

PULMONOLOGY⁰¹

JOURNAL

Previously **Revista Portuguesa de Pneumologia**

volume 26 / Special Congress 3 / Outubro 2020

11º Congresso Pneumologia do Centro-Ibérico

Virtual-Interactivo, 1 e 2 Outubro de 2020



PULMONOLOGY

www.journalpulmonology.org



Volume 26. Especial Congresso 3. Outubro 2020

11º Congresso Pneumologia do Centro-Ibérico

Virtual-Interactivo, 1 e 2 Outubro de 2020

Sumário

Comunicações orais	1
Posters	3



COMUNICAÇÕES ORAIS

11.º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico

Virtual-Interactivo, 1 e 2 Outubro de 2020

CO01. EFICÁCIA E SEGURANÇA DA VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA NO TRATAMENTO DE COVID-19 GRAVE

M. Guía, A. Carrillo-Alcaraz, N. Alonso-Fernández, A. López-Martínez, M.E. Martínez-Quintana, A. Higon-Cañigral, A. Montenegro-Moure, A. Renedo-Villarroya, J.M. Sánchez-Nieto, M.T. Herranz-Marín

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A infeção por SARS-CoV-2 pode causar pneumonia e insuficiência respiratória aguda, com necessidade de admissão em unidade de cuidados intensivos (UCI) e suporte respiratório.

Objetivos: Analisar os doentes com COVID-19 internados em UCI, a nível de suporte respiratório inicial e risco de contágio dos profissionais de saúde por aerossóis.

Métodos: Estudo observacional e retrospectivo. Foram incluídos todos os doentes com diagnóstico de insuficiência respiratória e COVID-19 admitidos numa UCI e que necessitaram de oxigenoterapia de alto fluxo por cânula nasal (OAFCN), ventilação não-invasiva (VNI) ou intubação oro-traqueal com ventilação invasiva (IOT-VMI). A falência de OAFCN foi definida como necessidade de escalonamento para VNI, e a falência de VNI como a necessidade de IOT-VMI ou morte na UCI. A VNI foi realizada com ventiladores específicos para VNI, em modo CPAP ou em modo binível. No modo CPAP, a pressão positiva inicial era de 10 cmH₂O. Na VNI em modo binível, o nível inicial de EPAP foi de 10 cmH₂O e o nível de IPAP não excedeu o nível de EPAP em mais de 5 cmH₂O.

Resultados: Foram analisados 32 doentes, a maioria do sexo masculino e com média de idades de 60 anos. O índice SAPS II foi maior no grupo IOT-VMI. Oito doentes (25%) receberam OAFCN, 24 (75%) VNI (17 deles à admissão) e 7 (21,9%) IOT-VMI. A frequência respiratória inicial foi de 29 ± 2, 33 ± 5 e 33 ± 4 respirações por minuto, respetivamente (p = 0,066), e a PaO₂/FiO₂ 161 ± 21, 126 ± 37 e 124 ± 28 mmHg, respetivamente (p = 0,015). Houve falência da OAFCN em 7 doentes (87,5%). Dos 24 doentes tratados com VNI, houve 6 casos de falência (25%). Os doentes tratados inicialmente com IOT-VMI apresentaram uma permanência média em UCI de 27,4 ± 16,1 dias em comparação com 10,8 ± 7,1 dias no grupo de doentes tratados apenas com OAFCN ou VNI (p = 0,002). O tempo total de internamento hospitalar foi de 38,1 ± 15,6 e 19,7 ± 13,7 dias, respetivamente (p = 0,004). Posteriormente, 98% dos profissionais de

saúde da UCI foram submetidos a estudo sorológico para infeção a SARS-CoV-2, todos com resultados negativos.

Conclusões: A insuficiência respiratória aguda grave secundária a COVID-19 pode ser tratada de forma eficaz e segura com VNI. O uso de dispositivos não invasivos não aumentou o risco de contágio nos profissionais de saúde da UCI.

Palavras-chave: COVID-19. Ventilação não-invasiva. Insuficiência respiratória.

CO02. ALTERAÇÕES HEMATOLÓGICA E TEMPO DE CLEARANCE DO NOVO CORONAVÍRUS

J. Ribeiro, J. Andrade, G. Valbom, R. Guimarães, R.M. Alves, A.F. Carriço, R. Gomes.

Unidade Local de Saúde, EPE.

Introdução: A infeção por SARS-CoV2, causadora da atual pandemia, tem notáveis manifestações hematológicas. Estudos sugerem que a contagem de linfócitos, plaquetas e rácio neutrófilos-linfócitos (RNL) são indicadores de inflamação em diversas patologias. Por outro lado, uma das principais preocupações é o período de contágiosidade.

Objetivos: Estudar a correlação entre contagem de linfócitos e plaquetas, RNL e rácio plaquetas-linfócitos (RPL) à admissão e o tempo desde o diagnóstico à cura em doentes hospitalizados.

Métodos: Estudo retrospectivo que inclui adultos hospitalizados com SARS-CoV-2 entre Março e Julho de 2020. O diagnóstico consiste na deteção de RNA em exsudado naso/orofaríngeo por PCR. Os critérios de cura incluem a ausência de febre e melhoria dos sintomas, associado a 2 pesquisas consecutivas negativas de RNA, com intervalo de pelo menos 24h e 14 dias após o início dos sintomas. Os doentes foram separados em grupos com base nos dias do diagnóstico à cura (14 vs > 14 dias). Análise das variáveis pelo teste Qui-quadrado e Mann-Whitney. Aplicada a curva ROC na análise da capacidade das variáveis para predizer o período de clearance.

