritoneal com característica de transudado. A doente apresentou melenas de novo e realizou endoscopia digestiva alta, que documentou uma úlcera gástrica de 2 cm com coágulo aderente, cuja histologia apresentava sinais de gastrite crónica. Biópsia de glândula salivar identificou infiltração linfoplasmocítica e fibrosclerose periductal e peri-acinar (negativa para vermelho de Congo e luz polarizada).

Resultados: Não houve recorrência das hemoptises. O aparente estado hipervolémico não respondeu ao tratamento diurético. Após 37 dias desde a admissão, a doente sofreu uma paragem cardíaca súbita com desfecho fatal. A autópsia clínica permitiu o diagnóstico de mieloma múltiplo associado a amiloidose sistémica. Depósitos de amiloide estavam presentes nas paredes dos vasos de todos os sistemas, excepto no sistema nervoso. Documentada envolvimento difuso do pulmão (depósitos amilóides nos septos interalveolares) e do coração (espessamento das paredes ventriculares e valvulopatia aórtica e tricúspide). A amiloidose cardíaca causou miocardiopatia restrictiva, insuficiência cardíaca e fibrilhação auricular

que eventualmente conduziram a um episódio de fibrilhação ventricular e paragem cardio-respiratória.

Conclusões: A amiloidose sistémica é uma doença rara e pode ser fatal se não tratada. Quando associados, o envolvimento pulmonar intersticial e a amiloidose cardíaca podem ter uma acção sinérgica no desenvolvimento de insuficiência cardíaca e respiratória. Neste caso em particular, o ecocardiograma e a biópsia das glândulas salivares não foram diagnósticos de amiloidose e o material de biópsia do nódulo pulmonar não foi corado com vermelho de Congo, sublinhando a importância de uma busca activa por amiloidose e os desafios diagnósticos que lhe são inerentes.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 091

PNEUMONIA DE REPETIÇÃO POR ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO

Autor do trabalho:

RICARDO BELO QUITA

Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CHUP) – Serviço de Pneumologia

Co-Autores do trabalho:

TIAGO OLIVEIRA; CATARINA DIAS; FERNANDO GUEDES

Palavras-chave: ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO; PNEUMONIA DE REPETIÇÃO; BRONCOFIBROSCOPIA FLEXÍVEL

Introdução: A aspiração de corpo estranho (ACE) é significativamente mais frequente em crianças, podendo, no entanto, ocorrer na idade adulta. A manifestação clínica é dependente do material aspirado, do tempo de evolução e da localização, manifestando-se como uma emergência médica ou de forma mais subtil com o aparecimento de complicações crónicas.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 54 anos, com DPOC e HTA, recorreu ao serviço de urgência por tosse produtiva e dispneia para grandes esforços com 8 dias de evolução. Sem alterações de relevo ao exame objetivo. Do estudo realizado verificou-se hipotransparência basal direita no RX de tórax e elevação de proteína-C-reativa. Iniciou antibioterapia empírica para agentes da comunidade com evolução favorável. Ao consultar estudos imagiológicos dos 3 anos anteriores, verificou-se hipotransparência na mesma localização. Assim, realizou TAC de tórax que evidenciou conteúdo endoluminal a nível do brônquio intermediário, consolidação e bronquiectasias no lobo inferior direito. Prosseguiu-se para broncofibroscopia tendo-se identificado corpo estranho não mobilizável na entrada do brônquio principal direito e tecido de granulação, com permeabilidade dos brônquios segmentares e subsegmentares a jusante do corpo estranho. O doente foi submetido a broncoscopia rígida com remoção de objeto suspeito de corresponder a prótese dentária. TC de tórax de reavaliação evidenciou resolução do processo consolidativo.

Conclusões: O diagnóstico de ACE requer, frequentemente, elevado nível de suspeição. A sintomatologia pode ocorrer anos após o episódio de aspiração e o atraso no seu reconhecimento pode favorecer o aparecimento de complicações crónicas e irreversíveis. Nos casos de pneumonia de repetição na mesma localização é fundamental suspeitar de ACE.

PE 092

EMBOLIA PULMONAR ASSOCIADA A INFECÇÃO POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

Autor do trabalho:

DIOGO MIGUEL MONTEIRO CANHOTO

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:

RICARDO FERREIRA; SARA LEITÃO; RUI SANTOS; ARMANDO CARVALHO

Palavras-chave: EMBOLIA PULMONAR, MYCOPLASMA PNEUMONIAE.

Introdução: A infecção por *Mycoplasma pneumoniae* é uma causa sub-diagnosticada de pneumonia adquirida na comunidade com uma baixa taxa de hospitalização e complicações. Apesar disto, tem sido proposta na literatura a associação da pneumonia a *Mycoplasma* com taxas superiores de embolia pulmonar, particularmente no doente jovem, sugerindo que esta infecção estar envolvida na fisiopatologia de um subconjunto de casos.

Caso clínico: Mulher de 44 anos, de nacionalidade brasileira, foi admitida na urgência por toracalgia pleurítica direita, tosse não produtiva e ortopneia com 14 dias de evolução, de carácter progressivo. Havia cumprido, por suspeita de infecção respiratória, 8 dias de amoxicilina + ácido clavulânico prescritos empiricamente sem melhoria.

Apresentava história pregressa de um episódio de tosse hemoptóica e edema unilateral do membro inferior direito dias após uma viagem aérea (~10 horas), resolvidos espontaneamente.

Ao exame objectivo, não apresentava alterações dignas de menção.

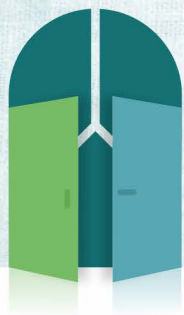
Analicamente, havia uma discreta elevação dos parâmetros inflamatórios e um valor de D-dímeros de 705 ng/mL (~4xLSN), sem consumo de fibrinogénio. Gasometricamente, constatou-se alcalémia respiratória com uma PaCO₂ 28.1 mmHg.

A radiografia do tórax mostrava um padrão intersticial bilateral, oclusão do seio costofrénico direito por hipotransparência em toalha compatível com derrame pleural, e ainda opacidades triangulares de base justapleural ipsilaterais. Por suspeita de embolia pulmonar, foi solicitada angioTC torácica, que confirmou a presença de êmbolos nas artérias lobares e interlobares com regiões de enfarte dos lobos superior e inferior direitos. A doente foi internada para estudo etiológico da embolia.

Não foram apurados factores de risco para trombose venosa com excepção da imobilização relativa durante a viagem aérea e a toma de anti-concepcional oral durante 3 semanas, 6 meses antes da sintomatologia. Foi excluída gravidez por teste imunológico. O estudo Doppler venoso dos membros inferiores e pélvico, realizado em duas ocasiões, excluiu presença de trombose profunda.

A pesquisa de anticorpos anti-fosfolipídicos, anti-nucleares e anti-citoplasma neutrofílico foi negativa. Os doseamentos de alfa-2 anti-plasmina e plasminogénio foram normais. O estudo molecular para FV Leiden e variantes dos FII e FV não mostrou alterações. Os doseamentos de C3 e C4 foram normais. Não foi encontrada reactividade para vírus das hepatites B e C ou HIV.

Foi instituída hipocoagulação terapêutica. Por resposta sintomática parcial, com manutenção de dispneia para esforços e tosse irritativa, a par da



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

ausência de melhoria radiológica, foi obtida a serologia para *M. pneumoniae* que foi confirmatória de infecção.

Discussão: Apresentamos um caso de embolia pulmonar em contexto de infecção por *M. pneumoniae*, para quem os diagnósticos de ambas as patologias foram equacionados pelo reconhecimento de sintomatologia arrastada e refractoriedade a terapêutica instituída.

A infecção por *M. pneumoniae* poderá ter constituído factor fisiopatológico adjuvante no surgimento da embolia desta doente. Os mecanismos que ligam ambas as doenças mantêm-se, no estado da arte, crípticos. A agressão vascular directa por parte do *Mycoplasma*, ou secundária à inflamação sistémica que este provoca poderão produzir trombose local. A doença mediada por crioglobulinas ou anticorpos com actividade pro-trombótica ainda não identificados são também áreas promissoras para investigação futura.

PE 093

ASPERGILOSE PULMONAR FIBROSANTE CRÓNICA – CASO CLÍNICO**Autor do trabalho:**

RITA BRANQUINHO PINHEIRO

Centro Hospitalar Lisboa Norte

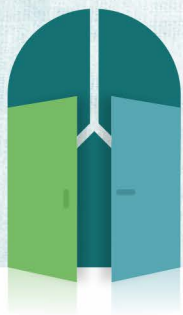
Co-Autores do trabalho:

S, SALGADO; P, ESTEVES; I, CLARO; C, BÁRBARA

Palavras-chave: ASPERGILLUS; ASPERGILOSE PULMONAR CRÓNICA; ASPERGILOSE PULMONAR CAVITÁRIA CRÓNICA; ASPERGILOSE PULMONAR FIBROSANTE CRÓNICA

Introdução: *Aspergillus* é um fungo que pode provocar doença pulmonar variável. O *Aspergillus fumigatus* é a espécie mais frequentemente envolvida, no entanto outras espécies como *Aspergillus flavus* ou *Aspergillus niger* podem ser identificadas. A Aspergilose pulmonar crónica (APC) é uma doença pulmonar pouco comum, mas potencialmente complicada. Afeta normalmente homens de meia idade com patologia pulmonar prévia, os principais fatores de risco para APC são história de tuberculose, infecção por micobactérias não tuberculosas, Doença pulmonar obstrutiva crónica e aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA). A forma mais comum de APC é a Aspergilose pulmonar cavitada crónica (APCC) que quando não tratada pode evoluir para Aspergilose pulmonar fibrosante crónica (APFC). A APFC caracteriza-se por destruição fibrótica grave complicando APCC prévia, com degradação acentuada da função pulmonar; normalmente a fibrose manifesta-se por consolidação, mas cavidades com fibrose circundante podem ser observadas. A clínica não é específica, apresentando-se geralmente com sintomas constitucionais associados a tosse produtiva crónica e dispneia. Radiograficamente é comum encontrar cavidades pulmonares, infiltrados e fibrose pulmonar ou pleural de grau variado. Para o diagnóstico da doença é necessário a identificação de IgG para *Aspergillus* ou precipitinas e evidência de *Aspergillus* no exame cultural da expectoração ou PCR, ou identificação do fungo em biópsia. A APC está associada a elevada morbilidade e mortalidade. Atendendo à elevada frequência de recaída, o tratamento é geralmente mantido por longos períodos ou mesmo ao longo da vida. O prognóstico da doença varia com o grau de imunossupressão do doente.

Caso clínico: Trata-se de um doente do sexo masculino, 56 anos, com história de Asma, ABPA, Tuberculose pulmonar, bronquiectasias cilíndricas e varicosas bilaterais e insuficiência respiratória crónica. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro prolongado de cansaço, dispneia, tosse produtiva, febre e agudização de insuficiência respiratória. Analiticamente com elevação dos parâmetros de fase aguda e radiografia de tórax com extensas alterações fibróticas, sobreponíveis a exames prévios. Iniciou antibioterapia que manteve durante 14 dias, sem resposta significativa. Realizou tomografia computadorizada do tórax que mostrou marcado espessamento do interstício subpleural, bronquiectasias de todo o parênquima pulmonar com marcado espessamento do interstício peribroncovascular, marcada distorção da arquitetura pulmonar, cavidades e consolidações – aspetos compatíveis com fibrose intersticial difusa. Isolamento no exame micológico da expectoração de *Aspergillus flavus*, sem outros isolamentos microbiológicos. Resultado prévio de precipitinas de *Aspergillus* positivo.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

Foi admitido APFC e iniciada terapêutica com voriconazol, com melhoria progressiva, optando-se pela manutenção da terapêutica. Encontra-se em lista para transplante pulmonar.

Conclusão: O *Aspergillus* é responsável por um espectro variado de doenças, sendo a APFC uma complicação rara de APC. A sobreposição e progressão no espectro de doenças relacionadas com *Aspergillus* é possível particularmente quando o estado imunológico do doente varia, como com a administração prolongada de corticoterapia pela ABPA. O desenvolvimento de algum grau de imunossupressão em doentes com patologia estrutural prévia e outros fatores de risco associados para APC pode levar ao desenvolvimento da doença. A APC tem impacto significativo na qualidade de vida do doente, é necessário estar alerta para um precoce diagnóstico e início de tratamento.

PE 094

NO LOCAL NÃO EXPECTÁVEL - A PROPÓSITO DE UM CASO DE PAPILOMATOSE LARINGOTRAQUEOBRÔNQUICA

Autor do trabalho:

CARLOS CARVALHO

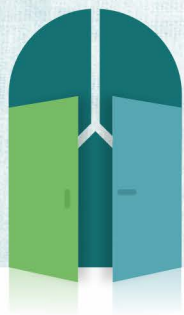
Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: PAPILOMATOSE LARÍNGOTRAQUEOBRÔNQUICA, PAPILOMAVIRUS HUMANO, BRONCOSCOPIA RÍGIDA, LASER

Introdução: A papilomatose laringotraqueobrônquica é uma doença caracterizada pela presença de lesões epiteliais de aspecto verrucoso ou papiloides, únicas ou múltiplas, mas geralmente recorrentes. Esta doença é maioritariamente limitada à laringe, mas em casos mais raros pode-se estender para a árvore traqueobrônquica e eventualmente para o parênquima pulmonar.

Caso clínico: de 46 anos, ex-fumadora desde há 10 anos com carga tabágica de 8 UMA, medicada apenas com venlafaxina por episódio depressivo. É referenciada à consulta de Pneumologia, após o diagnóstico de papilomatose laríngea, por persistência de tosse seca com saída de 2 massas brancas e expectoração raída de sangue. Por suspeita de papilomatose traqueo-brônquica e para esclarecimento do quadro foi realizada uma videobroncofibroscopia onde se observou uma lesão papilomatosa esbranquiçada no 1/3 proximal da traqueia com cerca de 2 cm de altura e múltiplas lesões papilomatosas milimétricas em toda a árvore brônquica (direita e esquerda). Foi submetida a laserização da lesão traqueal por broncoscopia rígida. Devido à grande extensão do acometimento brônquico não foi possível realização de laser nas restantes lesões. Os resultados anátomo-patológicos foram todos positivos para Papiloma virus Humano. Foi ainda realizada uma Tomografia do Tórax para descartar acometimento do parênquima pulmonar, que não mostrou qualquer alteração. A doente mantém seguimento e vigilância apertada na consulta de Pneumologia.

Conclusão: A papilomatose laringotraqueobrônquica é uma doença rara, com poucos casos relatados. Embora histologicamente seja uma proliferação benigna do epitélio, usualmente limitada à laringe, ocasionalmente pode tornar-se agressiva e resultar num envolvimento persistente e recorrente da nasofaringe, laringe e da árvore traqueobrônquica. Sublinho, por isso, a necessidade do estadiamento endobrônquico nos doentes com o diagnóstico de Papilomatose laríngea com o intuito de reduzir a sua disseminação. Reforço ainda a necessidade de vigilância por TC do Tórax, pela possibilidade de acometimento do parênquima pulmonar.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 095

CRAZY PAVING – SERÁ PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR?

Autor do trabalho:

EDUARDA MILHEIRO TINOCO

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho

Co-Autores do trabalho:

ANA R. GIGANTE; CARLA RIBEIRO; ELOÍSA SILVA; TERESA SHIANG;
MANUELA VANZELLER

Palavras-chave: PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR; PADRÃO EM “ASA DE MORCEGO”; CRAZY PAVING;

Introdução: A Proteínose Alveolar Pulmonar (PAP) é uma doença pulmonar difusa, rara, caracterizada pela acumulação de surfactante nos alvéolos pulmonares e pequenas vias aéreas. Dependendo da etiologia pode ser classificada em primária, secundária ou congénita e o tratamento varia consoante a gravidade e a causa subjacente.

Caso Clínico: Homem, 51 anos, fumador 35 UMA. Antecedentes pessoais de β -talassémia menor e história de exposição intensa a pó de cal/ sílica no último mês, sem equipamento de proteção individual. Recorreu ao SU por tosse produtiva, dispneia e febre com 15 dias de evolução – sem melhoria após 4 dias de antibioterapia com amoxicilina/ ácido clavulânico. Ao exame objetivo apresentava sinais de dificuldade respiratória e à auscultação pulmonar crepitações e diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores de ambos os hemitórax. Analiticamente com leucocitose, neutrofilia, aumento de PCR (19.29mg/dl) e insuficiência respiratória tipo 1 (pH 7,53, pO₂ 44,0 mmHG e pCO₂ 29.9 mmHG). A radiografia do tórax evidenciou opacidades bilaterais de limites mal definidos localizadas ao terço médio e inferior de ambos os campos pulmonares (mais acentuadas à direita) com padrão em “asa de morcego”. A TC tórax revelou áreas em vidro despolido, bilaterais e extensas, com espessamento dos septos inter-lobulares (“crazy paving”). O doente foi internado com adição de azitromicina ao esquema terapêutico, sendo posteriormente escalado para piperacilina/ tazobactam. Tendo em conta a exposição intensa a partículas inorgânicas e as alterações imagiológicas foi colocada a hipótese diagnóstica de PAP secundária. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar que não permitiu a confirmação desta hipótese – macroscopicamente não sugestivo; pesquisa PAS negativa. Não foi isolado nenhum agente infeccioso nos lavados brônquico/broncoalveolar; no restante estudo etiológico apenas se identificou serologia positiva para Chlamydia pneumoniae (com seroconversão após 3 semanas). Verificou-se uma franca melhoria clínica e radiológica com antibioterapia pelo que não se progrediu no estudo das alterações radiológicas, nomeadamente com biópsia. A TC tórax realizada 8 semanas depois mostrou resolução completa das alterações iniciais.

Conclusão: O padrão de crazy paving está tradicionalmente associado a PAP. É no entanto importante considerar e excluir outros diagnósticos diferenciais.

PE 096

MICOBACTERIOSE DISSEMINADA A MYCOBACTERIUM ABSCESSUS: DESAFIO TERAPÊUTICO

Autor do trabalho:

ANDREA SUZANA MACHADO

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

Co-Autores do trabalho:

ANA FILIPA MATOS; JOÃO COSTEIRA

Palavras-chave: MICOBACTERIOSE DISSEMINADA, M. ABSCESSUS

Introdução: Infecções pulmonares e extrapulmonares causadas por micobactérias não tuberculosas (MNT) têm vindo a ser relatadas de modo crescente nos últimos anos.

O Mycobacterium abscessus é uma MNT de crescimento rápido e muito patogénica, representando cerca de 5-20% das infecções por MNT.

Está habitualmente associado a infecções do tracto respiratório, pele e dos tecidos moles quando há contaminação por materiais não esterilizados (cirurgias, injeções, implantação de corpos estranhos).

Caso clínico: Mulher de 59 anos, não fumadora, com antecedentes de fibrilhação auricular, portadora de pacemaker, hipotireoidismo e cardiopatia valvular reumática submetida a anuloplastia mitral em 2002 com reintervenção cirúrgica em 2015. Hipocoagulada com varfarina.

Recorreu ao SU em Março/2018 por quadro com um mês de evolução de febre, calafrios, hipersudorese, cefaleias, astenia, anorexia e agravamento do cansaço para médios esforços. À admissão apresentava PCR 3,86mg/dL, VS 120mm e LDH 700U/L.

Ficou internada e iniciou antibioterapia com vancomicina, gentamicina e ceftriaxone por suspeita de endocardite infecciosa, não confirmada em ecocardiograma transesofágico.

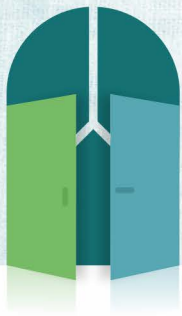
O resultado das hemoculturas e do mielograma revelaram positividade para M. abscessus, pelo que iniciou tratamento com claritromicina, levofloxacina e etambutol. Posteriormente fez PET-TC que confirmou foco infeccioso de endocardite da prótese mitral com embolização hepato-esplénica e do SNC.

Por persistência de hemoculturas positivas e ainda sem teste de sensibilidade a antibióticos (TSA), foi alterado, após 2 meses de tratamento, o esquema terapêutico para levofloxacina, claritromicina e amicacina e, posteriormente, para cefoxitina, imipenem, amicacina e claritromicina.

A doente foi submetida a cirurgia de substituição de prótese mecânica mitral, após negativação de hemoculturas e não houve novos isolamentos culturais de M. abscessus.

Apenas após a cirurgia foi conhecido o TSA, que revelou resistência a macrólidos, moxifloxacina e sulfametoxazol, sensibilidade a amicacina, cefoxitina e linezolide e sensibilidade intermédia a ciprofloxacina. Foi então ajustado esquema terapêutico para cefoxitina, ciprofloxacina, amicacina e linezolide.

Surgiram de novo nódulos subcutâneos na região popliteia direita, submetidos a biópsia cutânea cujo resultado foi inconclusivo. Por agravamento das lesões e eventual relação por envolvimento do M. abscessus, alterou-se o esquema terapêutico para cefoxitina, imipenem, amicacina, tigeciclina e linezolide, com resolução das lesões cutâneas.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

À data da alta foram suspensos a cefoxitima, pelo seu uso prolongado, e a amicacina, por impossibilidade de terapêutica intramuscular em doente hipocoagulada.

Foi encaminhada para o CDP do Lumiar, onde foi ajustado esquema terapêutico para clofazimina, doxiciclina, linezolid e ciprofloxacina. No entanto, por polineuropatia axonal confirmada por electromiografia, suspendeu linezolid após 4 meses de terapêutica.

No total completou 13 meses de tratamento após negatificação de hemoculturas, considerando-se cura clínica da micobacteriose disseminada a *M. abscessus*.

Conclusão: Os autores apresentam um caso de uma doente com micobacteriose disseminada a *M. abscessus*, sem envolvimento pulmonar, situação clínica habitualmente associada a doentes com imunodepressão, que não foi identificada nesta situação.

O *M. abscessus* é uma das MNT com maior taxa de resistência aos anti-tuberculostáticos e antibióticos e com uma quantidade limitada de antibióticos disponíveis para o seu tratamento, proporcionando um desafio terapêutico no tratamento destas infecções. Por este motivo, as taxas de recidiva observadas encontram-se entre 20-40% dos casos.

PE 097

TUMOR FANTASMA

Autor do trabalho:

ALEXANDRE MANUEL CARVALHO DA SILVA ALMENDRA

Centro hospitalar e Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

EVA BRYSCH; MÓNICA PEREIRA; CATARINA ANTUNES; MARIA JESUS SILVA

Palavras-chave: ICC, DERRAME PLEURAL, IMAGIOLOGIA

Introdução: A insuficiência cardíaca leva a um aumento de líquido nos espaços intersticiais do pulmão gerando uma pressão hidrostática positiva através da pleura visceral levando à formação de derrames pleurais bilaterais. No entanto, apesar de pouco comum, pode cursar com derrame pleural septado na cissura horizontal. Esta apresentação simula uma massa na radiografia de tórax que desaparece com o tratamento da doença subjacente e tem sido denominada de tumor fantasma ou pseudotumor evanescente.

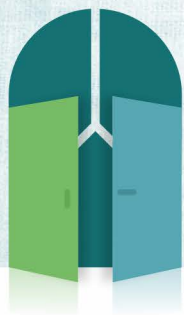
Caso clínico: Homem de 77 anos, autónomo com diagnósticos prévios de cardiopatia isquémica e hipertensiva, fibrilhação auricular e DM tipo 2. Internado por quadro de tosse com expectoração, dispneia para pequenos/médios esforços, ortopneia e edema progressivo dos membros inferiores com 10 dias de evolução.

Ao exame objectivo encontra-se apirético, taquipneico e com uma saturação de 88% com FiO2 21%. À auscultação cardíaca apresenta sons hipofonéticos; e na auscultação pulmonar um murmúrio abolido na base direita com crepitações dispersas.

Analiticamente a destacar aumento do NTProBNP (1324pg/dL), leucocitose com neutrofilia (14,30x10⁹/L;87,6%N), elevação níveis séricos de PCR (4,5mg/dL) e exames culturais e antigenúrias para *Pneumococo* e *Legionella* negativos. Na radiografia de tórax apresenta um ICT aumentado, hipotransparência arredondada (tipo massa), de contornos bem definidos no hemitórax direito e reforço para-hilar.

Assumiu-se ICC descompensada no contexto de infecção respiratória tendo realizado terapêutica antibiótica e diurética observando-se melhoria clínica e radiológica com desaparecimento da hipodensidade oval.

Conclusão: O aspecto radiológico do tumor fantasma é variável, dependendo do volume de líquido septado e de sua localização. Reconhecer precocemente este achado radiológico relacionado com a ICC é importante para evitar procedimentos diagnósticos desnecessários, uma vez que, o principal diagnóstico diferencial é o nódulo e/ou massa pulmonar.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 098

**EMPIEMA PLEURAL A STAPHYLOCOCCUS HAEMOLYTICUS:
UMA COMPLICAÇÃO GRAVE DA PLEURODESE QUÍMICA**

Autor do trabalho:

ANA CATARINA ALVES MOREIRA

Serviço de Pneumologia; Hospital Garcia de Orta

Co-Autores do trabalho:

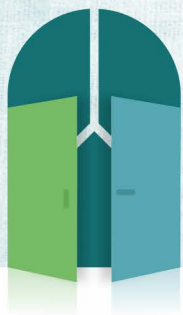
CARLOS COUTO; JOÃO PORTELA; JORGE SOARES; JOSÉ DUARTE

Palavras-chave: DERRAME PLEURAL; MALIGNO; PLEURODESE;
EMPIEMA; STAPHYLOCOCCUS HAEMOLYTICUS

Introdução: O derrame pleural (DP) maligno é uma complicação comum de neoplasias em estadios avançados (comumente, pulmão, mama e cólon) e que encerra mau prognóstico. Nos casos em que a terapêutica sistémica não permite um eficaz controlo da doença, a pleurodese surge como alternativa para abordagem do DP maligno recidivante. Na literatura há diversos estudos que relatam algumas das complicações decorrentes do procedimento sendo o empiema pleural uma das complicações mais graves, com uma incidência de 0-4%.

Caso clínico: Homem, 62 anos, ex-fumador, diabetes mellitus II e fibrossarcoma dorsal excisado em novembro de 2015. Em maio de 2017, admitido por dispneia, toracalgia esquerda e episódios de hemoptise com duas semanas de evolução. Ao exame físico, eupneico (SpO2 95%, FiO2, 21%) sendo relevante a abolição do murmúrio vesicular e macicez à percussão em todo o hemitórax esquerdo. Analiticamente destacava-se apenas uma anemia normocítica normocrômica ligeira (hemoglobina 11,8 g / dL) com função renal (creatinina 0,8 mg / dL), proteína C reativa D-dímeros dentro dos valores de referência. Na radiografia de tórax (RxT) foi evidente uma hipotransparência extensa localizada no terço inferior do hemitórax esquerdo e múltiplas hipotransparências nodulares pulmonares bilaterais. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) torácica que revelou derrame pleural esquerdo de grande volume e densidade heterogênea. Foi realizada toracocentese com drenagem de 2000 mL de líquido pleural (LP) sero-hemorrágico, com características de exsudado e pH 7,34, biópsia pleural (BP) e citologia, cujo resultado foi negativo para malignidade. Os resultados histológicos foram inconclusivos e o estudo microbiológico (LP e BP) negativos. Na RxT realizada quatro dias após o procedimento foi documentada recorrência do DP, com aspetos sugestivos de loculação na ecografia torácica. Foi repetida a toracocentese (pH 7,1) e BP com posterior colocação de drenagem torácica (calibre 24 Fr). O resultado anatomo-patológico (LP e BP) foi nesta altura compatível com metastização pleural por fibrossarcoma. Seis dias após colocação da drenagem foi realizada pleurodese com lama de talco (4 g de talco em 100 mL de cloreto de sódio após anestesia local), com posterior início, 3 dias após o procedimento, de quadro de agravamento de dispneia e febre, pelo que foi iniciada piperacilina-tazobactam e vancomicina empíricas. A TC torácica evidenciou DP esquerdo de grande volume loculado e espessamento pleural, tendo sido realizada toracocentese com aspiração de apenas 35 mL de LP compatível com empiema, não sendo exequível a colocação de drenagem torácica. O exame cultural do LP identificou um *Staphylococcus haemolyticus* resistente à penicilina, sensível à vancomicina, o que condicionou a alteração de esquema antibiótico para

Meropenem e vancomicina (após 8 dias de Piperacilina-tazobactam). No entanto, a evolução clínica revelou-se desfavorável, com agravamento clínico, da insuficiência respiratória parcial e morte do doente 2 dias depois. **Discussão:** Os autores destacam a importância do caso descrito tendo em conta que, apesar da febre e toracalgia serem, segundo a literatura, os efeitos adversos mais comuns da pleurodese com talco, o empiema pleural, embora menos frequente, surge como uma das complicações mais graves, com grande impacto no prognóstico e sobrevida deste subgrupo de doentes.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 099

ABCESSO PULMONAR EM DOENTE COM ACALÁSIA

Autor do trabalho:

CÁTIA PIMENTEL

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Leiria

Co-Autores do trabalho:

CLÁUDIA SANTOS; SALVATO FEIJÓ

Palavras-chave: ABCESSO PULMONAR; ACALÁSIA.

A alteração da motilidade gastroesofágica é um fator de risco para pneumonia de aspiração e abcessos pulmonares polimicrobianos.

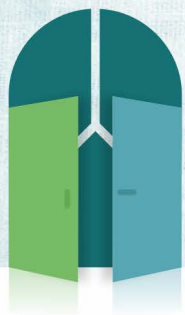
Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 34 anos, não fumador e sem exposições ambientais a salientar, com acalásia diagnosticada em 2016, proposto para esofagomiotomia. Em estudo pré-operatório realizou radiografia do tórax que evidenciou uma área de densificação no terço superior do campo pulmonar direito, com áreas bolhosas, uma delas com parede espessada com 20x18mm e bolha gasosa com aparente nível hidroaéreo. Dadas estas alterações na radiografia do tórax, é referenciado à consulta de pneumologia.

Apresentava quadro clínico de disfagia para sólidos e líquidos com engasgamentos frequentes e tosse produtiva com expectoração mucopurulenta, com 1 ano de evolução. A tomografia computadorizada (TC) do tórax evidenciou uma lesão heterogénea localizada no lobo superior direito, com 52x35mm, de paredes espessadas, com área de necrose central. Por suspeita de abcesso pulmonar, é internado no Serviço de Pneumologia para estudo complementar e início de antibioterapia empírica. Realizada videobroncofibroscopia, com secreções purulentas e sinais inflamatórios no lobo superior direito, com aspirado brônquico para estudo bacteriológico, positivo para *Klebsiella pneumoniae*, exames micobacteriológico e micológico negativos, estudo citológico e histológico sem achados suspeitos de malignidade. Completou 7 dias de Piperacilina/Tazobactam e, posteriormente, 16 dias de Amoxicilina/Ácido Clavulânico em ambulatório, com franca melhoria da tosse e da expectoração. Duas semanas após alta e término de antibioterapia, é submetido a funduplicatura tipo Nissen, com melhoria sintomática.

Em consulta de pneumologia de seguimento, realizou TC do tórax de controlo que demonstra uma lesão cavitada e aparentemente habitada no lobo superior direito e uma cavidade de paredes finas com localização mais superior no mesmo lobo. Por se apresentar clinicamente assintomático do ponto de vista respiratório em consultas de seguimento, manteve-se a vigilância clínica e imagiológica.

Este caso clínico reflete a importância das microaspirações crónicas secundárias a acalásia, patologia em que a prevalência de complicações pulmonares pode ser superior a 50%. A acalásia é uma patologia rara com incidência de 1.6 por 100.000 indivíduos. Esta patologia resulta de uma degeneração progressiva das células ganglionares do plexo mioentérico com ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior e perda da peristalse do esófago distal. Os principais sintomas são disfagia para sólidos e líquidos e regurgitação de alimentos não digeridos e saliva, fator predisponente para microaspirações. Nos doentes com acalásia, alterações do parênquima pulmonar são descritas em cerca de 17% na radiografia do tórax e em cerca de 41% na TC do tórax, sendo o padrão

em vidro despolido o mais frequente. Complicações pulmonares graves como pneumonia de aspiração, abcessos pulmonares e empiema ocorrem em menos de 10% dos doentes. Os autores sublinham a importância da valorização da sintomatologia respiratória na acalásia e da sua abordagem, de forma a não atrasar o diagnóstico e tratamento, minimizando as complicações.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 100

ABCESSO PULMONAR – ESTUDO RETROSPECTIVO NUM HOSPITAL DISTRITAL

Autor do trabalho:

FRANCISCO NERI GOMES

Hospital Beatriz Ângelo

Co-Autores do trabalho:

TELMA DA SILVA LOPES; SOFIA TELLO FURTADO

Palavras-chave: ABCESSO PULMONAR, INFEÇÃO PULMONAR

Introdução: O abcesso pulmonar é definido como uma necrose do parênquima pulmonar causada por agentes microbiológicos, que resulta no desenvolvimento de uma cavidade intra-pulmonar.

Objetivos: Estudo das características clínicas, epidemiológicas, microbiológicas e tratamento de doentes internados com o diagnóstico principal de abcesso pulmonar.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes internados no Hospital Beatriz Ângelo com o diagnóstico principal de abcesso pulmonar entre Janeiro de 2016 a Julho de 2019, excluindo-se tuberculose pulmonar cavitada.

Resultados: Foram incluídos 17 doentes, dos quais 9 eram do sexo masculino, e 13 de raça branca. A média etária foi de 53,1 anos (23 – 88 anos). 58,8% dos doentes apresentavam hábitos tabágicos e 17,6% hábitos alcoólicos conhecidos. A doença periodontal encontrava-se descrita em 41,1% dos doentes. Dos 17 doentes, 5 tinham algum grau de imunossupressão subjacente, sendo que 2 apresentavam cancro do pulmão. O sintoma mais prevalente foi a tosse (94,1%, produtiva em 64,7% dos casos), seguindo-se a toracalgia (76,4%) e febre (70,5%). Como parte do diagnóstico imagiológico, todos os doentes realizaram TC torácica, estando a maioria dos abcessos localizado no pulmão direito (58,8%), sendo o lobo inferior o mais afectado (50%). 12 doentes foram submetidos a broncofibroscopia. No que toca a características microbiológicas, em 11 doentes não foram isolados microrganismos nos exames culturais. Dos isolamentos salientam-se: estirpes de MRSA nas hemoculturas de dois doentes; estirpe de *Klebsiella pneumoniae* nas secreções brônquicas de um doente; estirpe de *Pseudomonas aeruginosa* no lavado bronco-alveolar de um doente; e estirpe de *Streptococcus agalactiae* e de *Candida tropicalis* na expectoração de dois doentes. Todos os doentes foram submetidos a tratamento médico com antibioterapia empírica, sendo a mais frequente a associação de amoxicilina-ácido clavulânico com clindamicina (50%). De acordo com a resposta clínica do doente, houve necessidade de ajuste de terapêutica para piperacilina-tazobactam em 29,1%. A duração média total de tratamento em ambulatório foi de 5 semanas (2 – 12 semanas), sendo que 1 doente necessitou de drenagem torácica percutânea e 3 doentes de tratamento cirúrgico da lesão por falência de tratamento médico. Durante o internamento não se verificou nenhum óbito.

Conclusão: O abcesso pulmonar continua a ser uma patologia pouco frequente. Apesar da amostra ser pequena, os resultados encontrados estão de acordo com os descritos na literatura, nomeadamente nos fatores de risco como a patologia periodontal e o alcoolismo.

PE 101

NEUROPATIA BILATERAL ISOLADA DO FRÊNICO: UMA CAUSA RARA DE DISPNEIA

Autor do trabalho:

CARLOS COUTO

Hospital Garcia de Orta

Palavras-chave: NERVO FRÊNICO, DIAFRAGMA, DISPNEIA, VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA.

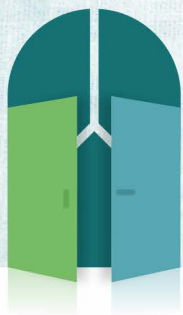
A disfunção diafragmática é uma causa incomum e subdiagnosticada de dispneia. Pode ser causada por doenças que afetam o sistema nervoso central e periférico, a junção neuromuscular e os músculos. Em doentes cujos exames imagiológicos revelem baixos volumes pulmonares, hiper-cápnia e ortopneia este diagnóstico deve ser considerado. O principal objetivo da terapêutica é a manutenção de uma ventilação adequada para evitar as consequências da hipoventilação crónica.

Doente do sexo masculino com 65 anos, ex-fumador sem antecedentes pessoais de relevo, incluindo ausência de traumatismo torácico, que foi referenciado para consulta de Pneumologia devido a ortopneia e dispneia mMRC1 com início agudo um ano antes. No momento em que iniciaram as suas queixas respiratórias o doente negou parestesias ou fraqueza dos membros superiores assim como presença de dor torácica ou cervical, referindo apenas episódios noturnos de parestesia na mão direita. O doente trazia uma radiografia de ambulatório que revelou baixos volumes pulmonares e elevação diafragmática bilateral. No exame objetivo constatou-se a presença de dessaturação em decúbito dorsal (SpO2 93%) com SpO2 normais (99%) em ortostatismo. A auscultação pulmonar revelou diminuição do murmúrio vesicular bibasal sem ruídos adventícios.

A TC de tórax revelou elevação simétrica de ambas as hem cúpulas diafragmáticas, causando diminuição da expansibilidade e consequente atelectasia a nível dos lobos inferiores. Não foram notadas lesões pulmonares. A gasimetria em ar ambiente excluiu a presença de hipercapnia. As provas de função pulmonar revelaram um padrão restritivo: capacidade vital funcional (CVF) de 1.92 litros correspondendo a 51.9% do previsto para a raça, altura, género e idade, volume expiratório forçado (FEV1) de 1.5 litros (51.9% do previsto), rácio FEV1/FVC de 0.79, Capacidade Pulmonar Total (CPT) de 78% do previsto, volume residual (VR) de 124% do previsto e pressão inspiratória máxima (PIM) de 43% do previsto.

A nível analítico não foram verificadas alterações na velocidade de sedimentação nem dos valores de anticorpos antinucleares, factor reumatóide ou enzima conversora de angiotensina. O screening para infeção por HIV e *Treponema pallidum* foi negativo.

A neurografia do nervo frénico revelou ausência de resposta à esquerda e diminuição grave da amplitude à direita, com latência moderadamente aumentada. A eletromiografia por agulha do diafragma não foi realizada. A eletroneuromiografia mostrou sinais compatíveis com síndrome do tunel cárpico ligeiro e excluiu outras mononeuropatias nos membros superiores, plexopatia braquial, polineuropatia, neuropatia motora e miopatia. A estimulação nervosa repetitiva excluiu disfunção significativa da placa neuromuscular. Diagnosticámos o nosso doente com neuropatia bilateral isolada do nervo frénico (NBIF). O doente foi referenciado para fisioterapia tendo para treino dos músculos inspiratórios com discreta melhoria



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

sintomática. Posteriormente foi prescrita VNI noturna com BIPAP®, que é uma modalidade terapêutica prática e confortável para o doente.