Resultados: Identificados 99 doentes com idade média de 59,8 ± 24,2 anos, 53 (53,5%) mulheres. À admissão 39 (39,4%) doentes tinham alterações hematológicas, 12 (12,2%) linfopenia, 11 (11,1%) trombocitopenia e 10 (10,1%) ambas. A duração média do diagnóstico à cura foi de 24,3 19,8 dias. Foram identificados 69 (69,7%)

doentes com mais de 14 dias desde diagnóstico à cura e 30 (30,3%) com 14 ou menos. Não existe diferença significativa entre os grupos na idade, sexo, Charlson Index, tempo de hospitalização, admissão em cuidados intensivos ou contagem de linfócitos. Existem diferenças na contagem plaquetas (p 0,012), RNL (p 0,005) e RPL (p 0,016). Apenas o valor RPL prevê o período de clearance, sendo o melhor ponto de corte para prever um período > 14 dias o valor de 6,28 com 61,5% de sensibilidade e 66,0% de especificidade (AUC 0,63, p 0,02). **Conclusões:** O RPL à admissão de doentes com SARS-CoV2 parece ser menor nos doentes com um período superior a 14 dias desde do diagnóstico à cura e pode ser utilizado como valor preditivo. Pelo o seu baixo custo e reprodutibilidade, o RPL poderá adquirir valor clínico na identificação de doentes com maior período de contagem.

Palavras-chave: SARS-CoV-2. COVID-19.

CO03. COVID-19 E SOBREENFEÇÃO BACTERIANA: MAIOR GRAVIDADE?

M.V. Matias, A.L. Ramos, S. Peres, C. Fonseca, K. Mansinho

Hospital de Egas Moniz.

Introdução: Em pandemias anteriores a sobreinfecção bacteriana representou uma das maiores causas de mortalidade. À luz do conhecimento atual, ainda escasso, sobre a COVID-19 é controversa a existência de uma associação entre a sobreinfecção em indivíduos com infecção por SARS-CoV-2 e maior gravidade clínica.

Objetivos: Avaliar se a presença de sobreinfecção bacteriana em doentes internados com COVID-19 representa uma maior gravidade clínica e pior prognóstico.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes com diagnóstico de infecção por SARS-CoV-2 internados num Centro Hospitalar da área metropolitana de Lisboa de Março a Maio de 2020. Foi definida sobreinfecção bacteriana como a identificação de uma bactéria em cultura de amostra respiratória, sangue, urina ou antigenúria positiva. Foi feita a análise comparativa entre doentes com e sem sobreinfecção quanto à presença de insuficiência respiratória, admissão em Unidade de Cuidados Intensivos, necessidade de ventilação invasiva, dias de internamento em UCI, dias de internamento total e mortalidade. Foi definida significância estatística como p value < 0,05.

Resultados: Amostra de 151 doentes, 31 com sobreinfecção bacteriana. A maioria das sobreinfecções foram de foco respiratório e nosocomiais. O grupo de doentes com sobreinfecção teve maior presença de Insuficiência respiratória (65% vs 55%), embora sem significância estatística. Este grupo apresentou também uma maior taxa de admissão em UCI (45% vs 21%, p value 0,01) e de necessidade de ventilação invasiva (39% vs 7%, p value < 0,0001). Os doentes com sobre-infecção bacteriana estiveram em média 15 ± 9 dias internados em UCI e os doentes sem sobre-infecção 6 ± 5 dias (p -value < 0,001). Quanto ao total de dias de internamento, os doentes com sobreinfecção estiveram em média 30 ± 16 dias e sem sobreinfecção 15 ± 12 dias. No grupo de doentes com sobreinfecção bacteriana foram verificados 4 (13%) óbitos e no grupo sem sobre-infecção 12 óbitos (10%).

Conclusões: A ocorrência de sobreinfecção bacteriana em doentes internados com infecção por SARS-CoV-2 parece conferir maior gravidade clínica o que se reflete na maior necessidade de cuidados intensivos e internamentos mais prolongados. No entanto, a gravidade apresentada não se traduziu numa maior mortalidade.

Palavras-chave: COVID-19. Sobreinfecção. gravidade clínica.



POSTERS

11.º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico

Virtual-Interactivo, 1 e 2 Outubro de 2020

P01. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA EXACERBAÇÃO AGUDA DPOC, REALIDADE NUM INTERNAMENTO DE PNEUMOLOGIA

D. Pimenta, M.J. Araújo, F. Aguiar, D. Rodrigues, A.L.Vieira, R. Rolo, L. Ferreira

Hospital de Braga.

Introdução: A DPOC é a 3ª principal causa de morte no mundo. Os doentes necessitam de múltiplos internamentos. A ventilação não invasiva (VNI) reduz a mortalidade hospitalar e a necessidade de intubação destes doentes.

Objetivos: Caracterizar a amostra de doentes internados por exacerbação aguda da DPOC (EADPOC) com insuficiência respiratória (IR) hipercláptica submetida a VNI entre 2016-2019.

Métodos: Realizou-se análise retrospectiva e descritiva dos doentes com EADPOC e IR aguda e necessidade de internamento sob VNI, entre 2016-2019.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 179 doentes, 53% do sexo masculino, idade média de 78 ± 11 anos, com várias comorbilidades, registando-se a insuficiência cardíaca em 56% da amostra. A maioria dos doentes apresentou mais que uma exacerbação no ano anterior. 48% cumpria oxigenoterapia domiciliária e 25% cumpria VNI previamente ao internamento. Dividimos a amostra em 3 grupos: aqueles que cumpriam VNI antes do internamento e mantiveram à data da alta (1º grupo), os que cumpriram VNI apenas durante o internamento (2º grupo) e aqueles que necessitaram de VNI no internamento e não foi possível desmamar a VNI, tendo sido prescrita para domicílio à data da alta (3º grupo). Verificamos que o 3º grupo, composto por 65% de homens, com IMC médio de 27 ± 7 Kg/m², apresentava menor valor de FEV1 (41%), maior duração de internamento (15 ± 7 dias), elevada taxa de exacerbação e necessidade de reinternamento aos 3 meses comparativamente com os 2 outros grupos. Apesar da gravidade, estes doentes apresentaram resolução da exacerbação sem necessidade de intubação orotraqueal. A taxa de mortalidade global ao fim de um ano foi de 19%.