A paralisia bilateral do diafragma devida a NBIF é uma causa muito rara de insuficiência respiratória não esclarecida. Esta doença é geralmente crónica e tem um pior prognóstico, comparada com outras causas de patologia do nervo frénico. Ventilação não invasiva com pressão positiva binível pode restaurar a quase total qualidade de vida prévia do doente.

PE 102

REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA PROLONGADA: PARA QUE DOENTES?

Autor do trabalho:

ANDRÉ TERRAS ALEXANDRE

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

Co-Autores do trabalho:

PAULA ALMEIDA; PAULA SIMÃO

Palavras-chave: REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA; DPOC

Introdução: A Reabilitação Respiratória (RR) é uma intervenção com comprovado benefício em doentes com patologia respiratória crónica, reduzindo sintomas e aumentando a tolerância ao esforço e a qualidade de vida.

As normas orientadoras dos programas de RR referem 8 semanas como o período mínimo para obtenção de benefício, mas salvaguardam que os ganhos com programas mais longos parecem ser superiores. Face à impossibilidade de oferecer programas prolongados a todos os doentes, torna-se essencial perceber quem serão os mais beneficiados com a extensão da RR.

O objetivo deste trabalho é ilustrar o benefício de um programa prolongado de RR através de um caso clínico. É dada ênfase à avaliação clínica, estrutura do programa e evolução clínica e funcional ao longo do tratamento.

Caso Clínico: Doente do género masculino, comerciante, com 55 anos de idade, ex-fumador (70 UMA), com diagnóstico de DPOC estadio 4, grupo D do GOLD, tendo sido referenciado a programa de RR em 2005.

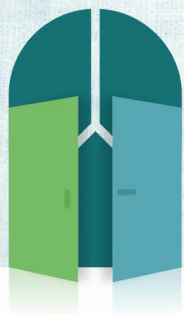
Avaliação inicial:

- TC torácica: enfisema centrilobular difuso;
- Estudo funcional respiratório: síndrome ventilatório obstrutivo grave e diminuição severa da capacidade de difusão de CO (FVC 71%, FEV1 36%, DLCO 39%);
- Gasometria arterial sem insuficiência respiratória;
- Prova de Marcha dos 6 Minutos (PM6M): 504 metros percorridos (85%), sem dessaturação;
- Ecocardiograma: hipertensão pulmonar moderada, sem outras alterações;
- Prova de esforço cardiorespiratória: 60 Watts, FC máxima 117 bpm (67%), VO2 860 ml/min.

Iniciou programa formal de RR, incluindo treino de exercício (endurance, resistência, treino dos membros superiores), otimização terapêutica e nutricional, e educação para a saúde.

Entre 2005 e 2012 cumpriu RR periódica bissemanal, tendo efetuado 12 períodos de treino, com duração mediana de 10 semanas por período (4-18). Ao longo desses 7 anos manteve declínio gradual, embora lento, da função respiratória (FEV1 em 2005: 36%; em 2012: 27%) com capacidade funcional preservada (distância percorrida PM6M em 2005: 504m; em 2012: 570m), tendo-se observado diminuição da frequência e gravidade das exacerbações.

A partir de 2013, por agravamento funcional e sintomático, iniciou RR contínua bissemanal, na tentativa de manutenção da atividade laboral e autonomia funcional. Exerceu atividade como comerciante até 2015.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

Em 2017 iniciou seguimento por Cuidados Paliativos e, pelo compromisso severo da função respiratória, suspendeu treino de exercício, mantendo apenas estimulação neuromuscular dos membros inferiores.

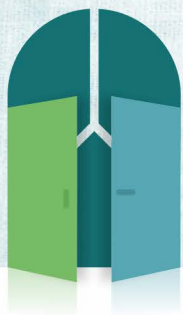
Atualmente, aos 69 anos de idade, 14 anos após ingressar no programa de RR, mantém autonomia parcial no autocuidado, que realiza sob técnicas de conservação de energia.

Conclusão: A inclusão do doente em programa prolongado de RR permitiu a manutenção de estabilidade funcional respiratória, redução do número e gravidade das exacerbações e uma capacidade funcional muito superior à expectável para a gravidade da patologia, que lhe permitiu manter atividade social e laboral até uma fase muito avançada da doença.

Um programa desta magnitude não será factível para um número significativo de doentes, pelo menos nos moldes clássicos dos programas de RR, mas será certamente benéfico em doentes que desejem manter atividade sociolaboral apesar das dificuldades inerentes à patologia, sendo este um caso de sucesso nesse sentido.

PE 103

RETIRADO



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 104

TERAPÊUTICA INALATÓRIA - A REALIDADE NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL SOUSA MARTINS

Autores do trabalho:

SONIA RAMALHO; GRAÇA CUNHA

Serviço de Pneumologia Hospital Sousa Martins – ULS Guarda EPE

Palavras-chave: TERAPÊUTICA INALATÓRIA; ASMA; DPOC; OTIMIZAÇÃO

Introdução: A via inalatória é a via preferencialmente recomendada para administração de terapêutica no tratamento de doenças do foro respiratório. Este facto tem-se traduzido num aumento da sua prescrição e investimento no desenvolvimento de novos fármacos e dispositivos. A nível internacional e nacional têm sido elaborados consensos e recomendações no sentido de promover as boas práticas nesta área. Contudo vários estudos continuam a demonstrar/evidenciar a utilização incorreta dos dispositivos de inalação e a não adesão à terapêutica, com influência francamente negativa na eficácia dos fármacos inalados e consequentemente na qualidade de vida dos utentes.

Objetivo: Identificar as dificuldades concretas dos utentes num serviço de internamento, no que concerne à manipulação dos dispositivos e concretização da técnica inalatória.

Metodologia: Estudo descritivo transversal.

Amostra não probabilística por conveniência.

Critérios de inclusão: internamento no serviço de Pneumologia do hospital Sousa Martins ano 2019; diagnóstico de DPOC ou asma que realizem terapêutica inalatória no domicílio; capacidade de perceber os objetivos do estudo e aceitem fazer parte do mesmo.

Colheita de dados: formulário (com questões sócio-demográficas e clínicas), e grelhas de observação (check-lists de manipulação de dispositivos inalatórios e técnica inalatória).

Resultados: Amostra: 29 utentes, 23 do género masculino e 6 do género feminino.

Idades variam entre 20 e 81 anos, com um valor médio de 68 anos.

Diagnóstico clínico: 8 diagnóstico de asma e 22 diagnóstico de DPOC.

Período de tempo atuais inaladores: 20 utentes realizam inaladores há mais de 24 meses; 4 utentes entre 12- 24 meses; 3 utentes entre 6-12 meses e 2 utentes há menos de 6 meses.

Tipo de inaladores: 23 utentes têm prescritos inaladores de pó seco; 3 doentes inaladores pressurizados doseáveis e 3 utentes inaladores de pó seco e solução para inalação por nebulização.

Número de dispositivos inalatórios: 1 utente manipula 3 dispositivos inalatórios diferentes, 16 utentes 2 dispositivos inalatórios e 12 utentes 1 dispositivo inalatório.

Ensino e instrução:

- 27 utentes referem ter sido ensinados/instruídos acerca dos inaladores mas destes apenas 2 preparam corretamente os dispositivos e respeitam todos os passos da técnica, 25 cometem pelo menos um erro na utilização dos dispositivos e/ou técnica inalatória;

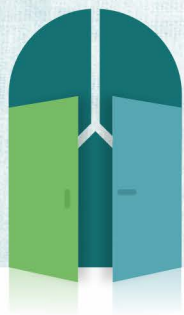
- 2 utentes referem nunca ter tido qualquer tipo de ensino ou instrução sobre terapêutica inalatória. Um deles admite não cumprir a prescrição e na avaliação prática não prepara adequadamente o dispositivo nem realiza a técnica inalatória de forma correta. O outro refere cumprir a

prescrição, prepara adequadamente o dispositivo mas não realiza a técnica inalatória de forma correta.

Os erros mais comuns foram:

- não libertação das patilhas dos dispositivos após perfuração da cápsula;
- não realização de uma expiração lenta total ou quase total, e não realização de apneia após inalação (técnica).

Conclusão: Apesar de algumas limitações, os resultados deste estudo ainda a decorrer, parecem confirmar a necessidade de sensibilização para esta temática, e permitem conhecer de forma mais pormenorizada algumas dificuldades dos utentes. No futuro constituirão uma base para o planeamento e implementação de estratégias concretas que favoreçam a adesão e otimizem a aprendizagem sobre dispositivos/terapêutica inalatória.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 105

TREINO DE MÚSCULOS INSPIRATÓRIOS EM DOENTES NEUROMUSCULARES: UM ESTUDO PILOTO

Autor do trabalho:

BRUNO CABRITA

Hospital Pedro Hispano

Co-Autores do trabalho:

SÍLVIA CORREIA; GRACIETE LUIS; ZITA CAMILO; JORGE FERREIRA;
PAULA SIMÃO

Palavras-chave: INSPIRATÓRIOS; TREINO; NEUROMUSCULAR; REABILITAÇÃO

Objetivos: As doenças neuromusculares representam um grupo de patologias que inclui a distrofia muscular, lesões ou atrofia da medula espinhal, a esclerose lateral amiotrófica e paralisia do nervo frênico. Pode afetar 1 em cada 3.500 pessoas, manifestando-se durante a infância ou posteriormente ao longo da vida. Os doentes têm risco aumentado de morbilidade e mortalidade, sobretudo devido ao impacto no sistema respiratório. O compromisso diafragmático e dos músculos respiratórios tem um impacto fulcral pois condiciona complicações respiratórias severas, incluindo redução dos volumes pulmonares (capacidade vital), diminuição da expansão e mobilidade torácicas, compromisso da ventilação alveolar, diminuição da eficácia da tosse e remoção de secreções com risco aumentado de infeções respiratórias e atelectasia, e também contribui para insuficiência respiratória crónica com morte prematura. Com este estudo piloto, procurámos avaliar os benefícios do treino de músculos inspiratórios (TMI) em doentes neuromusculares e a sua adesão ao treino. Também avaliamos a possibilidade de desenvolver um estudo prospetivo de maiores dimensões.

Métodos: Realizámos um estudo prospetivo com dois doentes neuromusculares com pressão inspiratória máxima (PIM) diminuída (<60cmH2O), selecionados a partir da consulta de Pneumologia. Desenvolvemos um protocolo de TMI com 6 meses de duração, utilizando o dispositivo Powerbreathe Medic Classic® para realização do treino. Ambos os doentes começaram o treino com baixa resistência (20% PIM) e progrediram de acordo com a sua tolerância. A função dos músculos respiratórios (pressões inspiratórias e expiratórias máximas (PIM e PEM) e peak cough flow (PCF)) foram avaliados no início do protocolo, após 3 e 6 meses de treino, para comparação. Os doentes foram avaliados mensalmente em consulta externa, tendo sido solicitado que mantivessem um registo diário do seu treino e sintomas.

Resultados: PIM e PCF melhoraram em ambos os doentes após 3 meses de treino, e o doente 2 teve ainda melhoria na PEM. Contudo, após 6 meses de treino, apenas o doente 1, que teve maior adesão (96% de treino completo), terminou o protocolo a treinar a 80% da PIM e melhorou a PIM (+38.6%) e PCF (+34.3%). O doente 2 completou 81.9% do treino, terminou o protocolo a treinar a 50% da PIM e apenas teve benefício na PCF (+30.8%). Parâmetros na gasometria arterial tiveram pequenas variações, sem impacto clínico significativo. Este protocolo foi seguro e não teve efeitos adversos dele decorrentes.

Conclusões: Este estudo piloto mostrou que o TMI é um complemento seguro para o tratamento de doentes neuromusculares e teve resultados promissores na reabilitação dos músculos respiratórios. Um estudo de maiores dimensões é necessário e possível de realizar para validação destes benefícios.

PE 106

UMA DOENÇA RARA MASCARADA DE ASMA – UM “DISFARCE” COMUM DA TOSSE CRÓNICA

Autor do trabalho:

TERESA PEREIRA RODRIGUES

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

PAULA CAMPOS; ANALISA RIBEIRO

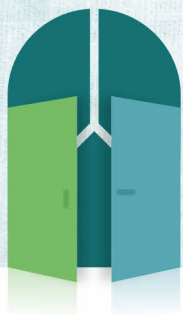
Palavras-chave: DIPNECH, CARCINÓIDE, TOSSE CRÓNICA

Apresentamos dois casos de tosse crónica erroneamente diagnosticados como asma, uma doença confundida com muitas entidades comuns. Mas os casos que se seguem pertencem a uma situação rara, para a qual queremos aumentar o alerta.

O primeiro refere-se a uma mulher não fumadora com diagnóstico de asma mal controlada que, no seguimento de uma pneumonia aos 58 anos, fez uma TC torácica. Esta revelou padrão de atenuação em mosaico e múltiplos nódulos dispersos. Realizou broncofibroscopia, cujos produtos foram negativos para células neoplásicas. Manteve vigilância com TC anual, permanecendo estável durante os 5 anos seguintes, altura em que se verificou aumento do número e tamanho dos nódulos pulmonares. Realizou ressecção em cunha dos 2 nódulos de maiores dimensões, cujo resultado histológico foi tumor carcinóide atípico. Completou 4 ciclos de quimioterapia adjuvante com octreótido e manteve vigilância com TCs seriadas. Apesar de apresentar estabilidade imagiológica, mantinha tosse diária. As provas de função respiratória (PFR) eram normais. Foi então que na última TC, 3 anos após a cirurgia, se levantou a hipótese de hiperplasia idiopática difusa de células neuroendócrinas pulmonares (DIPNECH). Foi feita revisão histológica do pulmão ressecado, que confirmou este diagnóstico, ao mostrar bronquiólite constritiva e hiperplasia de células neuroendócrinas.

O segundo caso refere-se a uma mulher ex-fumadora (carga tabágica 15 UMA), com tosse crónica desde os 53 anos de agravamento progressivo, diagnosticada como asma. Nas PFR tinha uma alteração ventilatória obstrutiva. Aos 58 anos, no seguimento de hepatite, realizou TC toracoabdominal que revelou micronódulos dispersos em ambos os campos pulmonares e padrão em mosaico. Repetiu TC após 2 meses, que mostrou um novo nódulo em vidro despolido. Este foi ressecado e a histologia revelou tratar-se de um tumor carcinóide, rodeado por focos de hiperplasia de células neuroendócrinas e bronquiólite constritiva, compatível com DIPNECH.

A DIPNECH é uma condição benigna rara, descrita pela primeira vez por Aguayo et al em 1992. É definida pela OMS como proliferação generalizada de células isoladas dispersas, pequenos nódulos ou proliferação linear de células neuroendócrinas pulmonares que podem estar confinadas ao epitélio brônquico, desenvolver invasão extraluminal local (tumorslets), ou desenvolver tumores carcinóides (diâmetro >5mm). Apenas uma minoria dos tumores carcinóides se associam a DIPNECH. É assumida como sendo uma lesão pré-maligna. É acompanhada frequentemente por bronquiólite constritiva devido a inflamação crónica e fibrose. O diagnóstico é histológico.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

A maioria dos casos ocorre em mulheres não fumadoras na sexta década de vida. Manifesta-se por dispneia de esforço e tosse seca crónica – conduzindo com frequência ao diagnóstico de asma ou doença do refluxo gastro-esofágico. As PFR podem ser normais, apresentar alteração obstructiva, restritiva ou mista. Nalguns doentes o diagnóstico é incidental. Em muitos, é feito no contexto de tumor carcinóide. Os achados típicos da TC são padrão de atenuação em mosaico, air trapping e múltiplos nódulos disseminados.

Em geral tem bom prognóstico. Não há recomendações estabelecidas sobre o tratamento. Nos doentes assintomáticos recomenda-se vigilância. Nos doentes sintomáticos, o mais eficaz parece ser corticoterapia sistémica e análogos da somatostatina. Os broncodilatadores em geral têm pouco efeito.

PE 107

PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE OCUPACIONAL A DIISOCIANATOS – REFINANDO O DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE DOENÇA OCUPACIONAL.

Autor do trabalho:

ANDRÉ MARTINS SANTOS

CHBV – Hospital de Aveiro

Co-Autores do trabalho:

LÍLIA ANDRADE; FERNANDO MAUTEMPO; PEDRO GONÇALO FERREIRA

Palavras-chave: PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE; DIISOCIANATOS

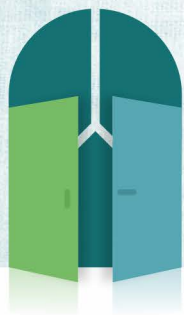
Introdução: A Pneumonite de Hipersensibilidade (PH) é uma síndrome complexa desencadeada pela inalação recorrente e prolongada de múltiplas partículas antigénicas em indivíduos previamente sensibilizados. O seu polimorfismo clínico torna frequentemente o seu diagnóstico um verdadeiro desafio. Ainda que algumas formas de PH sejam imputáveis a exposições recreacionais ou domésticas, atualmente a maioria dos diagnósticos resulta de exposições ocupacionais.

Caso Clínico: Mulher de 57 anos, com antecedentes de tumor carcinóide do cólon excisado em 1996, nefrolitíase e DM tipo 2. Funcionária em fábrica de pavimentos e revestimentos cerâmicos entre 1991 e 2017, inicialmente como operadora de prensa e depois na aplicação de colas e silicões em pavimentos. Referenciada em 2011 à consulta de Pneumologia com queixas de dispneia de esforço insidiosa com 12 anos de evolução, associada a tosse seca irritativa e sibilância ocasional, objetivando-se presença auscultatória de ferveores crepitantes inspiratórios basais bilaterais. Apresentava em TCAR um padrão de atenuação em mosaico difuso, com áreas de hiperatenuação em vidro despolido e alterações de encarceramento aéreo lobular e alguns aspetos de reticulação subpleural. Limitação funcional restritiva com FVC de 49.2% e com uma DLCOsb 49.3%. O LBA evidenciou contagem total de 480.000 céls/mL com uma linfocitose de 55% (ratio CD4/CD8 0.67). Realizada biópsia pulmonar que demonstrou granulomas de células gigantes multinucleadas mal-definidos, hiperplasia BAL, histiócitos com pigmento antracótico e pequenas partículas birrefringentes. O enquadramento diagnóstico inicial acabou por ser de Silicose Crónica, tendo o caso tido validação junto do DPRP.

Nos 2 anos subsequentes, verificou-se deterioração progressiva clínica e funcional, mantendo igual padrão radiológico de atenuação em mosaico, vindo a ser tratada sob regime terapêutico anti-inflamatório sistémico.

Acabou por ser referenciada para consulta de Pneumologia/Interstício do CHBV. Considerou-se que o padrão radiológico, dados imunológicos e achados histológicos não eram consentâneos com o diagnóstico prévio de Silicose. Após revisão integrativa do estudo complementar, histologia pulmonar e ficha informativa de segurança da cola utilizada e após discussão multidisciplinar, o seu diagnóstico foi retificado para PH (Subaguda) a diisocianatos. O componente de exposição inalatória a sílica foi interpretado como um fenómeno secundário.

A doente foi afastada do seu local de trabalho, foi pedida recertificação da sua doença profissional, operado um reajuste da sua terapêutica imunomoduladora (prednisolona e micofenolato de mofetil) com ativação de oxigenoterapia de deambulação e referência para programa de reabilitação respiratória.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

Conclusão: Ilustramos o caso de uma operária fabril com várias exposições inalatórias simultâneas, inicialmente gerida sob um diagnóstico incorreto de pneumoconiose fibrogénica. Apesar da exposição a silicatos, a exposição simultânea a diisocianatos (colas de poliuretano) teve primazia como agente indutor de doença, neste caso sob a forma de PH ocupacional.

Sendo uma doença respiratória frequente a nível industrial mas frequentemente subdiagnosticada, a hipótese de PH deve ser considerada perante casos de doença difusa em trabalhadores. Nesse contexto, a colheita detalhada da anamnese ocupacional, doméstica e recreacional do doente é fundamental, por forma a avaliar com inteireza todo o leque de possíveis exposições correlacionáveis, em paralelo com os exames complementares habitualmente tidos como necessários para a sua confirmação.

PE 108

CASO DE SÍNDROME DE DISFUNÇÃO REATIVA DAS VIAS AÉREAS POR ACIDENTE FABRIL

Autor do trabalho:**ANDRÉ MARTINS SANTOS**

CHBV – Hospital de Aveiro

Co-Autores do trabalho:**FERNANDO MAUTEMPO; PEDRO GONÇALO FERREIRA**

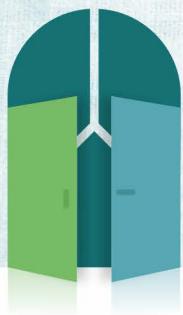
Palavras-chave: SDRVA

Introdução: A Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDRVA) pode ser considerada um subtipo de asma induzida por irritantes que tem a particularidade de surgir após uma exposição inalatória de elevada intensidade a um composto irritante em alta concentração, frequentemente em ambiente laboral. Distingue-se da verdadeira asma ocupacional pelo surgimento de sintomas nas primeiras 24h após um evento expositivo único, dispensando a existência do período de latência significativo observável nos casos de asma imunomediada.

Caso Clínico: Homem de 56 anos, fumador de 30 UMA, desempregado e antigo trabalhador na indústria corticeira. Referenciado à consulta de Pneumologia com informação de DPOC, apresentava queixas de dispneia de esforço grau 2 mMRC, tosse crónica por vezes produtiva com expectoração mucóide e sibilância recorrente com padrão circadiano distintivo, em evolução nos últimos 17 anos. Após cuidadosamente inquirido, o doente reportou ter estado envolvido em acidente fabril com elevada exposição a vapor de cola durante várias horas no ano de 2000, associando este evento ao início da sintomatologia respiratória. Vinha sendo medicado com B2 agonista de longa duração de ação e anti-muscarínico de longa duração de ação com B2 agonista de curta ação em regime de SOS, documentando-se 3 episódios consentâneos com exacerbações no ano anterior.

Auscultatoriamente apresentava em consulta atenuação global dos sons respiratórios com tempo expiratório aumentado. Telerradiografia do tórax sem alterações pleuro-parenquimatosas. Dados os antecedentes profissionais, foi solicitada tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) que mostrou nódulo sólido espiculado de 6 mm no lobo superior esquerdo, merecedor de vigilância longitudinal, sem alterações intersticiais. A nível funcional com uma síndrome obstrutiva ligeira, normalizável após broncodilatador, com prova de broncodilatação largamente positiva [Δ FEV1 31.3% (680 mL)] e uma DLCOsb de 92% previsto. Foi retificado o diagnóstico para SDRVA tendo a sua terapêutica sido ajustada com introdução de corticosteróide inalado.

Conclusão: Os doentes que vêm a demonstrar SDRVA manifestam tipicamente dispneia, sibilância, tosse e opressão torácica nas primeiras 24h após a inalação do irritante, acompanhando outros sintomas irritativos oculares e das membranas mucosas. O seu prognóstico é variável podendo ocorrer remissão clínica nos primeiros meses ou evoluir como uma condição asmatiforme irreversível. Na ausência de melhor evidência, a abordagem terapêutica é feita de forma similar à asma brônquica podendo, contudo, existir menor grau de resposta aos B2 agonistas. O diagnóstico é frequentemente retrospectivo, tardio e dificultado pela dificuldade de avaliação precisa da intensidade da exposição, pela habitual



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

ausência de dados de função respiratória normal prévios ao episódio e pela maior frequência de casos de asma imunomediada.

Do ponto de vista de higiene ocupacional, a prevenção deste tipo de casos passa pela diminuição do uso de agentes irritantes em ambiente laboral, pelo controlo dos níveis de exposição através de barreiras de contenção, ventilação adequada, uso de equipamento de proteção individual, monitorização de determinados locais com sistemas de alarme e ações de formação aos trabalhadores.

PE 109

PULMÃO EM TEMPESTADE DE AREIA**Autor do trabalho:****MARIA INÊS MATIAS**

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

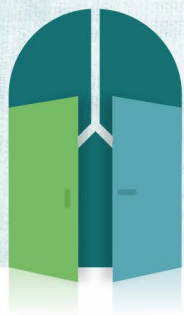
Co-Autores do trabalho:**T. M. ALFARO; S. FREITAS; C. R. CORDEIRO**

Palavras-chave: MICROLITÍASE ALEOLAR PULMONAR, CALCIFICAÇÕES PULMONARES

Introdução: A microlitíase alveolar pulmonar (MAP) é uma doença pulmonar genética caracterizada pela deposição de fosfato de cálcio nos espaços alveolares do pulmão. É uma doença rara, com menos de 800 casos reportados na literatura mundial. À medida que progride, podem surgir sintomas como dispneia e tosse seca. O diagnóstico pode ser estabelecido com base nas características imagiológicas. Os autores apresentam 1 caso clínico de microlitíase alveolar pulmonar diagnosticada aos 85 anos de idade.

Caso clínico: Doente de 85 anos do sexo masculino, raça caucasiana, agricultor reformado, apresentava quadro clínico de dispneia e tosse seca com 4 semanas de evolução. Tinha antecedentes de hipertensão arterial e hiperplasia benigna da próstata, medicado cronicamente com perindopril e tansulosina. Sem hábitos tabágicos, mas com contactos com resina no passado. Sem alergias conhecidas. Ao exame físico observavam-se crepitações bilaterais à auscultação pulmonar e edemas dos membros inferiores. Analiticamente foi detetada hiponatremia enquanto que a radiografia do tórax revelou opacidades micronodulares densas e dispersas bilateralmente, apagando as silhuetas cardíaca e diafragmática. A gasometria em ar ambiente não apresentava alterações. A TC de alta resolução revelou ectasia da artéria pulmonar (32mm), pequenas áreas de enfisema e inúmeras calcificações bilaterais com distribuição intra-alveolar e septal com tendência à confluência, sugerindo microlitíase alveolar. As provas de função pulmonar revelaram um distúrbio misto com uma capacidade de difusão de monóxido de carbono muito diminuída. Não foram realizados procedimentos invasivos pela aparência radiológica típica. O doente iniciou furoato de fluticasona /vilanterol e mantém seguimento em Pneumologia com tosse esporádica.

Conclusão: A microlitíase alveolar pulmonar é uma doença rara cujo diagnóstico pode ser estabelecido com base nas características imagiológicas. Tipicamente apresenta um padrão micronodular fino (lembrando areia), com predomínio nas bases pulmonares. Na literatura, o diagnóstico foi determinado por biópsia em cerca de 46.9% dos casos, provavelmente pelo desconhecimento da patologia pelos clínicos. O diagnóstico diferencial inclui proteinose alveolar pulmonar, sarcoidose, silicose, hemossiderose pulmonar, amiloidose e calcificações metastáticas na doença renal crónica. O prognóstico da MAP é incerto e o tratamento é de suporte nomeadamente oxigenioterapia. Os autores pretendem alertar para esta patologia rara, a suas características imagiológicas típicas bem como o seu diagnóstico diferencial.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 110

SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO TRIPLO POSITIVO – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Autor do trabalho:

SARA RAIMUNDO

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

Co-Autor do trabalho:

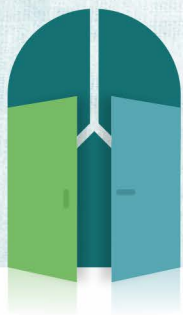
ANA ISABEL LOUREIRO

Palavras-chave: SÍNDROME ANTI-FOSFOLIPÍDICO; TROMBOEMBOLISMO PULMONAR;

Caso clínico: Sexo masculino, 20 anos. Fumador ativo. Sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por vômitos, diarreia e lombalgia direita com irradiação para a região inguinal direita com uma semana de evolução. Analiticamente apresentava leucocitose ($13.700 \times 10^3/\mu\text{L}$) e elevação da PCR (15,84 mg/dL). Foi assumido um diagnóstico de gastroenterite aguda e cólica renal e iniciado tratamento sintomático e ciprofloxacina. Três dias depois regressou ao SU por tosse produtiva hemoptoica e toracalgia desde há 2 dias. Apresentava agravamento da PCR (29,90 mg/dL) e a radiografia torácica mostrava uma opacidade na base pulmonar direita. Foi assumido um diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) e mudada a antibioterapia para levofloxacina. Após uma semana, regressou ao SU por quadro de febre, dispneia, astenia e anorexia. Objetivamente encontrava-se subfebril e apresentava diminuição do murmúrio vesicular na base pulmonar direita. A TC torácica mostrou “várias áreas de consolidação no pulmão direito com distribuição periférica subpleural, algumas com sinal do atol.” Foi assumido novamente o diagnóstico de PAC e iniciada doxiciclina e cefuroxima. Por ausência de melhoria clínica, recorreu a médico particular e iniciou corticoterapia sistémica com melhoria. Tendo em conta a ausência de resposta à antibioterapia e a melhoria com a corticoterapia, foi admitido o diagnóstico de pneumonia organizativa e a corticoterapia mantida. No entanto, após 15 dias, apesar da melhoria clínica, surgiram novas opacidades na radiografia torácica. Por esse motivo foi submetido a broncofibroscopia com lavado broncoalveolar (LBA) e biópsia transtorácica. Cerca de 10 dias depois, o doente foi novamente avaliado em consulta externa, altura em que referiu dor na região poplíteia esquerda que impossibilitava a deambulação sem apoio de muletas com cerca de uma semana de evolução. Adicionalmente, o LBA não revelou alterações de relevo e a biópsia mostrou lesões focais de necrose no parênquima pulmonar. Tendo em conta os sintomas de novo e os achados da biópsia pulmonar, foi enviado ao SU onde realizou angio-TC que revelou “defeitos de preenchimento na porção distal da artéria pulmonar direita e os seus ramos lobares e segmentares nos lobos superior, médio e inferior, compatíveis com tromboembolismo pulmonar (TEP) não recente, além de densificações irregulares com cavitação central nos lobos direitos, provavelmente correspondentes a áreas de enfarte pulmonar.” Realizou também eco-doppler do membro inferior esquerdo que mostrou “trombose venosa profunda com coágulo visível a preencher o lúmen das veias femoral superficial, poplíteia, tibial posterior e safena externa, provavelmente não recente”. O doente iniciou anticoagulação e posteriormente foi-lhe diagnosticado síndrome anti-fosfolipídico (SAF) triplo positivo (positividade

persistente após 12 semanas para anticoagulante lúpico, anticorpos anti-cardiolipina e anti- β 2glicoproteína I).

Conclusão: É fundamental lembrar que o TEP e o SAF podem ter apresentações inesperadas e como o primeiro pode ocorrer em qualquer idade e o último, embora mais comum em mulheres, pode também ocorrer em homens. Um elevado nível de suspeição é essencial para que seja possível um diagnóstico correto e atempado.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 111

UMA CAUSA RARA DE DERRAME PLEURAL**Autor do trabalho:****JOANA FERRA**

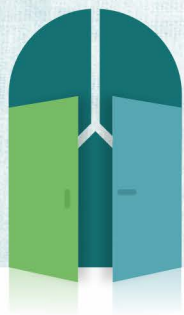
Serviço de Pneumologia, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Co-Autores do trabalho:**SANDRA ANDRÉ; FERNANDO NOGUEIRA****Palavras-chave:** DERRAME PLEURAL, LINFOMA PRIMÁRIO DAS SEROSAS, IMUNOCOMPETENTE

Introdução: Várias hipóteses diagnósticas devem ser consideradas na investigação etiológica de derrames pleurais, sendo que estes podem ser causados por patologia pulmonar e pleural intrínseca ou constituírem uma manifestação de doenças sistêmicas. A determinação da sua etiologia é essencial uma vez que irá determinar a estratégia terapêutica. Os autores apresentam o caso de um doente com uma causa rara de derrame pleural.

Caso Clínico: Doente de 77 anos, sexo masculino, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e hipertrofia benigna da próstata. Internamento na Unidade de Cirurgia Cardíaca em Novembro de 2018 por pré-tamponamento cardíaco tendo sido submetido a pericardiocentese com saída de 1250 mL de líquido sero-hemático. A citologia do líquido pericárdico foi negativa para células neoplásicas; exames bacteriológico e micobacteriológico negativos. O ecocardiograma após procedimento não revelou alterações da função nem se verificou recrudescimento do derrame pericárdico. Seis meses depois recorre ao Serviço de Urgência por dispneia de agravamento progressivo, negando febre, tosse ou expectoração. Analiticamente sem alterações relevantes. Radiografia de tórax: hipotransparência na metade inferior do hemitórax esquerdo compatível com derrame pleural (não presente à data de alta do internamento). Realizada toracocentese diagnóstica e evacuadora. O exame citoquímico do líquido pleural revelou tratar-se de um exsudado. Exames bacteriológico e micobacteriológico negativos. Exame citológico: 13590 células/uL: neutrófilos 4%, linfócitos 6%, eosinófilos 5%, monócitos/macrófagos 17%, outras células 68% (células de morfologia linfóide, de núcleo irregular, a caracterizar por Imunofenotipagem/ Anatomia Patológica). Imunofenotipagem: 83.6% de células patológicas, com fenótipo que pode ser compatível com linfoma primário de serosas. Citologia de líquido pleural: Células linfóides atípicas, compatível com linfoma não Hodgkin B de grandes células, primário das serosas. Foram realizadas também biópsias pleurais, cuja resultado anatomo-patológico mostrou sinais de pleurite crónica. Perante este diagnóstico o doente foi encaminhado para Consulta de Hematologia e solicitada TC cervico-toraco-abdomino-pélvico que excluiu envolvimento ganglionar ou de outros órgãos pelo processo linfomatoso. Biópsia óssea medular: representação das três séries sem alterações significativas; sem infiltrados patológicos. Do restante estudo etiológico destaca-se serologias para HIV e hepatite B e C negativas. Dado o diagnóstico de linfoma primário das serosas iniciou quimioterapia com R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina, prednisolona). Até ao diagnóstico definitivo e início de quimioterapia, o doente necessitou de mais 2 toracocenteses para alívio sintomático. Após início de quimioterapia verificou-se estabilidade do derrame pleural, mantendo seguimento em consulta de Hematologia.

Conclusão: O linfoma primário das serosas é uma entidade patológica individualizada, sendo que o seu diagnóstico se baseia essencialmente na análise do líquido da cavidade serosa (neste caso pleural) por imunofenotipagem e análise anatomo-patológica, excluindo-se envolvimento ganglionar ou de outros órgãos pelas células malignas. O linfoma primário das serosas trata-se de um tipo pouco frequente de linfoma não Hodgkin, afetando essencialmente indivíduos imunocomprometidos. Os autores descrevem este caso por se tratar de uma causa rara de derrame pleural e de uma patologia pouco frequente no doente imunocompetente, havendo poucos casos descritos na literatura.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 112

ETIOLOGIA INCOMUM DE QUILOTÓRAX**Autor do trabalho:****INÊS RODRIGUES**

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Co-Autores do trabalho:**ANA CLÁUDIA PIMENTA; BEBIANA CONDE; RAFAEL NOYA; ANA FERNANDES****Palavras-chave:** QUILOTÓRAX; TERAPEUTICA DE SUPORTE; CARCINOMA DO OVÁRIO

Introdução: O quilotórax resulta da acumulação de linfa no espaço pleural devido a lesão ou obstrução do ducto torácico, e representa cerca de 2-3% de todos os derrames pleurais. O linfoma é a causa oncológica mais comum, mas em raros casos outras neoplasias podem estar na sua origem.

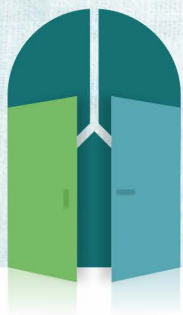
Caso Clínico: Mulher de 56 anos, autónoma nas AVD's. Antecedentes de carcinoma seroso pouco diferenciado de alto grau do ovário, com metastização epiploica e peritoneal, diagnosticado em 2014. Foi interveniada cirurgicamente e realizou vários ciclos de quimioterapia, de acordo com a evolução da doença, tendo terminado ciclo com Nab-Paclitaxel em dezembro de 2018.

Em fevereiro de 2019, a Ressonância Magnética abdomino-pélvica de controlo evidenciou nova progressão da doença, com aumento dimensional de conglomerado adenopático retroperitoneal. Iniciou então novo esquema de quimioterapia com carbaplatino, que foi suspenso em abril por reação de hipersensibilidade ao fármaco, o que conduziu ao retatamento com Nab-Paclitaxel por não existirem outras alternativas terapêuticas.

No início de junho, após consulta de Oncologia, é admitida no internamento por agravamento da dispneia para pequenos esforços. A TC torácica, para além de múltiplas adenopatias supraclaviculares, axilares, mediastínicas e hilares bilaterais, evidenciava um volumoso derrame pleural esquerdo. Analiticamente apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios. Foi pedida colaboração de Pneumologia, que realizou toracocentese diagnóstica, com saída de líquido macroscopicamente leitoso e muito espesso, o que impossibilitou a caracterização do pH e a contagem diferencial de células. Assim, avançou-se de imediato para colocação de dreno torácico, com drenagem total de 2700mL. Foi possível realizar estudo bioquímico do líquido, que evidenciou um exsudado pelos critérios de Light, com glicose: 89mg/dL, LDH: 252mg/dL, proteínas totais: 42g/dL e triglicérideos: 3614mg/dL (valor sérico: 210mg/dL), compatível com o diagnóstico de quilotórax.

Pela impossibilidade de realizar novo esquema de quimioterapia, optou-se por terapêutica de suporte, com dieta rica em triglicérideos de cadeia média e pobre em gorduras, assim como terapêutica com octreotido. Nos dias subsequentes ao início do tratamento apresentou agravamento do estado geral, como depressão do estado de consciência e posteriormente quadro de dessaturação e agitação psicomotora, pelo que se optou pela otimização de medidas de conforto, tendo a doente vindo a falecer em escassos dias.

Conclusões: O quilotórax secundário ao carcinoma do ovário é uma entidade rara, com poucos casos descritos na literatura. O tratamento da doença oncológica de base, quando possível, é uma componente essencial na resolução deste tipo de derrames, podendo ser complementado com outro tipo de medidas, como dieta específica, drenagem torácica, terapêutica com somatostatina ou octreotido ou mesmo abordagem cirúrgica.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 113

LIPOMA PLEURAL: UM ACHADO RARO

Autor do trabalho:

MARIANA SERINO

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João, Porto, Portugal

Co-Autores do trabalho:

JOSÉ MIGUEL JESUS; MAFALDA VAN ZELLER; DAVID ARAÚJO

Palavras-chave: LIPOMA PLEURAL; BENIGNO; DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

Introdução: Os lipomas são tumores mesenquimatosos, benignos, comuns na idade adulta. Não obstante, lipomas de localização pleural são extremamente raros, sendo geralmente lesões estáveis, de crescimento lento, assintomáticas e acidentalmente descobertos.

Caso clínico Homem de 54 anos, ex-fumador, submetido a exérese de lipomas axilares em Janeiro de 2019, foi observado em consulta externa de Pneumologia Geral, após ter sido detetada hipotransparência sugestiva de lesão nodular em radiografia de tórax pré-operatória. A tomografia computadorizada (TC) do tórax posteriormente realizada revelou "lesão ovóide de sede pleural com 4,5 cm de diâmetro ântero-posterior x 3,8 cm transversal x 3,5 cm de diâmetro longitudinal, de baixa densidade, na região médio-torácica direita, sub-costal, sugestiva de lesão lipomatosa, sem componente parenquimatosa, sem invasão da grade costal". O doente não apresenta qualquer sintoma constitucional ou do foro respiratório, nem queixas locais. A TC de tórax de reavaliação em Maio de 2019, discutida com especialidade de Radiologia, confirmou a lesão e revelou estabilidade morfológica e dimensional da mesma. Portanto, assumido diagnóstico de lipoma pleural. Dado o indivíduo estar assintomático, optou-se por atitude conservadora e de vigilância da lesão e suas potenciais complicações.