Conclusões: Estes dados mostram-nos que os doentes internados por EADPOC eram doentes idosos, exacerbadores, com má função pulmonar. A amostra de doentes com necessidade de VNI domiciliária correspondia a doentes com pior função pulmonar, com hiper-

capnia sustentada e por isso pior prognóstico. A observação regular destes doentes poderá prevenir exacerbações futuras.

Palavras-chave: VNI. Exacerbação aguda DPOC.

P02. 40 ANOS DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE, DIA DE FESTEJO E RASTREIO

D. Pimenta, M.J. Araújo, F. Aguiar, D. Rodrigues, R. Rolo, L. Ferreira

Hospital de Braga.

Introdução: No dia 15 de setembro de 2019, o Sistema Nacional de Saúde Português festejou 40 anos. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbilidade crónica. Afeta cerca de 14% da população portuguesa. No Hospital de Braga foi realizada uma campanha de conscientização através da realização de questionários e espirometrias à população geral.

Objetivos: Realizar espirometrias e questionários à população, identificar alterações e caracterizar a população participante: dados demográficos, dados epidemiológicos e funcionais.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal, aplicando um questionário e realizada espirometria a utentes que frequentavam o Hospital de Braga no período da manhã do dia 13 de Setembro de 2019.

Resultados: Foram rastreados 63 utentes, dos quais, 68% do sexo feminino (43 Mulheres e 20 Homens), com idade média de 61 ± 12 anos. A grande maioria dos utentes nunca tinha realizado espirometria previamente. Realizou-se, a cada utente, 3 espirometrias, cumprindo os critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade. Do total da amostra, 3 doentes eram fumadores ativos e 12 ex-fumadores. Foram registados como antecedentes pessoais respiratórios: Asma em 4 doentes, DPOC em 2 doentes e Neoplasia do Pulmão num doente. Seis doentes cumpriam terapêutica inalada. A amostra apresentava índice de massa corporal médio de $26,7 \pm 4,1$; FVC médio de $109,2 \pm 17,1$; FEV1 médio de $106,7 \pm 17,1$. Identificou-se patologia obstrutiva em 7 (11%) utentes, dos quais 2 utentes já tinham diagnóstico prévio de DPOC e 5 foram diagnósticos de novo. Nesse grupo, o FEV1 médio foi de 68%, FVC 93% e FEV1 / FVC foi de 60. Quatro utentes apresentavam uma obstrução considerada moderada e 3 utentes obstrução ligeira. Os doentes com alterações espirométricas de novo foram encaminhados para o seu médico assistente nos Cuidados de Saúde Primários.

Conclusões: O objetivo destas campanhas é consciencializar a população sobre doenças prevalentes e frequentemente ignoradas. O diagnóstico é essencial para que se possa tratar e monitorizar. A prevalência de doença respiratória obstrutiva na população estudada foi de 11%.

Palavras-chave: Rastreio. Espirometria. DPOC.

PO3. CASO DE PLASMOCITOMA PULMONAR PRIMÁRIO SÍNCRONO

T. Peralta, A.L. Fonseca, L. Barradas

Instituto Português de Oncologia de Coimbra-Francisco Gentil.

Introdução: O plasmocitoma extramedular (PEM) é uma neoplasia pouco frequente, que representa 3 a 5 % de todas as neoplasias derivada dos plasmócitos. A localização exclusiva a nível pulmonar (Plasmocitoma pulmonar primário -PPP) é rara e apresenta-se habitualmente como nódulo, massa pulmonar (mais frequentemente nos lobos superiores) ou como infiltrados pulmonares com ou sem envolvimento ganglionar. Nos casos descritos, apresenta maior incidência no sexo masculino, com pico na 5ª década de vida.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 76 anos, agricultora/ex-operária fabril, fumadora passiva, que recorre aos cuidados de saúde primários com queixas de astenia, sudorese e dor torácica inespecífica. Antecedentes Pessoais de leucemia de linfócitos T Grandes Granulares (LGL) com neutropenia em vigilância em consulta hospitalar, varizes dos membros inferiores, hipertensão arterial e perturbação depressiva. Medicada habitualmente com ramipril 5 mg id, clorazepato dipotássico 10 mg id, esomeprazol 20 mg id e paroxetina 20 mg id. O exame objetivo não apresentava alterações. O estudo radiográfico do Tórax evidenciou opacidade nodular, o que motivou a realização de TAC Torácica, que mostrou 2 nódulos pulmonares bilaterais localizados no lobo superior esquerdo com 18 mm e outro no lobo superior direito com 6 mm, ambos hipercaptantes na PET e inacessíveis por biópsia minimamente invasiva. Broncofibroscopia com biópsias transbrônquicas inconclusivas. Na inexistência de diagnóstico, foi realizada ressecção cirúrgica do nódulo esquerdo que revelou plasmocitoma no estudo anatomopatológico (AP). O estudo hematológico complementar excluiu invasão da medula óssea por discrasia de plasmócitos, componente monoclonal sérico ou urinário, ou outras lesões nomeadamente a nível do esqueleto. Foi mantida vigilância imagiológica do nódulo pulmonar direito, que apresentou aumento de dimensões, agora com 10 mm de maior eixo, mantendo inacessibilidade a biópsia minimamente invasiva. Foi submetida a excisão cirúrgica, tendo o estudo AP revelado plasmocitoma. Encontra-se em vigilância sem lesões ósseas ou medulares em atividade.