Conclusão: O diagnóstico dos lipomas pleurais requer habitualmente confirmação histopatológica. No entanto, em indivíduos assintomáticos, perante características radiológicas típicas e consistentes com o diagnóstico, a confirmação histológica pode ser obviada. Neste âmbito, a discussão multidisciplinar assume um papel importante, uma vez que auxilia na destrição etiológica das lesões e evicção de procedimentos invasivos e suas complicações.

PE 114

PNEUMOTÓRAX SECUNDÁRIO – UM CASO DE ENDOMETRIOSE TORÁCICA

Autor do trabalho:

CARINA RÔLO SILVESTRE

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Oeste – Torres Vedras

Co-Autores do trabalho:

RICARDO CORDEIRO; DANIEL DUARTE; JOÃO EUSÉBIO; CARLA CARDOSO; TERESA FALCÃO; ANTÓNIO DOMINGOS

Palavras-chave: PNEUMOTÓRAX; CATAMÉNIO; ENDOMETRIOSE.

Introdução: A endometriose é uma doença caracterizada pela presença de tecido endometrial ectópico. O envolvimento torácico é a localização extra-pélvica mais comum.

O pneumotórax catamenial é uma entidade rara, que ocorre nas primeiras 72 horas do período menstrual.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 36 anos, assistente social, não fumadora, com história pessoal de bradicardia sintomática com episódios de síncope sob investigação. Gesta 1/ Para 1/Abortos 0. Desde há uns anos com queixas mensais, durante o cataménio, de omalgia direita associada a intolerância ao esforço.

Medicada em ambulatório com pílula anticoncepcional.

Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro, de dificuldade respiratória, de início súbito, em repouso, que surgiu no primeiro dia do cataménio, cansaço fácil e omalgia direita, de intensidade crescente (9/10), intermitente, com irradiação à parede torácica anterior e posterior de características pleuríticas. Agravava com o decúbito e melhorava com anti-inflamatórios orais, com 4 dias de evolução, Negava febre, tosse, expetoração, hemoptises e trauma.

Ao exame objetivo: apirética, TA 130/70mmHg, FC 90bpm, eupneica, SpO2 em ar ambiente de 97%. À auscultação pulmonar, com diminuição do MV à direita e hiperressonância à percussão. Sem outras alterações relevantes.

Dos meios completos de diagnóstico realizados, analiticamente sem alterações relevantes.

Radiografia de tórax: hipertransparência do 1/3 superior do hemitórax direito, sem desvio da traqueia, compatível com pneumotórax.

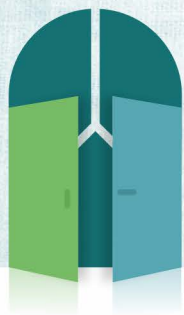
Foi colocada drenagem subaquática no 8º espaço intercostal direito na linha médio axilar.

Realizou TC tórax que revelou fina lâmina de pneumotórax apical à direita. Dreno pleural à direita e pequeno enfisema subcutâneo na parede torácica homolateral. Área de espessamento nodular da pleura diafragmática direita com 16mm. Sem derrame pleural ou outras alterações.

Às 48h de drenagem apresentou expansão total do pulmão direito, pelo que foi removido o dreno torácico.

Teve alta, clínica e imagiologicamente melhorada.

Após 4 meses, retornou ao SU por um quadro clínico com as mesmas características, nas primeiras 24h-48h do cataménio. Imagiologicamente com alterações compatíveis com recorrência do pneumotórax à direita. Recusou colocação de drenagem. Foi transferida para o serviço de Cirurgia Torácica, tendo sido submetida a cirurgia torácica vídeoassistida (VATS), que objetivou múltiplas fenestrações diafragmáticas e aderências



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

pleurais, sem implantes pleurais, quadro compatível com pneumotórax catamenial. Foi feita pleurodese com talco, e iniciou terapêutica anti-concepcional oral contínua e ininterrupta. Posteriormente iniciou análogo GnRH trimestral, com spotting menstrual e surgimento das queixas anteriormente referidas e diagnóstico de novo pneumotórax multiloculado à direita. Transferida para o serviço de Cirurgia Torácica e submetida a nova pleurodese por VATS.

Por efeitos adversos, foi alterada terapêutica para progestagénio, surgindo novo spotting, com recorrência das queixas torácicas e alterações imagiológicas compatíveis com pneumotórax de pequenas dimensões, no hemitórax direito que cura com terapêutica conservadora. Atualmente, em menopausa farmacologicamente induzida, sem novos episódios.

Discussão: A endometriose torácica é uma entidade rara e sub-diagnosticada, para a qual é crucial um alto nível de suspeição perante pneumotoraces recorrentes em mulheres em idade fértil. As fenestrações diafragmáticas são uma das lesões características dos pneumotoraces catameniais.

PE 115

PIOPNEUMOTÓRAX - UMA COMPLICAÇÃO INFECIOSA RARA**Autor do trabalho:****JOÃO OLIVEIRA PEREIRA**

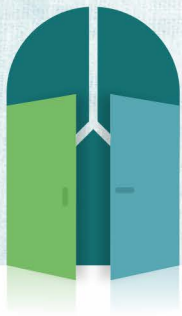
Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Co-Autores do trabalho:**SARA FREITAS; JESSICA CEMLYN-JONES; ILDA FERREIRA; CARLOS ROBALO CORDEIRO****Palavras-chave:** EMPIEMA PLEURAL; PNEUMOTÓRAX; INFEÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO; MICROBIOLOGIA

Introdução: O piopneumotórax é definido pela acumulação de líquido purulento e gás na cavidade pleural. Na ausência de fistula bronco-pleural e cirurgia ou toracocentese prévias, a sua presença é sugestiva de infeção por anaeróbios ou micobactérias, estando associada a morbilidade e mortalidade significativas. A *Prevotella melaninogenica* e o *Streptococcus constellatus* constituem agentes anaeróbio e aeróbio, respetivamente, comensais da cavidade oral e trato respiratório superior, sendo apenas ocasionalmente isolados em líquido pleural empiematoso.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, 58 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por tosse produtiva, cansaço fácil e dispneia em repouso com vários dias de evolução. Como antecedentes relevantes, apresentava suspeita de epilepsia com história de TCE, úlcera péptica, hepatopatia alcoólica com consumo etílico mantido e tabagismo ativo (>100 UMA). Tinha como medicação habitual furosemida 40mg e fenobarbital 100mg, com adesão terapêutica duvidosa. Do exame objetivo à admissão, salienta-se hipertermia (38,4°C), conjuntivas ictéricas, má higiene oral e diminuição da transmissão dos sons respiratórios em todo o hemitórax esquerdo. O estudo analítico revelou leucocitose (20,1 G/L com 87,9% de neutrofilia), Proteína C reativa sérica elevada (20,3 mg/dL), hiperbilirrubinémia (bilirrubina total 9,9 mg/d, direta 6,6mg/dL) com discreta hepatólise e prolongamento dos tempos de coagulação. A radiografia do tórax apresentava opacidade homogênea dos dois terços inferiores do hemitórax esquerdo com níveis hidroaéreos, sugerindo derrame pleural complicado. A TC do tórax confirmou a presença de volumoso hidropneumotórax com colapso pulmonar adjacente e áreas de densificação parenquimatosa. Foi iniciada antibioterapia com piperacilina-tazobactam e clindamicina, e introduzido dreno torácico (calibre 24), com saída de ar e líquido purulento acastanhado, de odor fétido. O doente teve síndrome de privação alcoólica como complicação no internamento, mas apresentou boa progressão clínica. Foram realizadas lavagens pleurais múltiplas com iodopovidona, verificando-se uma drenagem total aproximada de 2400 cc de líquido pleural, cujos exames culturais viriam a revelar a presença de *Streptococcus constellatus* e *Prevotella melaninogenica*. O doente acabaria por ter alta ao dia 19 de internamento, clinicamente melhorado, sob programa de cinesiterapia respiratória, sem necessidade de limpeza cirúrgica. Procedeu, posteriormente, a relevantes alterações do estilo de vida, com evidentes melhorias no seu estado geral de saúde.

Conclusão: Com este caso, os autores descrevem a evolução favorável de um doente com uma complicação rara de infeção respiratória



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

com isolamento de agentes habitualmente associados a prognóstico reservado. É de salientar a boa resposta a programa de cinesioterapia e lavagens pleurais consecutivas, com antibioterapia de largo espectro, já que permite frequentemente evitar intervenções mais invasivas, com maior risco de morbimortalidade.

PE 116

QUILOTÓRAX COMO APRESENTAÇÃO DE UM CARCINOMA GÁSTRICO EM ANEL DE SINETE - UM DESFECHO DRÁSTICO

Autor do trabalho:

HENRIQUE RODRIGUES

Centro Hospitalar Lisboa Norte

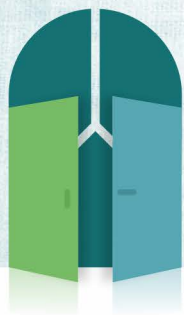
Co-Autores do trabalho:

PEDRO FALCÃO; RITA MACEDO; CRISTINA BÁRBARA

Palavras-chave: DERRAME PLEURAL; QUILOTÓRAX; TRIGLICÉRIDOS; LINFOMAS, NEOPLASIAS MEDIASTINICAS; CARCINOMA GÁSTRICO EM ANEL DE SINETE;

Quilotorax é uma entidade rara subjacente a etiologias traumáticas e não traumáticas. Caracteriza-se por uma acumulação de linfa no espaço pleural e ocorre habitualmente por lesão do ducto torácico, compressão extrínseca ou obstrução ao fluxo de líquido linfático com extravasamento para o espaço pleural. Dado que a etiologia traumática, verificada comumente em acidentes ou cirurgias, corresponde a uma importante causa de lesão do ducto e ao aparecimento de um quilotórax, torna-se rara a sua apresentação como achado isolado. Em situações em que se excluam episódios traumáticos colocam-se múltiplas hipóteses diagnósticas, de entre as quais se destacam causas malignas, congénitas, infecciosas, trombose da veia subclávia, ou associadas a pancreatite ou irradiação mediastínica. Relata-se o caso de uma doente do sexo feminino, com 54 anos, sem antecedentes relevantes, que recorre à urgência por quadro de astenia e dispneia para esforços com um mês de evolução, com agravamento progressivo evoluindo com toracalgia à direita, edema periférico e ascite. Verifica-se volumoso derrame pleural à direita, que após toracocentese e identificação de líquido pleural leitoso, motivou a colocação de dreno pleural. A análise do líquido pleural revelou um transudado, estéril, sem células malignas e com aumento de triglicéridos compatível com um quilotórax. Na sequência do estudo etiológico realizou tomografia computadorizada (TC) torácica identificando-se adenopatias axilares bilaterais e na cadeia mamária esquerda infracentrímetricas, tal como derrame pleural à direita. Em investigação adicional realizou TC abdominal e pélvica destacando-se espessamento parietal do cárdia, bem como espessamento assimétrico da parede gástrica e rectal, e ovários com dimensões aumentadas bilateralmente e por queixas de dorsalgia realizou TC da coluna, identificando-se lesões nos corpos de vertebrais de D11 a L4, com fractura patológica em L4. Realizou ecocardiograma e ecografia mamária sem alterações valorizáveis. Face aos achados descritos, realizou estudo endoscópico com evidência de extensa lesão infiltrativa gástrica de características nodulares e ulcerativas, compatível após biópsia com um carcinoma de células pouco coesas (em anel de sinete).

Face ao mau performance status, estadio avançado da doença, e agressividade deste subtipo histológico da neoplasia com má resposta aos esquemas de quimioterapia preconizados, entendeu-se não existirem condições clínicas para tentativa de terapêutica curativa. Durante o internamento, a doente manteve drenagem durante 10 dias com resolução do quilotorax, porém o quadro clínico da doente agravou progressivamente com caquexia e prostração. A doente acabou por falecer no hospital durante o internamento. As neoplasias são a causa mais comum de quilotórax não



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

traumático, nomeadamente neoplasias como linfoma, leucemia linfóide crónica, neoplasia do pulmão ou do esófago têm sido implicadas como etiologias mais frequentes. De forma surpreendente, nota-se um decréscimo de casos relacionados com linfomas dado o seu diagnóstico precoce. O diagnóstico baseia-se na colheita de líquido pleural e na demonstração de triglicéridos superior a 110mg/dL ou na presença de quilomicros. A abordagem adequada depende da causa e inclui intervenções como modificações na dieta, pleurodese ou ligação do ducto torácico. Trata-se de um caso com desfecho negativo pela agressividade da neoplasia diagnosticada, mas que mostra uma apresentação pleural rara como primeira manifestação de uma neoplasia não mediastínica.

PE 117

ENDOMETRIOSE TORÁCICA E PNEUMOTÓRAX RECIDIVANTE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

HENRIQUE RODRIGUES

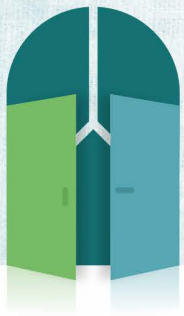
Centro Hospitalar Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

PEDRO FALCÃO; RITA MACEDO; CRISTINA BÁRBARA

Palavras-chave: PNEUMOTÓRAX CATAMENIAL; ENDOMETRIOSE TORÁCICA; FENESTRAÇÕES DIAFRAGMÁTICAS;

A endometriose é uma doença de mulheres em idade reprodutiva caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina e comumente associada a dor pélvica crónica e infertilidade. A endometriose torácica, uma expressão rara da doença, é caracterizada pela presença de entidades clínicas distintas: pneumotórax catamenial; hemotórax catamenial; hemoptise e nódulos pulmonares. Apresenta-se o caso de uma doente de 35 anos, natural e residente em Angola, desde Março de 2019 em Portugal, com o diagnóstico prévio de endometriose torácica e abdominal, a cumprir terapêutica hormonal com dienogest e etinilestradiol. Submetida a duas ressecções intestinais com colocação de colostomia em 2014 e 2018, sem mais informação clínica. Com história de pneumotórax recidivantes à direita desde 2013, apenas submetidos a colocação de drenagem torácica. Recorre ao Serviço de Urgência em Junho de 2019 com episódio de toracalgia e tosse seca com 4 dias de evolução, com agravamento do cansaço para pequenos esforços. Após avaliação imagiológica, foi diagnosticado novo pneumotórax à direita, tendo sido internada no Serviço de Pneumologia. Foi colocada drenagem torácica em aspiração passiva, posteriormente ativa, que manteve durante 25 dias sem sucesso na re-expansão pulmonar, tendo sido submetida a subsequente estudo diagnóstico. É confirmada, em Ressonância magnética (RM) abdomino-pélvica endometriose profunda com congelamento pélvico, hematosalpinge direita e infiltração da parede abdominal anterior. Em RM torácica, verificam-se múltiplos implantes à direita, confirmando endometriose torácica. Finalmente, a doente é submetida a talcagem pleural, identificando-se a presença de fenestrações diafragmáticas localizadas no centro tendinoso, mas ausência de lesões pulmonares e pleurais por observação direta. Existem diversas teorias fisiopatológicas para a génese do pneumotórax catamenial na endometriose torácica. Este caso destaca a importância do envolvimento diafragmático e presença de fenestrações diafragmáticas, verificadas em apenas 20-30% dos casos de endometriose torácica, revelando a hipótese de translocação e subsequente implantação de elementos glandulares provenientes da cavidade pélvica na cavidade torácica. Estes episódios, ocorrem caracteristicamente à direita tal como verificado nesta doente, dada a existência de defeitos congénitos classicamente nesta região do diafragma.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 118

SÍNDROME SWYER-JAMES-MACLEOD: UM ESTUDO DE CASO

Autor do trabalho:

CARLOS CARVALHO

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

J MARTINS; A LOPES; C BÁRBARA

Palavras-chave: PALAVRAS-CHAVE: SWYER-JAMES-MACLEOD, BRONQUIOLITE OBLITERANTE, INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS DE REPETIÇÃO, AIR TRAPPING

Introdução: A síndrome de Swyer-James-McLeod é uma entidade rara associada à bronquiolite obliterante pós-infecciosa que ocorre na infância. É uma condição pulmonar adquirida, ocorre nos primeiros anos de idade, e está associada a "air trapping", hipoplasia e/ou agenesia das artérias pulmonares, resultando em hipoperfusão do parênquima pulmonar; e em alguns casos, a bronquiectasias. A evolução da doença varia conforme a extensão do comprometimento pulmonar.

Caso clínico: Homem de 31 anos, leucodérmico, natural e residente em Lisboa, com antecedentes de infecção respiratória de etiologia presumidamente viral aos 3 anos de idade que condicionou bronquiolite obliterante unilateral e bronquiectasias sequelares bilaterais, múltiplas infecções respiratórias subsequentes na infância e adolescência (a exemplificar infecção por vírus influenzae aos 27 anos de idade). O doente não apresentava outro historial médico significativo, e o seu histórico familiar não era contributivo. Sem consumo de tabaco, álcool ou drogas recreativas. Dos achados clínicos, o doente referia dispneia mMRC 1, encontrando-se à data medicado com LAMA + LABA + ICS, já tendo realizado imunização com prevenar e pneumo 23, realizando desde há 3 anos vacina de imunização do vírus influenzae anualmente.

A história clínica, com infecções respiratórias de repetição e estudo imunológico sem anormalidades detectadas, geraram necessidade de estudo imagiológico tomográfico de tórax.

Foi detectada uma artéria pulmonar esquerda de pequeno calibre, e bronquiectasias císticas difusas de ambas as bases pulmonares. Nas provas de função respiratória verificou-se um padrão obstrutivo moderado, e foi verificada analiticamente negatividade para défice de alfa-1-antitripsina. Todos estes achados levaram ao diagnóstico de Síndrome de Swyer-James-McLeod.

Conclusão: Apesar de se tratar de uma entidade relativamente incomum, ocorrendo em menos de 5% dos pacientes com bronquiolite obliterante, a maioria dos pacientes (fora de episódios infecciosos) é assintomática. Porém, apresentam uma maior incidência de infecções respiratórias de repetição, e dispneia demarcada com os esforços. Reforça-se a importância de um estudo imagiológico apropriado para maior celeridade no diagnóstico.

PE 119

PASTEURELLA MULTOCIDA E BRONQUIECTASIAS: UMA ASSOCIAÇÃO INCOMUM?

Autor do trabalho:

SARA CATARINA PIMENTA DIAS

ULSM - Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

Co-Autores do trabalho:

MARIA ANTÓNIA GALEGO; BRUNO CABRITA; ANA LUISA FERNANDES; VALQUIRIA ALVES ; JORGE FERREIRA

Palavras-chave: PASTEURELLA MULTOCIDA, BRONQUIECTASIAS.

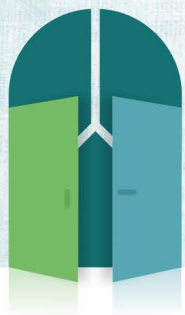
Introdução: A *Pasteurella multocida* é uma bactéria Gram-negativa que faz parte do microbioma da orofaringe de vários animais. A infeção por *P. multocida* em humanos resulta, frequentemente, de mordeduras e arranhões a nível dos tecidos moles, podendo complicar-se com disseminação para outros tecidos e órgãos. O atingimento do trato respiratório é menos comum e ocorre, sobretudo, em doentes com patologia pulmonar crónica ou idosos, por contacto com secreções contaminadas.