Discussão: O PEM é uma entidade rara, não tendo sido encontrada, até ao momento, apresentação síncrona, bem como relação de causalidade com a LGL. Não há consenso relativo ao melhor tratamento dado o número de casos relatados.

Palavras-chave: Plasmocitoma extramedular. Plasmocitoma pulmonar.

PO4. PRESSÕES MÁXIMAS RESPIRATÓRIAS NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

R. Barros^{1,2}, J. Xarepe², M. Jardim², S. Carretas², A.S. Oliveira¹, C. Bárbara³

¹Unidade de Fisiopatologia Respiratória do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte-Hospital Pulido Valente. ²Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa. ³Diretora do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; Professora Associada com Agregação da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Introdução: A DPOC é progressivamente responsável pelo surgimento do comprometimento da mecânica pulmonar, o que inclui a disfunção dos músculos respiratórios.

Objetivos: Caracterizar as MRP em indivíduos com DPOC de acordo com a gravidade da obstrução das vias aéreas e segundo a presença/ausência de hiperinsuflação pulmonar; Identificar as correlações entre as MRP e os parâmetros caracterizadores da obstrução das vias aéreas e da hiperinsuflação pulmonar.

Métodos: Estudo transversal. A amostra foi constituída por 62 indivíduos. Foi dividida segundo a gravidade da obstrução das vias aéreas e de acordo com a presença/ausência de hiperinsuflação pulmonar. Considerou-se a existência de obstrução das vias aéreas se relação FEV₁/FVC < 70% e hiperinsuflação pulmonar se RV > 140%, ITGV > 120% e TLC > 120%. A Plmáx(%) e a PE máx(%) foram consideradas dentro da normalidade acima de 70% do previsto.

Resultados: Relativamente à gravidade da obstrução das vias aéreas, 25,8% da amostra apresentava obstrução brônquica ligeira, 53,2% moderada e 21,0% grave. Verificou-se a presença de hiperinsuflação pulmonar em 41,9% dos indivíduos. Constatou-se a diminuição da Plmáx em 32,3% da amostra e da PE máx em 43,5%. Identificou-se uma maior percentagem de indivíduos com redução da Plmáx (%) e da PE máx (%) no grupo com obstrução brônquica grave (61,5% e 61,5%) e no grupo com hiperinsuflação pulmonar (46,1% e 53,9%). Observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas para a Plmáx (%) e kPa) entre o grupo com obstrução ligeira e o grupo com obstrução grave e entre o grupo com obstrução moderada e o grupo com obstrução grave (p < 0,05). Não foram verificadas diferenças com significado estatístico nas médias da Plmáx e PE máx (%) e kPa) entre os grupos com e sem hiperinsuflação pulmonar (p > 0,05). Foi observada uma correlação fraca negativa estatisticamente significativa entre a Plmáx (kPa) e a relação RV/TLC (%) (r = -0,376; p = 0,003). Não se obtiveram correlações com significado estatístico entre os restantes parâmetros avaliados (p > 0,05).

Conclusões: A determinação das MRP reveste-se de maior importância em indivíduos que apresentem obstrução das vias aéreas de maior gravidade, pois foi neste grupo que o declínio na força dos músculos respiratórios foi mais evidente.

Palavras-chave: Pressões máximas respiratórias. DPOC. Hiperinsuflação pulmonar. Obstrução das vias aéreas.

PO5. DETERMINAÇÃO DA PRESENÇA DE OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS PERIFÉRICAS EM INDIVÍDUOS ASMÁTICOS

R. Barros^{1,2}, A. David², T. Sebastião², Y. Almeida², A.S. Oliveira¹, C. Bárbara³

¹Unidade de Fisiopatologia Respiratória do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte-Hospital Pulido Valente. ²Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa. ³Diretora do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; Professora Associada com Agregação da Faculdade de Medicina de Lisboa

Introdução: A asma afeta toda a árvore traqueobrônquica, porém as vias aéreas periféricas são o principal local de limitação ao débito aéreo.

Objetivos: Determinar a presença de obstrução das vias aéreas periféricas em indivíduos asmáticos segundo vários critérios e de acordo com a presença/ausência de obstrução brônquica, *air trapping* e hiperinsuflação pulmonar.

Métodos: Estudo transversal. A amostra incluiu 62 indivíduos asmáticos. A amostra foi dividida segundo a presença/ausência de obstrução brônquica, *air trapping* e hiperinsuflação pulmonar. Definiu-se a existência de obstrução brônquica se relação FEV₁/FVC < LLN. A presença de *air trapping* foi definida pelos critérios RV > 140%, ITGV > 120% e TLC ≤ 120% e a hiperinsuflação pulmonar por RV > 140%, ITGV > 120% e TLC > 120%. Para a determinação da presença de obstrução das vias

aéreas periféricas foram considerados os critérios $FEF_{25-75\%} < 60\%$, $FEF_{25-75\%} < LLN$, $ITGV > 120\%$, $ITGV > ULN$, $RV > 100\%$, $RV > ULN$, $RV/TLC > 35\%$, $RV/TLC > ULN$ e $Raw > 0,380$ KPa/L/s.

Resultados: Identificou-se obstrução brônquica em 49,2% dos indivíduos, estando estes distribuídos pelos graus de gravidade ligeiro (34,4%) e moderado a grave (65,6%). Foi verificada a presença de *air trapping* em 10,8% da amostra e de hiperinsuflação pulmonar em 9,2%. No respeitante à presença de critérios de obstrução das vias aéreas periféricas, no grupo com obstrução brônquica os critérios com maior expressão foram o $FEF_{25-75\%} < 60\%$, $RV > 100\%$ e $RV/TLC > 35\%$ (96,9%) e no grupo sem obstrução brônquica o $ITGV > ULN$ (90,9%), $FEF_{25-75\%} < LLN$ (87,9%) e $RV/TLC > ULN$ (84,8%). Constatou-se que no grupo com *air trapping* os critérios com maior representatividade foram o $FEF_{25-75\%} < 60\%$, $ITGV > 120\%$, $RV > 100\%$, $RV > ULN$, $RV/TLC > 35\%$ e $RV/TLC > ULN$ (100%) e no grupo sem essa alteração ventilatória foram o $RV/TLC > 35\%$ (87,9%) e $ITGV > ULN$ (79,3%). No grupo com hiperinsuflação pulmonar os critérios mais frequentes foram o $ITGV > 120\%$, $ITGV > ULN$, $RV > 100\%$, $RV > ULN$ e $RV/TLC > 35\%$ (100%) e nos indivíduos sem hiperinsuflação pulmonar foram o $RV/TLC > 35\%$ e $ITGV > ULN$.

Conclusões: Os critérios $FEF_{25-75\%} < 60\%$, $RV/TLC > 35\%$, $RV > 100\%$ são os que possuem a maior capacidade de deteção de obstrução das vias aéreas periféricas. Os autores sugerem que estes sejam utilizados em indivíduos asmáticos independentemente da presença ou ausência de alterações funcionais respiratórias.

Palavras-chave: Vias aéreas periféricas. Critérios. Obstrução brônquica. Hiperinsuflação pulmonar.

P06. PRESSÕES RESPIRATÓRIAS E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

L. Raposo, T. Rosa, D. Marques, AS. Oliveira, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa.

Introdução: A DPOC envolve, além de uma limitação ao débito aéreo, alterações de peso e da atividade dos músculos respiratórios. Diversos autores têm evidenciado a existência de correlação entre a gravidade da limitação ao débito aéreo e alterações na função muscular respiratória. Assim o estudo das pressões máximas respiratórias (PMR): pressão inspiratória máxima (P_{Imáx}) e pressão expiratória máxima (P_{Emáx}), torna-se fundamental, quer em indivíduos com peso normal, quer em indivíduos com excesso de peso/obesidade.

Objetivos: 1) caracterizar as PMR em indivíduos com DPOC de acordo com as classes de IMC, 2) identificar as diferenças nas PMR de acordo com o grau de gravidade de obstrução das vias aéreas e com a presença/ausência de hiperinsuflação pulmonar, 3) determinar a associação entre o IMC, o FEV1%Pred, o RV %pred e as PMR e 4) caracterizar o grau de gravidade da obstrução das vias aéreas e a presença/ausência de hiperinsuflação pulmonar de acordo com as classes de IMC.

Métodos: Setenta e três indivíduos com diagnóstico de DPOC e sem outras patologias concomitantes do foro respiratório ou com influência no sistema respiratório realizaram espirometria, pletismografia corporal total e determinação das PMR. Analisou-se a presença de associações entre o IMC, as PMR (% e KPa), o FEV1 %pred e o VR %pred. Considerou-se obstrução das vias aéreas uma relação $FEV1/FVC < 0,70$ após administração de terapêutica broncodilatadora. Os graus de gravidade da limitação ao débito aéreo seguiram os critérios da ATS/ERS de 2005. Considerou-se como peso normal um IMC entre 18,5 Kg/m² e 24,9 Kg/m² e excesso de peso/obesidade um $IMC \geq 25$ Kg/m².

Resultados: Observaram-se associações positivas entre o FEV1 %pred e a P_{Imáx} (%pred) ($r = 0,322$; $p = 0,005$) e entre o FEV1 a P_{Imáx} (KPa) ($r = 0,238$; $p = 0,042$) e uma associação negativa entre o RV (%pred) e a P_{Imáx} %pred ($r = -0,234$; $p = 0,046$). O grupo com

peso normal apresentou uma maior percentagem de indivíduos com critério de hiperinsuflação pulmonar, relativamente aos indivíduos com excesso de peso/obesidade (48,1% e 39,1%), respetivamente.

Conclusões: A evidência de correlação entre as PMR, nomeadamente a P_{Imáx} (%pred e KPa), o IMC e o FEV1 %pred indicam que o estudo da função muscular respiratória e a avaliação do índice de massa corporal devem assumir um papel ativo na caracterização de indivíduos com DPOC.

Palavras-chave: DPOC. IMC. PMR. Testes de função respiratória.

P09. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

R. André, V. Belchior

USF Charneca do Sol.

Introdução: A prevalência da DPOC em Portugal atinge 14,2% dos indivíduos com mais de 40 anos. O número de pessoas inscritas nos Cuidados de Saúde Primários com DPOC tem vindo a aumentar, de acordo com o 13.º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2018). A Organização Mundial de Saúde estima que em 2030 a DPOC constituirá a 3ª causa de morte a nível mundial, o que representa um aumento de 30% face a 2002. A DPOC é definida como uma doença previsível e tratável, pelo que um diagnóstico e tratamento atempados e corretos, associada à redução dos seus fatores de risco contribui para redução da sua incidência e das comorbidades associadas.

Objetivos: Caracterizar e avaliar o seguimento dos utentes com diagnóstico de DPOC (R75- ICPC2) tendo em conta as recomendações Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)2020 e a Direção Geral de Saúde.