Caso clínico: Mulher, 73 anos, não fumadora, com contacto doméstico com um cão, dois gatos e um papagaio. Antecedentes de gastrectomia parcial por úlcera gástrica, com consequentes anemia crónica e baixo IMC. Seguida em consulta de Pneumologia por bronquiectasias varicosas bilaterais, classificadas como idiopáticas, com isolamentos prévios de *Pseudomonas aeruginosa* na expectoração; funcionalmente, com alteração ventilatória obstrutiva muito grave e insuficiência respiratória global, encontrando-se sob oxigenoterapia de longa duração.

No contexto de agravamento do padrão habitual da dispneia associado a maior volume e purulência da expectoração, roncocal bilateral e aumento do tempo expiratório à auscultação, procedeu-se à colheita de expectoração para análise microbiológica. Após o isolamento de *P. multocida*, com sensibilidade às penicilinas, às tetraciclina e às quinolonas, a doente foi medicada com Amoxicilina e Ácido Clavulânico, com melhoria clínica subsequente.

Conclusão: A *P. multocida* isolada no trato respiratório de indivíduos com patologia pulmonar de base trata-se, tipicamente, de um agente comensal. No entanto, pode associar-se a infeção respiratória grave, sendo frequente a referência a convivência com animais, sobretudo felinos e canídeos, sem descrição ou documentação de inoculação cutânea via mordeduras/arranhões, tal como observado no caso apresentado. O prognóstico das infeções por *P. multocida* é variável, podendo a taxa de mortalidade atingir os 30% em casos de bacteriemia.

Os autores realçam a importância da valorização do contexto epidemiológico, nomeadamente a exposição a animais, na abordagem do doente com patologia respiratória crónica.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 120

UM DIAGNÓSTICO INESPERADO DE FIBROSE QUÍSTICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

MARIA GABRIEL SILVA GONÇALVES JACOB

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de São João EPE, Porto, Portugal

Co-Autores do trabalho:

VANESSA SANTOS; ADELINA AMORIM

Palavras-chave: FIBROSE QUÍSTICA; BRONQUIECTASIAS

Introdução: A fibrose quística (FQ) é uma doença autossômica recessiva multissistêmica com uma grande heterogeneidade clínica. Pode apresentar diversas manifestações, variando de fenótipos clássicos a "atípicos", o que pode dificultar um diagnóstico atempado. Previamente, a FQ era uma doença quase exclusiva do foro pediátrico, contudo dado o aumento da sobrevida destes doentes e do diagnóstico de formas atípicas na vida adulta, a percentagem de doentes adultos tem vindo a aumentar. Os autores pretendem descrever um caso de um diagnóstico tardio de fibrose quística.

Caso clínico: Trata-se de um doente de 22 anos do sexo masculino, com antecedentes de asma e rinite alérgica desde a infância, sem seguimento atual. Sem história de tabagismo. Sem antecedentes familiares de relevo. Por um quadro de tetraparésia com predomínio dos membros superiores e câibras, com um mês de evolução, foi internado no serviço de Neurologia para estudo. Associadamente, apresentava febre, tosse e expectoração (em maior quantidade face ao habitual). Sem alterações de relevo no exame objetivo. Analiticamente com elevação de marcadores de infeção (leucocitose com neutrofilia; VS 37 mm, PCR 91 mg/L). Durante o internamento realizou TC torácico que mostrou bronquiectasias cilíndricas dispersas, com espessamento da parede, associadas a padrão micronodular em tree-in-bud. De acordo com os achados foi levantada a suspeita de tuberculose, pelo que foi instituído isolamento de via aérea. Foi solicitado parecer da Pneumologia: sem história prévia de tuberculose ou contactos; infeções respiratórias de repetição desde a infância, com sintomatologia de tosse e broncorreia crónica. Verificou-se isolamento de *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina (com micobacteriológico negativo) em secreções brônquicas. Realizou prova de suor que revelou um valor de 129 mmol ClNa. Do restante estudo realizado, incluindo RMN cerebral, cervico-dorsal e EMG, não foram verificadas alterações, pelo que os sintomas neurológicos foram interpretados em contexto infeccioso (cumpru antibioterapia com resolução das queixas). Posteriormente, no estudo genético foram identificadas em heterozigotia na p.Val232Asp no exão 6 e p.Phe508del no exão 11, confirmando o diagnóstico de fibrose quística.

Conclusão: Dada a diversidade e versatilidade de apresentação da FQ, o diagnóstico pode passar despercebido durante anos. Os autores pretendem mostrar um caso de um diagnóstico tardio da doença e demonstrar que é importante manter alta suspeição perante a associação de certas características clínicas, de forma a efetuar um diagnóstico atempado da FQ.

PE 121

DÉFICE DE IMUNOGLOBULINA A 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 IMUNOGLOBULINA A

Introdução: O Défice de IgA (DIgA) é a imunodeficiência mais comum e é considerada uma imunodeficiência primária humoral. Define-se por um défice sérico isolado de Imunoglobulina A (IgA), quando a concentração sérica das imunoglobulinas G e M são normal, num doente com mais de 4 anos de idade em que foram excluídas outras causas de hipogamaglobulinémia.

A maioria dos doentes com DIgA são assintomáticos e menos de um terço apresenta uma ou mais das seguintes doenças: infeções sinopulmonares recorrentes, doenças autoimunes, intestinais, atopia e reações anafiláticas transfusionais. Alguns destes doentes têm associadas doenças crónicas das vias aéreas, como bronquiectasias, em que a literatura é escassa em caracterizar.

Objectivo: Caracterização de uma amostra de doentes adultos com DIgA e avaliação do impacto do DIgA nas bronquiectasias.

Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo numa amostra de doentes com DIgA 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 selecionados 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) e adicionalmente avaliados dados funcionais.

A análise estatística dos dados foi realizada por métodos apropriados usando o programa SPSS V 22.0.

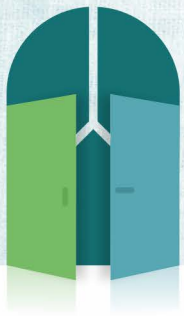
Resultados: Neste estudo foram incluídos 115 doentes com idade mediana de 36 anos, 62.6% do sexo feminino e com IgA mediana de 0.43 g/L. Quanto aos dados clínicos, cerca de dois terços revelavam manifestações sinopulmonares, nomeadamente infeções respiratórias recorrentes, asma, rinite e sarcoidose pulmonar (cinco casos). Apresentavam atopia 28.6% e doenças autoimunes 4,3% (5 doentes), como Lúpus Eritematoso Sistémico, Doença de Graves e Síndrome de Sjögren.

Dos 36 doentes que realizaram TCT, foram identificados 11 doentes com bronquiectasias (Subgrupo BQ). As características dos doentes que realizaram TCT estão representados na tabela 1.

O subgrupo BQ apresentava mais doentes do sexo masculino (72,7% vs 20%; p=0,006) e valores mais baixos de VR (83,30% vs 109,40%; p=0,045) em relação ao subgrupo SEM.

Foram semelhantes em ambos os grupos a idade (53 vs 44 anos; p=0,220) e o nível sérico de IgA (0.26 vs 0.29 g/L; p=0,161).

Não houve diferenças estatisticamente significativas nas manifestações sinopulmonares, na atopia e nas doenças autoimunes. No entanto, de



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

relevar que todos os doentes do subgrupo BQ apresentavam atopia (vs 20% do subgrupo SEM) e doenças autoimunes (vs 8% do subgrupo SEM). No subgrupo BQ, o pulmão mais afetado por bronquiectasias foi o direito, nomeadamente lobos médio e inferior direito.

Não houve diferenças estatisticamente significativas relativamente a FEV1, CVF, FEV1/CVF, FEF25-75% e CPT mas de referir valores inferiores no subgrupo BQ.

Conclusões: No nosso estudo, as bronquiectasias em doentes com DlgA revelaram-se mais em homens com VR diminuídos. A caracterização desta população deve ser conseguida em estudos com amplificação da amostra e com controle de outras variáveis.

Pretende-se também enfatizar a importância incluir de forma sistemática o doseamento sérico de imunoglobulinas no estudo etiológico de doentes com bronquiectasias visto que altera a sua abordagem terapêutica.

PE 122

E-FACED: AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DAS BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE QUISTICA

Autor do trabalho:

JOSÉ COUTINHO COSTA

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral

Co-Autores do trabalho:

JOÃO NEIVA MACHADO; LÍDIA GOMES; CIDÁLIA RODRIGUES

Palavras-chave: E-FACED, BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE QUISTICA, EXACERBAÇÕES;

Introdução: As bronquiectasias constituem uma doença multidimensional com etiologia multifatorial e, como tal, a sua gravidade e prognóstico não podem ser avaliada de forma adequada unicamente através da análise de uma variável. O score FACED corresponde a uma escala que avalia a gravidade e o prognóstico das bronquiectasias não fibrose quística (BQNFQ) através da análise de cinco parâmetros: um parâmetro funcional (FEV 1% previsto), um fisiológico (idade), um microbiológico (colonização crónica por *Pseudomonas aeruginosa*), um radiológico (nº lobos afetados por bronquiectasias), e um clínico (grau de dispneia, avaliada pela escala mMRC). Através da avaliação destes parâmetros permite prever a probabilidade de mortalidade em 5 anos de seguimento, independentemente da etiologia das bronquiectasias. De modo a prever também o risco futuro de exacerbações, foi adicionado posteriormente mais uma variável a este score, o nº de exacerbações severas no último ano, constituindo o score E-FACED.

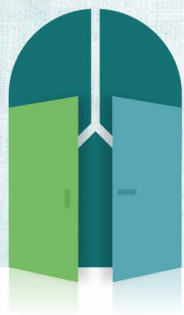
Objetivos: Avaliação da gravidade e prognóstico de BQNFQ através do score E-FACED e verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os parâmetros avaliados pelo score e a gravidade das BQNFQ.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos pacientes com BQNFQ seguidos numa amostra da consulta de readaptação funcional respiratória do Serviço de Pneumologia B do CHUC. Todos os pacientes foram submetidos à avaliação das variáveis incorporadas no score E-FACED. Análise estatística dos dados foi realizada através do programa IBM SPSS® v.20.

Resultados: A amostra foi constituída por 39 indivíduos, 24 do sexo feminino, 15 do sexo masculino, com idades compreendidas entre 37 e 87 anos. A maioria dos doentes (56.4%) tinha bronquiectasias classificadas como leves, 33.3% classificadas como moderadas e 10.3% de gravidade severa.

Para a nossa amostra, verificou-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre o nº de exacerbações severas no último ano, a idade e o grau de dispneia dos doentes e a gravidade das bronquiectasias (teste de Kruskal Wallis $p < 0.001$, Anova $p < 0.001$ e teste de Kruskal Wallis $p = 0.017$, respetivamente). Além disso, para a nossa amostra, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a % FEV1 previsto, a colonização por *pseudomonas aeruginosa*, a extensão radiológica das bronquiectasias e a gravidade da doença (Anova $p = 0.123$, teste Exato de Fisher $p = 0.151$ e teste de Kruskal Wallis $p = 0.278$, respetivamente).

Conclusão: A maioria dos doentes da nossa amostra apresentam bronquiectasias classificadas como leves pelo score E-FACED. Para a nossa



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

amostra, o nº de exacerbações severas no último ano, a idade e o grau de dispneia foram as variáveis que conferiram maior impacto na classificação da gravidade das BQNFQ dos nossos doentes. Deste modo, este trabalho vem reforçar a importância da avaliação das exacerbações severas das bronquiectasias na estratificação da gravidade e seguimento destes doentes.

PE 123

PNEUMOTÓRAX RECIDIVANTE CATAMENIAL COM PERFURAÇÃO DIAFRAGMÁTICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

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: PNEUMOTÓRAX, RECIDIVANTE, ENDOMETRIOSE, TORACALGIA

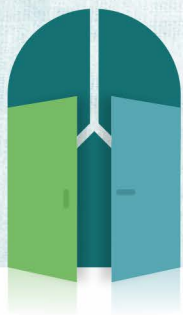
Introdução: A endometriose é uma patologia na qual ocorre proliferação de tecido similar a endométrio em locais fora da cavidade uterina. Pode afetar virtualmente qualquer órgão ou tecido, sendo a cavidade pélvica o local mais frequentemente afetado. Entre os locais menos comumente acometidos encontramos o pulmão e pleura. Nestes casos, os doentes apresentam tosse, dor torácica e hemoptise e/ou pneumotórax catamenial (manifestação recorrente, com início habitualmente compreendido entre as 24 horas que antecedem o cataménio e as 72 horas após o início do fluxo menstrual).

Caso Clínico: Relata-se o caso de uma mulher de 32 anos, com antecedentes de asma, hipotireoidismo, síndrome do ovário poliquístico e pneumotórax à direita em 2016 tratado com pleurodese cirúrgica, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) em março de 2019 por dispneia de esforço e toracalgia direita, com relação catamenial. Ao exame objetivo, levantada hipótese diagnóstica de pneumotórax à direita. Realizou radiografia do tórax que revelou pneumotórax na base direita. Dado quadro descrito, foi encaminhada para o Serviço de Cirurgia Torácica, onde foi submetida a cirurgia vídeoassistida uniportal à direita, tendo sido identificadas múltiplas placas de coloração acastanhada na pleura parietal e diafragmática e ainda orifício diafragmático com cerca de 1cm, que deixava a descoberto o fígado. Procedeu-se ao encerramento do orifício e pleurectomia inferior direita. Após 5 dias de internamento a doente teve alta. Contudo, 3 dias após recorreu novamente ao SU com queixas de toracalgia e dispneia, tendo sido novamente diagnosticado pneumotórax basal direito. A doente foi internada para colocação de dreno e pleurodese química, com controlo imagiológico, à data de alta, evidenciando fina lamina de pneumotórax na base direita. Relatório anatomopatológico descrevendo pleurite inespecífica.

Três semanas após última recorrência, novamente admitida em SU por toracalgia, apresentando RX com pneumotórax vestigial, estável face a imagens prévias. Atendendo à ausência de um diagnóstico histológico, apesar da elevada suspeita clínica e macroscópica intra-operatória de endometriose, foi pedida revisão de laminas para o exterior, que viria a confirmaram diagnóstico de endometriose pleural.

A doente foi encaminhada para consulta de ginecologia, aguardando, no momento da elaboração deste abstract, observação médica neste âmbito. **Conclusão:** A endometriose pleural/torácica deve fazer parte do corpo de conhecimento do médico Pneumologista. Apesar de se tratar de um achado raro, constitui uma causa de toracalgia e hemoptise recorrente, podendo, como no caso relatado, ser acompanhado de pneumotórax recidivante.

O diagnóstico traduz um claro exemplo da importância fulcral que uma anamnese minuciosa, complementada por um exame físico completo, têm enquanto ferramentas essenciais na formulação de um diagnóstico pouco comum, mas de particular importância dadas as implicações clínicas e prognósticas potenciais.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 124

MASSA MEDIASTÍNICA GIGANTE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

ANA RITA GIGANTE

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

Co-Autores do trabalho:

SUSANA LAREIRO; JOANA REI; IVONE GONÇALVES; AGOSTINHO SANCHES; PEDRO FERNANDES; MIGUEL GUERRA

Palavras-chave: MASSA MEDIASTÍNICA ANTERIOR; LESÃO CÍSTICA

Introdução: As massas mediastínicas são relativamente incomuns. A maioria ocorre no mediastino anterior e inclui uma variedade de diferentes entidades, desde lesões benignas a neoplásicas, com um vasto espectro de características clínicas, radiológicas e patológicas. O seu diagnóstico constitui um desafio na prática clínica.

Descrição de Caso: Homem, 63 anos, ex-fumador, com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Massa mediastínica conhecida desde 2015, achado incidental em ecocardiograma. A TC torácica revelou lesão cística de aspeto multiloculado medindo cerca de 16x13.5x11.7cm no mediastino anterior, lateralizada à esquerda, determinando efeito de massa sobre as estruturas mediastínicas ipsilaterais e atelectasia do parênquima pulmonar do lobo superior esquerdo; com contornos bem definidos, parede ligeiramente irregular que captava contraste, extensa calcificação parietal e pequena área de densidade negativa lipomatosa no seu interior. Após diagnóstico, o doente perdeu seguimento. Foi internado em dezembro de 2018 e janeiro de 2019 por sobreinfecção da lesão. Do estudo complementar destaca-se: TC torácica com lesão de dimensões sobreponíveis, mas com nível hidroaéreo; a TC de janeiro revelou aumento do nível aéreo, que aliado ao facto de o doente manter expectoração abundante, fez suspeitar de fistulização da lesão para a árvore traqueobrônquica, apesar de não ser visível em TC; a broncofibroscopia mostrava diminuição do calibre dos brônquios lobares superior e inferior esquerdos por compressão extrínseca, sem sinais de fístula brônquica. O doente cumpriu no total 41 dias de antibioterapia, teve alta assintomático e foi orientado para Cirurgia Torácica para ressecção da massa mediastínica. Foi submetido a toracotomia esquerda; a lesão apresentava parede calcificada aderente ao mediastino e pulmão esquerdos. Foram aspirados 800cc de conteúdo intracístico aquoso verde escuro e dissecada a cápsula da lesão que apresentava superfície rugosa, de tecidos acastanhados e heterogêneos com múltiplas áreas de consistência dura; num dos retalhos eram visíveis estruturas compatíveis com pêlos, o que colocou a hipótese de se tratar de um teratoma cístico. Anatomopatologicamente não foram encontrados tecidos preservados que permitissem confirmar a suspeita; apenas aspetos compatíveis com hematoma em fase de organização, sem estruturas de natureza neoplásica. O doente não apresentava história compatível com trauma torácico. Atualmente, encontra-se a aguardar estudo complementar adicional para melhor orientação diagnóstica/terapêutica.

Discussão: Apresenta-se um doente com lesão cística de grandes dimensões, com achados clínicos, radiológicos e macroscópicos sugestivos de teratoma, que histologicamente não se confirmou. Apesar de a lesão apresentar características histológicas de benignidade, mantém-se o estudo de forma a confirmar/excluir tumor de células germinativas e avaliar a necessidade de terapêuticas adicionais.

PE 125

VOLET COSTAL- CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

JULIANA BARATA

S. Pneumologia – Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Co-Autores do trabalho:

DANIELA CARDOSO; DENNY RODRIGUES; RITA LOPES; SARA CUNHA; RITA PANCAS; JOÃO BERNARDO

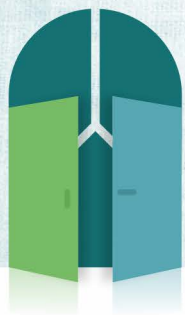
Palavras-chave: VOLET COSTAL, TRAUMATISMO TORÁCICO

Introdução: O retalho costal móvel ou volet costal define-se anatomicamente pela presença de dois ou mais pontos de fractura em 2 ou mais costelas consecutivas, com presença de um segmento livre e flutuante, que se move independentemente produzindo respiração paradoxal e impedindo a pressão negativa intratorácica durante a inspiração e a pressão positiva das vias aéreas aquando da expiração o que conduz a uma diminuição do volume corrente e do mecanismo da tosse e predispõe a pneumonias e atelectasias.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um paciente de 82 anos de idade, género masculino, com antecedentes de hipertensão arterial e deslipidemia, vítima de traumatismo torácico por acidente de viação com fractura de arcos costais à esquerda e pneumotórax que resolveu após colocação de dreno torácico. O doente apresentava respiração paradoxal na região peitoral infra-clavicular, mas sem compromisso funcional. Manteve-se sob vigilância, com penso compressivo e terapêutica analgésica. Realizou tomografia computadorizada de tórax que permitiu definir anatomicamente o volet costal (3ª, 4ª e 5ª costelas esquerdas fracturadas em mais do que um ponto). Foi submetido a tratamento cirúrgico, que consistiu na colocação de uma rede de polipropileno (Marlex) para estabilização da grelha costal. Teve alta 4 dias após a cirurgia, com melhoria significativa das queixas algícas e resolução do quadro.