Métodos: Estudo observacional, analítico e retrospectivo. A população engloba utentes com diagnóstico de DPOC em 2019 ($n = 79$). Colheita de dados efetuada através MIM@UF®, SCLínico® e Registo de Saúde Eletrónico e análise estatística realizada no Microsoft Office Excel.

Resultados: O diagnóstico foi mais prevalente no sexo masculino e em utentes com hábitos tabágicos. Na maioria, não houve cessação tabágica após diagnóstico, sendo este realizado, maioritariamente, em utentes em GOLD2, e em grande parte dos casos, a medicação inicial instituída foi a associação de LABA e LAMA. A espirometria após 1 ano de terapêutica foi solicitada numa minoria de utentes, e poucos tem espirometria realizada no último ano. A maioria são acompanhados pelo Médico de Família, sendo o número de internamentos diminuto.

Conclusões: A prevalência da DPOC na USF é muito baixa quando comparada à prevalência nacional, o que nos faz refletir sobre a existência de subdiagnóstico. Uma grande proporção não está medicado ou tem terapêutica discordante com as indicações GOLD. Apenas uma minoria é observada tendo em conta o follow-up recomendado. Não obstante as limitações do estudo, os resultados mostram que ainda muito há a fazer relativamente a este tema. Protocolos bem definidos e direcionados, podem melhorar os cuidados, uma vez que um diagnóstico atempado pode evitar consequências futuras. Foi criado um protocolo de atuação na unidade de forma a colmatar as falhas existentes.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. GOLD. Cuidados de Saúde Primários.

P10. EFICÁCIA DO BRONCHO-VAXOM NA PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS NAS CRIANÇAS

V. Belchior, R. André

USF Charneca do Sol.

Introdução: As infeções agudas do trato respiratório (IATR) são responsáveis por 20% das consultas médicas, 75% das prescrições de

antibióticos (ATB) e pelo absentismo laboral dos pais. A maioria é causada por vírus, podendo surgir complicações bacterianas. Neste contexto, há tendência para prescrever ATB, embora apenas uma reduzida proporção de crianças beneficie, o que contribui para o aumento de resistências bacterianas. De forma a evitar esta situação, tem sido proposta a prevenção de infeções recorrentes usando agentes imuno-estimulantes (IE).

Objetivos: Verificar a evidência disponível sobre a eficácia, benefício e segurança do uso de IE na prevenção das IATR nas crianças.

Métodos: Pesquisa nas bases de dados MedLine, Pubmed, DARE, Evidence Based Medicine, Clinical Evidence, Canadian Medical Association Practice Guidelines, National Guidelines Clearing House, Guidelines Finder da National Electronic Library for Health e Cochrane Library. Utilizaram-se os termos MeSH: “Respiratory Tract Infections” AND “Broncho-Vaxom”. Selecionados artigos em Português e Inglês, publicados entre Janeiro de 2000 e Abril de 2020. Foi utilizada a escala Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT) para atribuição de níveis de evidência e forças de recomendação.

Resultados: Foram selecionados 8 artigos que cumpriram os critérios: 2 revisões sistemáticas; 1 meta-análise e 5 ensaios clínicos randomizados. A evidência atual indica que o uso de IE é eficaz na prevenção das IATR nas crianças suscetíveis (SORT B), e que o seu uso é seguro nesta faixa etária (SORT B). Relativamente ao OM-85 BV, o seu uso é eficaz na prevenção das IATR de repetição em crianças (SORT A). O uso dos IE é tanto mais eficaz quanto mais suscetíveis as crianças forem a este tipo de infeções ou àquelas sobre-expostas (creches, infantários, irmãos mais velhos, exposição ao tabaco ou ausência de aleitamento materno).

Conclusões: Apesar dos resultados, há que ter em conta as limitações: heterogeneidade de estudos; amostras dos ensaios clínicos reduzidas; estudos de qualidade moderada a baixa; alguns estudos patrocinados pela indústria farmacêutica. Esta heterogeneidade compromete a obtenção de conclusões pelo que se sugere a realização de estudos mais controlados, com amostras maiores, mais homogêneas e de maior qualidade nesta área.

Palavras-chave: Infeções do trato respiratório. Broncho-Vaxom.

P11. PANTOEA AGGLOMERANS AS A CANCER HALLMARK IN IMMUNOCOMPROMISED PATIENTS

N. Faria, M.I. Costa, R. Quita, M. Sucena, J. Gomes, C. Dias, H. Cruz

Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Introduction: The authors describe an immunocompromised patient with parapneumonic pleural effusion due to *Pantoea agglomerans*, whose further study revealed an overlapping diagnosis.

Case report: 65-years-old man, former-smoker, presented to the emergency department (ED) with increasing cough and resting dyspnea in the last two months. The patient was under tacrolimus and prednisolone due to previous kidney transplant. At the ED, the patient was hypoxemic (PaO₂ 51 cmH₂O, FiO₂ 0.35), with discrete leukocytosis and elevated C-reactive protein (27 mg/L). Chest radiography exposed pleural effusion of the lower third of right hemithorax. Thoracentesis uncovered an exudative serohe-matic pleural fluid with predominance of mononuclear cells, pH 7.22 and LDH 496 U/L. *P. agglomerans* was isolated in pleural fluid by and piperacillin-tazobactam was initiated. Blood and urine cultures were sterile. Due to worsening respiratory failure, thoracentesis was performed after four days of antimicrobial therapy and *P. agglomerans* was again isolated. Chest CT evidenced pneumonic consolidation of the right lower lobe associated with multiple small nodules, as well as multiple non-specific mediastinal lymphadenopathies. Flexible bronchoscopy unveiled apical segment of the right lower lobe bronchus stenosis and mucosal striation. Bronchial biopsy revealed pulmonary

adenocarcinoma (PD-L1 5-10%, ALK-negative, KRAS-mutated) and PET scan exposed pleural, hepatic and splenic metastasis. After 14 days of piperacillin-tazobactam, the patient was discharged and oriented to thoracic oncology consultation. Lung neoplasm progressed rapidly with refractory pleural effusion and the patient died one month later.

Discussion: *P. agglomerans* is often reported as a contaminant and rarely considered a human pathogen, except in neonatal infections and penetrating wounds. According to our literature review, there are only four described cases of *P. agglomerans* that did not meet one of the above clinical settings. These were all immunosuppressed patients which had previously diagnosed neoplasia: 2 acute myeloid leukemia, 1 colon cancer and 1 hepatocellular carcinoma. Interestingly, *P. agglomerans* infection amongst immunocompromised patients seems to be highly associated with malignancies. Therefore, authors suggest diligent exclusion of malignancy in those cases.

Keywords: *Pantoea agglomerans*, Immunocompromised. Gram-negative rod. Cancer.

P12. CARATERIZAÇÃO DE COORTE DPOC - PORQUE EXACERBAM ESTES DOENTES

N. Faria, M.I. Costa, M. Sucena, J. Gomes

Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Introdução: As exacerbações de DPOC estão associadas a inúmeros fatores de risco cujo controlo modela a evolução da doença.

Objetivos: Caraterização de uma coorte de doentes com DPOC e avaliação do seu impacto no outcome exacerbações graves.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes DPOC seguidos em consulta de Pneumologia, no período de 02/2016 a 06/2020. Foram registados todos os eventos de morte ou exacerbação grave.

Resultados: Analisaram-se 322 doentes, 70,5% do sexo masculino, com idade média de 70 anos, sendo que 8,4% tinham défice α 1-antitripsina. A maioria eram ex-fumadores (45,3%) ou fumadores (35,7%), com carga tabágica média 42 UMA. No último ano de seguimento 52% tiveram exacerbação grave. A maioria dos doentes (67,1%) vivia em meio urbano, fator associado de forma estatisticamente significativa ao aumento do risco de exacerbações (RR 1,30; IC [1,11-1,53]; p = 0,004). Funcionalmente, 70% eram GOLD 2 ou 3, com FEV1 médio 47,1%. Foi demonstrada correlação estatisticamente significativa entre FEV1 < 30% e a ocorrência de exacerbações (RR 1,51; IC [1,08-2,10]; p = 0,003). Eosinofilia relativa (> 2%) era uma característica de 38,2% dos doentes, sendo que 54,5% destes apresentava mais de 300 eosinófilos/ μ L. Não houve associação estatisticamente significativa entre eosinofilia relativa e a ocorrência de exacerbações (p = 0,009). Relativamente à terapêutica de manutenção, 48,8% faziam ICS, não se demonstrando associação estatisticamente significativa entre a sua toma e a ocorrência de exacerbações. Destaca-se o uso de ventilação não-invasiva em 17,4% dos doentes e oxigenoterapia domiciliária (OLD) em 23,3%, sendo que esta última se associa de forma estatisticamente significativa à ocorrência de exacerbações (RR 2,03; IC [1,47-2,80]; p < 0,001). Na amostra, 61,8% tinham imunização antigripal (VAG) e antipneumocócica e 22,4% apenas VAG. Verificou-se maior taxa de mortalidade nos que fizeram apenas VAG (RR 2,40; IC [1,20-4,79]; p = 0,012), em comparação com os que fizeram VAG e antipneumocócica.

Conclusões: Numa população de doentes com DPOC grave, com uma elevada prevalência de exacerbações, demonstrou-se a reprodutibilidade de fatores de risco para exacerbação grave previamente descritos na literatura internacional, nomeadamente a poluição ambiental, FEV1 reduzido, o uso de OLD ou a ausência de vacinação anti-pneumocócica.

Palavras-chave: DPOC. Eosinofilia. Imunização. Exacerbação.

P13. VENTILOTERAPIA NA SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO - OS NÚMEROS NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

R. Simões Neves

USF Trevim-Sol.

Introdução: A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é considerada um problema de saúde pública. A sua patofisiologia está nas vias aéreas superiores, sendo obstruídas durante o sono por inúmeras causas. Tendo consequências nefastas para a saúde. A pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) impede o seu colapso, tornando-se na primeira linha não cirúrgica para o tratamento dos doentes com SAOS. Está indicada em adultos que tenham índice de apneia/hipopneia (IAH) > 30/h ou > 5/h com hipersonolência diurna ou patologia cardiovascular.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal, durante o mês de fevereiro de 2020, no qual foi avaliada a adesão e a eficácia terapêutica de 30 doentes portadores de ventiloterapia do ficheiro da minha orientadora de formação, servindo estes de amostra, através de recolha e análises dos dados fornecidos pelas várias empresas fornecedoras dos aparelhos de ventilação. Consideraram-se os valores referidos nas Normas da DGS (uso de pelo menos 4h em mais de 70% das noites) para classificar os doentes em aderentes ou não aderentes à ventiloterapia e o critério de um IAH residual < 5/h, para avaliar a eficácia.