Conclusão: O tratamento inicial do volet costal consiste no tratamento médico com compressão da zona afetada, analgesia e fisioterapia. As indicações cirúrgicas são controversas, não existindo um consenso. Pode optar-se pela fixação cirúrgica na primeira semana após o traumatismo ou apenas quando existe falência respiratória ou impossibilidade de desmame de ventilação mecânica.

Os autores apresentam o caso pela técnica utilizada (estabilização da grelha costal com uma rede de Marlex), que apesar de não convencional, conduziu a uma rápida melhoria das queixas algícas e resolução do quadro.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 126

DIAGNÓSTICO TARDIO DE UMA HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA: CASO CLÍNICO

Autor do trabalho:

MARTA SÁ MARQUES

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Co-Autores do trabalho:

RENATA MONTEIRO; RITA PICHEL; JOANA MASCARENHAS; INÊS FRANCO

Palavras-chave: HÉRNIA DE BOCHDALECK, APRESENTAÇÃO TARDIA

Introdução: A herniação diafragmática ocorre habitualmente nos segmentos postero-laterais do diafragma, sendo o lado esquerdo mais frequentemente afectado (80-85%). O defeito consiste no não encerramento do canal pleuroperitoneal durante o desenvolvimento embrionário (Foramen de Bochdalek). Este tipo de hérnia foi inicialmente descrito por Bochdalek em 1848. Afecta 1:2200 recém-nascidos, sendo rara em adultos (0,17% a 6%).

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 81 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca hipertensiva, fibrilhação auricular e doença renal crónica, entre outros factores de risco cardiovascular; polimedicada nesse contexto. Admitida no serviço de urgência por quadro de astenia, dispneia para pequenos esforços e edema dos membros inferiores com cerca de 3-4 meses de evolução, com agravamento na última semana. Foi documentado um quadro de insuficiência cardíaca descompensada, com insuficiência respiratória tipo 1 (pO₂ 51 mmHg), em contexto de provável incumprimento terapêutico do diurético. A telerradiografia de tórax apresentava uma hipotransparência paracardiaca direita, já presente desde pelo menos 2009, agora com elevação da hemicúpula ipsilateral. Para esclarecimento desta alteração imagiológica foi realizado o TC de tórax que mostrou uma volumosa hérnia de Bochdalek com conteúdo lipomatoso, insinuando-se no mediastino posterior e estendendo-se até à carina, embainhando o esófago e condicionando atelectasia do parênquima do lobo inferior direito. Realizou ecocardiograma transtorácico que evidenciou sinais de hipertensão pulmonar mas com função sistólica do ventrículo esquerdo preservada, assim como a função do ventrículo direito.

Conclusão: A apresentação tardia da hérnia de Bochdalek é rara e, por isso, um desafio diagnóstico, uma vez que não tem sintomatologia ou sinais específicos. Está descrita a herniação de órgãos abdominais, nestes casos com potenciais complicações. Já a herniação de apenas tecido adiposo parece ser ainda menos habitual. Em casos de hérnias muito volumosas pode haver comprometimento cardíaco por compressão extrínseca, o que não terá acontecido neste caso. A tomografia axial computadorizada confirma o diagnóstico e o tratamento pode ser cirúrgico em determinados casos.

PE 127

BOLHAS HEMORRÁGICAS, UMA APRESENTAÇÃO DE VARICELA A NÃO ESQUECER

Autor do trabalho:

ANA FILIPA DOS SANTOS MATOS

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

ANDREA MACHADO; JOANA RODRIGUES; MARTA FOURNIER; FERNANDA MENDES.

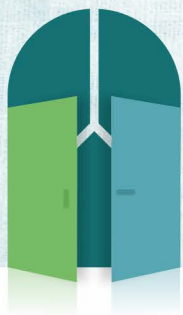
Palavras-chave: PNEUMONIA, VARICELA, ARDS, IMUNODEPRESSÃO

A varicela é uma infecção causada pelo vírus varicela-zoster, com pico de incidência entre os 1 e 6 anos de idade, que se caracteriza por um exantema maculopapulovesicular disseminado. A doença é geralmente benigna mas pode no entanto, apresentar complicações clínicas, principalmente em indivíduos imunodeprimidos.

Homem, 52 anos, fumador de 20 UMA, hábitos alcoólicos de cerca de 100gr/dia e antecedentes de tuberculose pulmonar há 10 anos. Observado no serviço de urgência por tosse com expectoração mucosa com uma semana de evolução, febre desde há 3 dias, dor abdominal e erupção cutânea pruriginosa com início no tronco mas com rápida disseminação por todo o corpo. À admissão apresentava-se com queixas algícas generalizadas, mal-estar geral, febril e polipneico. Na auscultação pulmonar, audíveis roncospersos bilateralmente e visíveis lesões vesiculares dispersas na pele e mucosa oral com conteúdo hemático. Realizou tomografia computadorizada (TC) torácica que mostrava densificações parenquimatosas peribroncovasculares com áreas de vidro de despolido a sugerir processo infeccioso de disseminação endobrônquica. Analiticamente a salientar citólise hepática e rabdomiólise. Devido a rápido agravamento clínico com progressão para ARDS, foi admitido em unidade de cuidados intensivos, onde iniciou ventilação mecânica, hemodiálise por lesão renal aguda e suporte aminérgico pelo choque séptico. Apesar de todas as terapêuticas de suporte e tratamento com aciclovir, ceftriaxone e azitromicina, o doente acabou por necessitar de ECMO durante 15 dias.

Realizou BFO que mostrou lesões ulceradas dispersas e apresentou serologia positiva para vírus varicela zóster. O rastreio séptico colhido na admissão foi estéril para bactérias, fungos e micobactérias. Serologias para HBV, HCV e HIV negativas, doseamento de imunoglobulinas normal e estudo imunológico sem alterações, não se identificando fatores de imunossupressão relevantes, além dos associados ao consumo crónico de álcool e tabaco. Analiticamente com falência renal, hepática e hematológica graves. O doente acabou por responder favoravelmente e ao 30º dia de internamento foi transferido para enfermaria de medicina interna. À data da alta sem insuficiência respiratória e melhoria acentuada da função renal sem necessidade de hemodiálise.

Tratou-se então de uma pneumonia com ARDS severo por infecção a vírus varicela-zoster, com uma gravidade muito pouco comum num indivíduo jovem, imunocompetente, sem história de contacto prévio com doentes infetados pelo vírus e com uma erupção cutânea com características pouco habituais. Os autores salientam que a varicela é uma infecção de diagnóstico clínico a não esquecer no adulto e que pelo seu potencial para complicações deve ter uma vigilância clínica rigorosa.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 128

SE ESTÁ NO SANGUE, ESTÁ EM TODO O LADO - PNEUMONIA NOSOCOMIAL NECROTIZANTE A STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE À METICILINA

Autor do trabalho:

CATARINA GOUVEIA CARDOSO

Centro Hospitalar de S. João

Co-Autores do trabalho:

VERÓNICA GUIOMAR; DAVID REIS; SOFIA PEREIRA

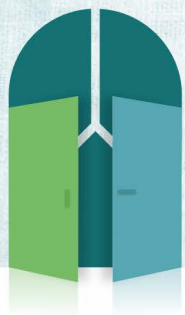
Palavras-chave: STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE À METICILINA (MRSA), PNEUMONIA NECROTIZANTE NOSOCOMIAL, VANCOMICINA

Introdução: O *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) é uma causa importante e crescente de infecções hospitalares, constituindo uma prioridade de saúde pública. Tem-se registado um aumento exponencial no número de pneumonias nosocomiais por MRSA nos últimos anos. Estas infeções afetam principalmente indivíduos idosos, com múltiplas comorbilidades e com exposição aos cuidados de saúde, nomeadamente com intervenção cirúrgica prévia. A rapidez no diagnóstico e na instituição de terapêutica eficaz revelam-se essenciais para modificar o prognóstico mas, podem ser um desafio. A pneumonia a MRSA acarreta uma taxa de morbilidade e mortalidade globalmente muito elevadas, além de custos económicos significativos.

Caso clínico: Mulher, 74 anos, sem antecedentes médicos de relevo, à exceção de hipertensão arterial. Transferida do hospital da sua área de residência para um hospital terciário por Gliossarcoma wild-type para remoção cirúrgica. No 5º dia de pós-operatório, apresenta sinais inflamatórios e drenagem purulenta no membro superior direito, em local de cateter venoso periférico. Colhe hemoculturas e pus para cultura, retira o cateter e inicia flucloxacilina. Dado isolamento de MRSA nas amostras culturais colhidas, ajusta-se antibioterapia para vancomicina após 3 dias, que cumpre durante 15 dias (já com um par de hemoculturas negativas colhidas 3 dias antes do término do antibiótico). Realiza ecocardiograma transtorácico (Eco-TT) que exclui a presença de vegetações. Dois dias após suspensão da vancomicina, a doente reinicia febre e elevação de marcadores inflamatórios (Proteína C reativa (PCR) passa de 79mg/L para 203mg/L). Sem clínica focalizadora de infeção e sem isolamentos microbiológicos de novo (incluindo quatro pares de hemoculturas e urocultura), sendo transferida para o Serviço de Medicina Interna para continuação de cuidados. No dia 49 de internamento, realizada tomografia computadorizada (TC) do tórax que revela lesão cavitada de características inespecíficas no lobo superior esquerdo medindo 25 mm e derrame pleural esquerdo de moderado volume. É excluída a hipótese diagnóstica de tuberculose pulmonar através de estudo micobacteriológico colhido por broncofibroscopia flexível. Realiza toracocentese que exclui empiema, sendo o derrame pleural compatível com transudado, com estudo citológico negativo para células malignas. No dia 55 de internamento, comunicados os restantes resultados bacteriológicos, que revelam isolamento de MRSA nas amostras de lavado brônquico, lavado bronco-alveolar e secreções brônquicas colhidas por expectoração. Assim sendo, assumida pneumonia necrotizante a MRSA e reiniciada vancomicina. Todas as hemoculturas colhidas posteriormente são negativas (quatro pares). Realiza Eco-TT novamente (com

boa janela ecográfica) que exclui endocardite infecciosa. Registada apirexia sustentada e descida dos marcadores inflamatórios (PCR 33 mg/L), doente sem insuficiência respiratória. Repete TC torácica após 4 semanas de antibiótico em que se documenta redução da lesão cavitada (18mm) com predomínio de fenómeno cicatricial, pelo que suspende vancomicina. A doente tem alta após 84 dias de internamento orientada para as consultas de Pneumologia e de Radiooncologia.

Discussão: O MRSA é uma causa crescente de pneumonia nosocomial, com elevada morbimortalidade. É essencial a otimização dos cuidados de saúde no sentido de diminuir a seleção de estirpes resistentes a antimicrobianos e de prevenir a sua transmissão, reduzindo assim o risco de infeção nosocomial e as suas consequências adversas.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 129

ESTENOSE BENIGNA DA TRAQUEIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**Autor do trabalho:****OFÉLIA SACHICOLA**

Departamento de Pneumologia, Hospital Militar Principal, Luanda, Angola; CISA – Centro de Investigação em Saúde de Angola, Caxito, Bengo, Angola

Co-Autores do trabalho:**FRANCISCA QUIFICA; MARGARETE ARRAIS**

Palavras-chave: TRAQUEIA, ESTENOSE, CANDIDÍASE

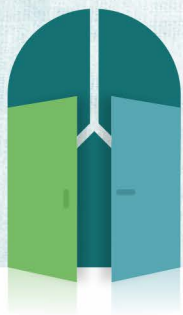
Introdução: A estenose benigna da traqueia ocorre em todas as faixas etárias em cerca de 1 a 4% dos doentes submetidos à ventilação mecânica. Muitos fatores considerados de risco são citados entre eles anormalidade laríngea, entubação traumática, entubação por profissional inexperiente, entubações repetidas, mobilização do tubo endotraqueal (TET), diminuição de transporte mucociliar com acúmulo de secreções, infecção local, doença do refluxo gastroesofágico, doenças crônicas ou agudas que levam a diminuição da perfusão tecidual, tempo prolongado de entubação e características particulares do TET.

Caso clínico: Descrevemos o caso de um doente de 31 anos de idade, sexo masculino, diabético, insulino-tratado observado na Urgência por quadro de cetoacidose diabética, internado na Unidade de Cuidados Intensivos em coma, onde foi entubado e submetido a ventilação mecânica. No quinto dia de internamento foi extubado e por evoluir com insuficiência respiratória, entubado novamente tendo permanecido por mais seis dias. Posteriormente foi extubado e transferido para enfermaria. No sexto dia de internamento na enfermaria evoluiu com insuficiência respiratória e estridor. Realizou broncofibroscopia que evidenciou cordas vocais e parede da traqueia cobertas por placa esbranquiçada espessa e aderida a mucosa, condicionando diminuição do lúmen traqueal. O exame micológico das secreções, assim como as biopsias revelaram tratar-se de numerosas hifas e esporos de *Candida albicans*. Foi medicado com fluconazol e nistatina com melhoria clínica e endoscópica porém cerca de 30 dias após a alta é reinternado por insuficiência respiratória e estridor, tendo sido traqueostomizado de urgência. A broncofibroscopia revelou estenose concêntrica de cerca de 90% do lúmen traqueal. Permaneceu com a cânula de traqueostomia e referenciado para tratamento no exterior do país.

Discussão: As estenoses pós entubação, são as mais frequentes. Nos adultos são provocadas não só pelo tempo de entubação, mas sobretudo pela isquemia até a necrose da mucosa traqueal e a seguir da cartilagem traqueal esmagadas pelo balonete de alta pressão da cânula. Além da lesão isquêmica há também outros fatores como as infecções traqueais. As estenoses podem originar-se da ação de germes gram positivos ou negativos, germes específicos como o bacilo da tuberculose, fungos ou de parasitas. Entretanto estas estenoses são muito raras e diagnosticadas com a história clínica, exames de imagem do tórax e pela presença da bactéria, bacilo, fungo ou parasita na expectoração, secreções traqueo/brônquicas ou biopsias da área estenosada. Confirmado o diagnóstico e se houver sintomas e sinais de insuficiência respiratória obstrutiva, além do tratamento específico, os doentes têm de ser

submetidos a tratamento endoscópico. Pensamos que o nosso doente teve vários fatores de risco para a estenose traqueal, as entubações repetidas, o tempo prolongado da entubação, assim como a infecção fúngica e não realização do tratamento endoscópico, por dificuldades técnicas locais na abordagem destes doentes.

Conclusão: A estenose traqueal é uma complicação com elevada morbidade, mas que pode ser prevenida. Nos países com poucos recursos esta complicação é grave e muitas vezes pode ser fatal. Sua incidência pode diminuir com o conhecimento da sua fisiopatologia e dos cuidados para evitá-la.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 130

UMA VISÃO SOBRE ABCESSOS PULMONARES NUM HOSPITAL DISTRITAL

Autor do trabalho:

CATARINA CASCAIS COSTA

Serviço de Pneumologia – Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Co-Autores do trabalho:

LÍLIA ANDRADE; ANDRÉINA VASCONCELOS; ALCINA SARAIVA

Palavras-chave: ABCESSOS PULMONARES, PARÊNQUIMA PULMONAR, EPIDEMIOLOGIA

Introdução: Os abcessos pulmonares são cavidades presentes no parênquima pulmonar que contêm conteúdo necrosado e que ocorrem após uma infecção microbiana. Podem ser classificados como agudos ou crônicos, primários ou secundários. A antibioterapia prolongada e o tratamento dos fatores predisponentes são a base da terapêutica.

Material e métodos: Analisaram-se os processos clínicos dos doentes internados de 2012 a 2018 no Serviço de Pneumologia com o diagnóstico de abcesso pulmonar através da codificação hospitalar. Foram recolhidas as informações relacionadas com aspetos epidemiológicos, sintomas, comorbilidades e tratamentos realizados.

Resultados: Encontraram-se 23 doentes, 73.9% do sexo masculino com uma idade média de 61.0 ± 18.2 anos, 91.3% foram internados através do serviço de urgência e 87% dos doentes eram independentes nas atividades de vida diária. A tosse com expectoração, toracalgia e febre foram os sintomas mais frequentes e 39.1% eram fumadores, 26.1% ex-fumadores e 34.7% tinham hábitos alcoólicos. As comorbilidades mais presentes foram, por ordem de frequência, a patologia pulmonar prévia, diabetes mellitus, hipertensão arterial e a presença de neoplasias ativas.

Radiologicamente as lesões foram mais frequentes no campo pulmonar direito (56.5%) e as alterações analíticas mais frequentes foram a leucocitose e elevação da PCR, que estavam ambas presentes em 43.7% dos doentes. Em 4 doentes foi isolado agente através da cultura do lavado brônquico e em 7 doentes foi isolado agente na cultura da expectoração.

No que diz respeito ao tratamento as classes de antibióticos mais utilizadas foram as penicilinas e derivados, seguidas dos macrólidos, carbapenems e aminoglicosídeos, sendo que 47.8% dos pacientes foram tratados com 4 ou mais antibióticos.

Conclusão: Os abcessos pulmonares são raros, no entanto, continuam a ser responsáveis por uma morbimortalidade significativa, o que justifica a pertinência do seu estudo.

PE 131

TRACHEOBRONCHOPATIA OSTEOCHONDROPLASTICA: DOIS CASOS RAROS

Autor do trabalho:

MIGUEL ALVES

Serviço de Medicina Interna da ULSNE

Co-Autores do trabalho:

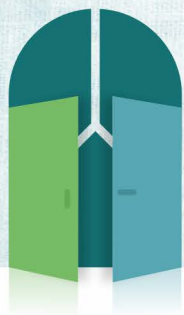
NELSON TEIXEIRA; CLOTILDE ANDRADE

Palavras-chave: DISPNEIA, DOENÇAS DA TRAQUEIA, BRONCOSCOPIA

Traqueobroncopatia Osteocondroplástica (TO) é uma desordem benigna, rara, das grandes vias aéreas, de etiologia desconhecida, caracterizada por um crescimento anormal de numerosos nódulos submucosos cartilaginosos e / ou ósseos, muitas vezes protuberantes para a luz traqueal. Apresentam-se como projeções osteocartilaginosas redondas ou polipoides que cobrem a porção rugosa da superfície da mucosa traqueobrônquica e a área estreita e rígida na árvore respiratória. Caracterizam-se por crescimento lento, progressivo, focal ou difuso, recoberto por epitélio metaplásico ou normal, estendendo-se desde o pericôndrio até a luz traqueal, ao longo do trajeto do anel, com inclusão hematopoiética ativa nas neoformações nodulares. Os pacientes são comumente assintomáticos, mas o TO pode-se apresentar clinicamente com espirros, dispnéia, hemoptise, tosse ou pneumonia obstrutiva, fazendo tomografia computadorizada (TC) e exame broncoscópico com biópsia das lesões, essencial para o correto diagnóstico.

Apresentam-se dois casos pela sua raridade e pelo seu diagnóstico num serviço de Pneumologia num curto espaço de tempo.

Homem de 75 anos, sem Antecedentes Patológicos relevantes, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica do tipo pleurítica, com tosse e expectoração hemoptóica. Dos exames complementares de diagnósticos realizados, salienta-se analiticamente marcadores inflamatórios aumentados; gasometricamente com Insuficiência respiratória tipo 1 e Radiograficamente com uma condensação na base direita. Foi admitido com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, iniciando antibioterapia empírica. Durante sua permanência no hospital, foi submetido a uma tomografia computadorizada torácica, que mostrou uma irregularidade difusa da traqueia e dos dois brônquios principais. O exame por broncofibroscopia revelou várias lesões polipóides, com mucosa aparentemente normal. Biópsias brônquicas mostraram inflamação inespecífica e metaplasia epidermoide. O paciente foi então submetida a uma broncoscopia rígida, onde foram obtidas biópsias maiores das lesões polipóides. O exame histológico mostrou cartilagem e fragmentos ósseos maduros, confirmando o diagnóstico de Tracheobronchopatia Osteochondroplastica. Homem de 51 anos, autónomo, com antecedentes de HTA e Obesidade, não fumador, Septoplastia em 2009 e paralisia facial em 2016 de etiologia desconhecida. Foi orientado para a consulta externa de Pneumologia por roncopatia com agravamento progressivo e episódios de apneia do sono. Do estudo realizado, objetivou-se por TC Torácico "...ligeira deformação da traqueia, sobretudo ao nível do mediastino superior que apresenta um diâmetro transversal reduzido não superior a 12mm com um claro espessamento e irregularidade da mucosa..." Realizou Broncofibroscopia com Lavado Alveolar, revelando uma citologia negativa para células malignas.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

A nível Anatomopatológico, o fragmento de biópsia de lesão polipóide traqueobrônquica revelou-se um processo inflamatório sub-agudo, com abundante infiltração de linfócitos, hiperplasia reactivas de células mucinosas, e anel cartilágneo parcialmente calcificado. O doente mantém na consulta, em vigilância, sem realização de qualquer tipo de tratamento. A TO é uma condição benigna e muitas vezes não é necessária intervenção em casos assintomáticos. Neste caso o tratamento da Pneumonia subjacente resultou na resolução de todos os sintomas. Não foi necessário tratamento direto nas vias aéreas superiores e o paciente permanece assintomático, com posterior vigilância clínica, com seguimento em Consulta Externa.

PE 132

QUANDO AS PEÇAS NÃO ENCAIXAM

Autor do trabalho:

DANIELA MEIRELES

CHBV- AVEIRO

Co-Autores do trabalho:

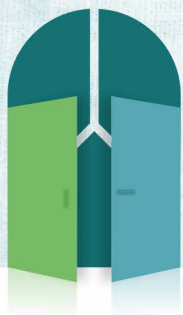
ANDREINA VASCONCELOS; PEDRO CARVALHO; RAQUEL FERREIRA;
JOANA NEVES; GILBERTO TEIXEIRA

Palavras-chave: HIPOXEMIA, FOP, DIFERENCIAL, ECOTRANSESOFAGICO

Introdução: As causas major de hipoxémia refractária no adulto (hipoxémia que não responde à administração de fluxos elevados de oxigénio) são geralmente secundárias a patologia pulmonar (trombembolia pulmonar [TEP] e síndrome de desconforto respiratório) ou, mais raramente, patologia estrutural cardíaca, condicionando shunts direitos-esquerdos.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino de 71 anos, internado no serviço de Ortopedia para artroplastia eletiva da anca esquerda, sob raquianestesia. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, sem antecedentes de patologia cardíaca ou pulmonar. Sete dias após a cirurgia iniciou quadro de dispneia, tosse e expectoração, com hipoxemia e elevação dos parâmetros inflamatórios (leucocitose $29,1 \times 10^9/L$ e PCR 34 mg/dL), pelo que foi assumida infeção respiratória associada aos cuidados de saúde. Cumpriu 7 dias de antibioterapia com piperacilina/tazobactam com resolução do quadro infeccioso. No entanto, mostrou agravamento progressivo da hipoxémia, com fração de shunt elevada (gradiente alveolo-arterial de 538, com paO_2 43 mmHg; paCO_2 28 mmHg sob FiO_2 0,85-0,90) tendo necessidade de iniciar oxigenoterapia de alto fluxo a 30L/min. Realizou diversos exames complementares: radiografia torácica que não mostrou alterações; angiotomografia que exclui TEP ou embolia gorda; cintigrama de ventilação/perfusão que excluiu TEP mas que revelou sinal equívoco de captação renal e cerebral que sugerem shunt direito-esquerdo; ecografia transtorácica (ETT) que não revelou alterações sugestivas de shunt intracardíaco e com boa função sistólica ventricular esquerda e ausência de sinais de hipertensão pulmonar. Por manutenção da hipoxémia realizou ecografia transesofágica (ETE) que mostrou aneurisma do septo inter-auricular tendo sido feito teste de micro-bolhas com soro salino agitado que evidenciou a presença de shunt direito-esquerdo com e sem manobra de Valsava, revelando presença de foramen oval patente (FOP). Foi submetido a cateterismo cardíaco que confirmou a inexistência de hipertensão pulmonar. Procedeu-se ao encerramento percutâneo do defeito do septo inter-auricular com resolução completa do quadro de hipoxémia. Repetiu ETE que mostrou dispositivo de encerramento FOP bem posicionado e sem evidência de shunt residual. O doente teve alta, mantendo seguimento em consulta de Cardiologia.

Conclusão: No estudo de uma hipoxémia refractária salienta-se a importância do diagnóstico diferencial de shunt intracardíaco. O diagnóstico desta entidade pode ser facilitado pela manifestação de platipneia, mas dado que o doente tinha sido submetido a cirurgia ortopédica não foi possível objetivar esse sinal clínico. O encerramento percutâneo do FOP é o tratamento definitivo para esta patologia.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 133

SÍNDROME DO PULMÃO ENCOLHIDO – UMA MANIFESTAÇÃO RARA DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Autor do trabalho:

TERESA PEREIRA RODRIGUES

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Co-Autores do trabalho:

ANA SOFIA OLIVEIRA; CARLOS LOPES

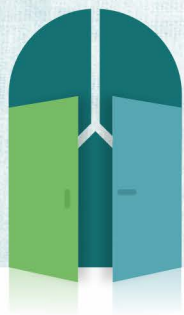
Palavras-chave: LÚPUS, SÍNDROME DO PULMÃO ENCOLHIDO, RESTRIÇÃO PULMONAR

O envolvimento do sistema respiratório no lúpus eritematoso sistémico (LES) é frequente, consistindo maioritariamente em envolvimento pleural, hemorragia alveolar, tromboembolismo pulmonar (TEP), hipertensão pulmonar, e doença difusa pulmonar. A síndrome do pulmão encolhido (SPE) é uma manifestação rara do LES (1% dos doentes). Manifesta-se por dispneia progressiva e toracalgia, com redução dos volumes pulmonares – associada a elevação do diafragma e alteração ventilatória restritiva – na ausência de alterações parenquimatosas e outras causas de restrição. A fisiopatologia não é clara, admitindo-se várias hipóteses: inibição de reflexos de ativação diafragmática devido a dor pleurítica; miopatia diafragmática; défice de surfactante; aderências pleurais; disfunção da parede torácica; e parésia do nervo frénico. A terapêutica não está bem definida, mas assenta em imunossupressão – corticóides, azatioprina, ciclofosfamida e metotrexato. O prognóstico é bom, com melhoria clínica e funcional, embora a elevação do diafragma persista. Há um grande atraso no diagnóstico por falta de alerta para a síndrome.

Apresentamos o caso de uma doente de 76 anos, com LES diagnosticado aos 38 anos, manifestado por artrite, pericardite e derrame pleural. Iniciou terapêutica com prednisolona e azatioprina, com controlo da doença. Aos 73 anos iniciou quadro de dispneia para médios esforços. Realizou TC torácica, sem alterações pleuro-parenquimatosas, e provas de função respiratória, que revelaram alteração ventilatória restritiva (TLC 72% do previsto), não explicada por outras causas. Aumentou-se a dose de azatioprina, com melhoria das queixas. Aos 74 anos foi submetida a colocação de prótese valvular aórtica por estenose. As radiografias posteriores mantiveram-se sobreponíveis, excluindo iatrogenia. Aos 75 anos a dispneia agravou, surgindo para esforços mínimos. O ecocardiograma mostrou fração de ejeção preservada. A espirometria revelou novamente padrão sugestivo de alteração restritiva, não sendo contudo possível realizar pletismografia, estudo da difusão do CO nem medição da pressão inspiratória máxima por incapacidade de colaboração da doente. Foi repetida TC torácica, que evidenciava apenas elevação da hemicúpula diafragmática direita, sem outras alterações. A ecografia abdominal excluiu hérnia ou organomegália que justificasse esta elevação. A radiografia de tórax em inspiração e expiração confirmou ausência de mobilidade do hemidiafragma direito, também corroborada por ecografia torácica. Foi otimizada terapêutica broncodilatadora e instituída fisioterapia, com redução significativa da dispneia. Por TEP iniciou anticoagulação. Aguarda eletromiografia diafragmática, para averiguar a presença de neuropatia do frénico que, sendo incomum, se encontra descrita em vários casos de SPE. De

momento a equacionar-se imunossupressão mais agressiva, que ficou adiada devido à idade e ao TEP recente.

Este é um caso de LES com manifestações pulmonares típicas – pleurite e TEP – mas também com uma manifestação rara – SPE – que constitui diagnóstico de exclusão e para a qual os clínicos devem estar alerta. Este caso demonstra que é sempre importante excluir as diferentes manifestações de uma doença que já se encontra diagnosticada, integrando os diferentes dados clínicos, funcionais e imagiológicos, antes de se equacionarem outras hipóteses diagnósticas.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 134

EXACERBAÇÃO DE DPOC COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA GLOBAL AGUDA – A EXPERIÊNCIA DE UM ANO NUMA UNIDADE DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA.

Autor do trabalho:

ANA LUÍSA RAMOS

Hospital Egas Moniz – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Co-Autores do trabalho:

JOANA FERRA; SANDRA ANDRÉ; MARGARIDA RAPOSO; FERNANDO NOGUEIRA

Palavras-chave: INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA GLOBAL, EXACERBAÇÃO, DPOC, COMORBILIDADES, MORTALIDADE.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial. É uma doença sistémica, que se associa habitualmente a várias comorbilidades, com exacerbações frequentes que têm impacto significativo na qualidade de vida e sobrevida dos doentes. A exacerbação de DPOC com insuficiência respiratória global aguda é um indicador de risco acrescido de morte e a ventilação não invasiva (VNI) é o tratamento recomendado.

Objetivo: Caracterização dos doentes com insuficiência respiratória global aguda por exacerbação de DPOC admitidos numa Unidade de VNI de um hospital central durante o ano de 2018.

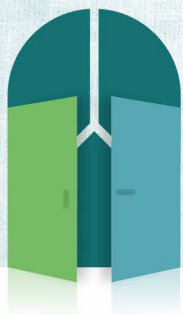
Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes admitidos na unidade de VNI do serviço de Pneumologia de um hospital central com o diagnóstico de DPOC exacerbada com insuficiência respiratória global aguda durante o ano de 2018. Foram excluídos doentes com insuficiência respiratória de outras causas. Colheita de dados através de revisão do processo clínico informático. Subsequente análise descritiva dos dados com recurso a SPSS Statistics v23.

Resultados: Amostra de 43 doentes (idade média de 72 anos, 56% do sexo masculino); 40% fumadores ativos e 53% ex-fumadores (carga tabágica média 50 UMAs). As comorbilidades mais frequentemente encontradas foram: hipertensão arterial (49%), insuficiência cardíaca (46%), dislipidemia (42%), Diabetes mellitus (31%), fibrilhação auricular (31%) e perturbação de ansiedade/depressão (22%). O valor médio do índice de comorbilidades de Charlson ajustado à idade foi de 5 pontos. O FEV1 médio dos doentes foi de 47%, o valor médio basal de eosinófilos periféricos foi de 2% (144/uL) e 78% apresentava pelo menos 1 exacerbação com necessidade de internamento no ano anterior. A maioria das exacerbações (73%) foram de causa infecciosa, com PCR média de 10mg/dL. O score APACHE médio dos doentes à admissão foi 12 pontos.

O pH arterial médio da amostra previamente à instituição de VNI foi 7,29, com paCO_2 78mmHg e razão pO_2/FiO_2 de 210. Em 29% dos doentes a VNI era o tecto terapêutico, não apresentando indicação para intubação/ressuscitação. A taxa de mortalidade observada foi de 14% aos 30 dias, sendo a mortalidade prevista (de acordo com o score APACHE) de 15%.

Conclusão: Os dados obtidos são concordantes com a literatura no que diz respeito à elevada prevalência do tabagismo reforçando a necessidade de se continuar a investir na cessação tabágica. Salienta-se

também a associação da DPOC com múltiplas comorbilidades (traduzindo-se num índice de comorbilidades de Charlson elevado), o que realça a necessidade do médico investigar e tratar não só a exacerbação da DPOC como também as comorbilidades associadas. A mortalidade observada foi inferior à esperada, sugerindo a qualidade dos cuidados prestados.



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 135

IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL E DÉFICE DE ALFA-1 ANTITRIPSINA

Autor do trabalho:

CLÁUDIA SABINA FIGUEIRA DE SOUSA

Hospital Central do Funchal

Co-Autores do trabalho:

VICTOR TEIXEIRA; VITOR PEREIRA; RITA PINHEIRO; SUSANA SEIXAS;
NATÁLIA MARTINSPalavras-chave: DÉFICE DE ALFA-1 ANTITRIPSINA; DPOC; MMALTON;
IMUNODEFICIÊNCIA DEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL;

Relata-se um caso sobre uma mulher com antecedentes pessoais de asma na infância cujos sintomas cessaram espontaneamente durante a sua adolescência. Aos 32 anos de idade, fumadora já há 10 anos, foi internada por pneumonia com derrame pleural. Desde essa altura os sintomas respiratórios (dispneia e tosse produtiva) começaram a ser mais frequentes e recorrentes. Várias infeções respiratórias foram diagnosticadas nos anos subsequentes, e após medição dos seus níveis séricos de imunoglobulinas, descobriu-se que a doente apresentava imunodeficiência comum variável (IDCV) que foi tratada com administração subcutânea de imunoglobulinas.

Aos 57 anos de idade, foi avaliada para défice de alfa-1 antitripsina (DA1AT). A análise demonstrou níveis séricos muito baixos da proteína no sangue (18.7mg/dL por nefelometria). Como o diagnóstico genético inicial de DA1AT foi inconsistente com os níveis séricos da proteína, foi enviada uma amostra para o IPATIMUP. Dessa reavaliação, que incluiu focagem isoeletrica, genótipo de 4 locais polimórficos – incluindo mutações S e Z, e ainda sequenciação das regiões codificadoras do gene da SERPINA1, foi detetada a mutação p.Phe52del num alelo M2, em homozigotia (Pi*Mmalton/Mmalton), como sendo a mutação causadora do DA1AT. Na altura deste diagnóstico, a doente já tinha deixado de fumar há seis meses e as suas provas funcionais comprovavam a existência de uma alteração ventilatória obstrutiva com um volume expiratório forçado no primeiro segundo (FEV1) de cerca de 53% do previsto, pelo que se iniciou terapêutica de substituição de alfa-1 antitripsina. Apesar de apresentar défice de IgA, os seus níveis nunca foram baixos o suficiente para a doente desenvolver anticorpos anti-IgA, tolerando a terapêutica sem quaisquer reações adversas.

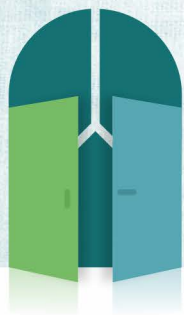
A doente foi ainda submetida a uma tomografia computadorizada de tórax, que revelou bronquiectasias basais bilaterais e enfisema centrilobular e paraseptal nos lobos superiores. A doença hepática foi avaliada através do FibroScan®, que detetou uma rigidez hepática estimada de 7.9kPa – um score compatível com fibrose significativa mas ainda sem presença de cirrose.

Outro achado interessante foi o aumento marcado de FEV1 após três anos de terapêutica de substituição. Este achado não está descrito na literatura e pode ser explicado pela otimização de broncodilatadores inalados, pelo facto de a doente ter deixado de fumar apenas três meses antes das primeiras provas funcionais, pela variabilidade interoperador na execução das provas e até pela variabilidade na capacidade de realização das provas

por parte do doente de acordo com o facto de estar ou não em período de exacerbação da doença.

Apesar de vários estudos terem tentado encontrar uma relação entre a IDCV e DA1AT, ainda há evidência limitada de que estas doenças possam estar de algum modo correlacionadas. Ambos os genes que condicionam as patologias estão no mesmo cromossoma e em alguns estudos parece haver um efeito de segregação genética para ambas as doenças.

Este caso enfatiza a singularidade de uma só doente apresentar ambas as doenças e do facto de o DA1AT ser causado por um genótipo extremamente raro (Pi*Mmalton/Mmalton).



35°

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA

1º CONGRESSO LUSO-PALOP DE PNEUMOLOGIA

2019 NOV 7_9

SPP

POSTERS
EXPOSTOS

PE 136

AVALIAR A EXPERIÊNCIA DO DOENTE NO CONTEXTO DOS CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS: UMA REVISÃO DE INSTRUMENTOS

Autores do trabalho:

CÁTIA CANEIRAS; CRISTINA JÁCOME

Lisboa, Portugal; Porto, Portugal; Madrid, Espanha; Barcelona, Espanha

Co-Autores do trabalho:

SAGRARIO MAYORALAS-ALISES; JOSE RAMON CALVO; JOÃO ALMEIDA FONSECA ; SALVADOR DIAZ-LOBATO ; JOAN ESCARRABILL ; JOÃO CARLOS WINCK

Palavras-chave: EXPERIÊNCIA DO DOENTE; QUALIDADE EM SAÚDE; CUIDADOS CENTRADOS NO DOENTE; OXIGENOTERAPIA DE LONGA-DURAÇÃO; VENTILAÇÃO MECÂNICA DOMICILIÁRIA; CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS

O número crescente de doentes que necessitam de cuidados respiratórios domiciliários (CRD) em Portugal constitui um desafio para a manutenção da qualidade destes cuidados de saúde. Os profissionais de saúde, os administradores e os decisores políticos concordam que a integração da experiência do doente na prestação de cuidados é um pilar dos cuidados de saúde personalizados e de elevada qualidade. No entanto, ainda se desconhecem que instrumentos são adequados para recolher a percepção dos doentes sobre a sua experiência pessoal com os cuidados de saúde recebidos – PREMs – no contexto dos CRD. Assim, esta revisão pretendeu identificar PREMs existentes e avaliar a sua adequação para avaliar a performance da prestação de CRD.

Esta revisão, apesar de natureza não sistemática, incluiu pesquisas em bases de dados eletrónicas (PubMed, Medline, ISI Web of Knowledge e Google Scholar), e pesquisas manuais (consulta de experts, revisão da lista de referências de artigos relacionados com o tópico). A pesquisa decorreu entre Julho e Dezembro de 2018 sem qualquer restrição temporal, embora fosse limitada a documentos em inglês, português e espanhol.

Foram encontrados 14 instrumentos desenhados para avaliar a experiência do doente com cuidados de saúde recebidos em diferentes contextos de saúde (n=6), no hospital (n=4), nos cuidados primários (n=2), nos cuidados intermédios e na comunidade (n=3). Grande parte das PREMs era genérica e desenhada para ser aplicada a diversas condições de saúde. Contudo, duas PREMs foram especificamente desenvolvidas para doentes com doenças crónicas e uma especificamente para doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. A maioria das PREMs foi desenvolvida para aplicação em doentes adultos e testada em doentes com pelo menos 15 anos de idade. Apenas 2 instrumentos foram testados em cuidadores de crianças. O inglês foi a língua mais comumente encontrada, embora alguns instrumentos estejam disponíveis em norueguês (n=3), italiano (n=2) e espanhol (n=1). Nenhum dos instrumentos descritos estava disponível em português, nem avaliava especificamente a experiência com CRD.

PREMs distintas e usadas em diferentes contextos de saúde estão disponíveis, sendo que algumas são passíveis de ser usadas para avaliar a percepção de doentes com CRD. Contudo, a tradução/adaptação cultural

de algumas destas PREMs para a população portuguesa e/ou o desenvolvimento de uma PREM específica para o contexto dos CRD são necessários e devem constituir prioridades de investigação nos próximos anos. Estas PREMs poderiam posteriormente ser usadas para monitorizar a experiência do doente e incorporadas como indicadores de qualidade dos CRD.