Resultados: Ficou evidente uma média de 5:49 horas por noite de uso do dispositivo de ventiloterapia. No que concerne à adesão, podemos ver que 79,73% tinham um uso de mais de 4 horas por noite, e podemos assim inferir que esta amostra tem uma boa adesão à terapêutica, em concordância com os artigos estudados. 27,27% do grupo final analisado são mulheres, pelo que a esmagadora maioria dos doentes a efetuar ventiloterapia são homens como consta no relatório do Plano Nacional das Doenças Respiratórias. O género pode eventualmente estar ligado à não adesão terapêutica neste estudo, dado a percentagem de não aderentes dentro dos elementos do sexo feminino ser superior à dos elementos do sexo masculino, 33% face a 18,75%. Todos os doentes com má eficácia IAH > 5/h são doentes aderentes há terapêutica e os que não são quando usam até têm uma aparente eficácia da mesma.

Conclusões: Apesar de haver pouca referência em doentes seguidos pelos CSP, os valores objetivados vão de encontro e estão dentro daqueles apresentados noutras amostras estudadas. O objetivo passa por tornar todos os doentes aderentes à terapêutica, e referenciar os casos em que não se verifica de facto eficácia terapêutica aos médicos hospitalares.

Palavras-chave: Ventiloterapia. SAOS. CPAP.

P14. TUMOR CARCINÓIDE TÍPICO - UM DIAGNÓSTICO INVULGAR

A.P. Craveiro, J. Barata, M. Baptista, S. Martins, D. Pimenta, E. Magalhães, I. Vicente, M. Valente, S. Valente

CHUCB.

Introdução: Representando 30% das neoplasias neuroendócrinas, os tumores neuroendócrinos pulmonares são entidades raras, destacando-se dentro destes (pelo seu melhor prognóstico) os tumores carcinóides. Histologicamente classificáveis em típicos (80% dos casos) e atípicos (mais metastizáveis), apresentam um crescimento lento, evoluindo de uma lesão pré-neoplásica de hiperplasia de células neuroendócrinas.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de uma doente do sexo feminino, de 47 anos, não fumadora, profissional da indústria têxtil, sem antecedentes de patologia respiratória e como comorbilidades a destacar: Hipertensão Arterial e Hipotiroidismo. Com antecedentes familiares de neoplasia pulmonar, e por sintomatologia de can-

saço fácil, realizou Telerradiografia torácica e Tomografia Computorizada de Alta Resolução (TCAR) torácica, identificando-se várias formações nodulares densas, nos lobos superior, médio e inferior direitos e, ainda, no segmento anterior do lobo inferior esquerdo. Ao exame objetivo, doente com bom estado geral, eufênica a ar ambiente e com diminuição generalizada do murmúrio vesicular e ferveores crepitantes na base do hemitórax direito na auscultação pulmonar. Realizou Videobroncofibroscopia (que não revelou anomalias e cujas biópsias brônquicas foram negativas para células malignas) e Tomografia de Emissão de Positrões (PET) com FDG e Gálio 68 - registando-se apenas captação discreta em 2 nódulos pulmonares no lobo médio. Para caracterização histológica, fez biópsia transtorácica a nódulo pulmonar do Lobo médio, vindo a identificar-se tumor carcinóide típico (Ki65 < 5%) e hiperplasia difusa de células neuroendócrinas (contexto clínico da sequência: hiperplasia, tumourlet e carcinóide). A doente foi alvo de lobectomia do lobo médio, seguida de programa de reabilitação respiratória e, mantendo-se sob seguimento em consulta, encontra-se atualmente assintomática.

Discussão: Apresenta-se o caso pelo reconhecimento de que o diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares continua a representar um importante desafio clínico. De entre várias condições potencialmente subjacentes, os tumores carcinóides típicos são responsáveis por uma fração minoritária. Ainda assim, deverão manter-se sempre na esfera de possibilidades, até porque a sua abordagem cirúrgica revela-se, comumente, curativa - o que, de resto, se constatou neste caso.

Palavras-chave: Nódulos pulmonares. Neoplasia neuroendócrina pulmonar. Tumor carcinóide típico.

P15. CABOZANTINIB NO CARCINOMA PULMONAR NÃO-PEQUENAS CÉLULAS

A.P. Craveiro, J. Barata, M. Baptista, S. Martins, D. Rocha, E. Magalhães, I. Vicente, M. Valente, S. Valente

CHUCB.

Introdução: Reconhecido o papel de mutações condutoras no Carcinoma do Pulmão Não-Pequenas Células (CPNPC), a sua precisa caracterização molecular tem potenciado terapêuticas-alvo e, deste modo, melhorado o prognóstico. Estima-se que 50% dos Adenocarcinomas apresentem uma alteração condutora (mutação, rearranjo, amplificação), cuja abordagem direcionada se associa a melhores taxas de resposta, sobrevida livre de progressão e qualidade de vida. Para além dos mais conhecidos Drivers (EGFR, ALK, ROS-1...), a ocorrência de mutações mais raras - nomeadamente em RET - deve ser procurada.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem, de 57 anos, ex-fumador (carga tabágica 15 UMA), sem exposição profissional de risco inalatório, comorbilidades ou medicação crónica, com diagnóstico de CPNPC, histologia de Adenocarcinoma (em citologia de escovado e aspirado brônquicos), estadio IV (T4N3M1a), com expressão de PD-L1 de 60%, deteção molecular do rearranjo CDC6(1)-RET(12), sem quaisquer outras mutações/rearranjos encontrados e PS ECOG 0. Realizou vários ciclos de tratamento - 1ª linha com Pemetrexedo e Platina (6 ciclos); 2ª linha com Pembrolizumab (9 ciclos); 3ª linha com Vinorelbina metronómica oral (3 ciclos); 4ª linha com Docetaxel e Nintedanib (4 ciclos) - mas apresentou, sempre, progressão da doença e deterioração clínica. Suspensa 4ª linha terapêutica, foram colhidas novas amostras para biópsia líquida (também negativa para outras mutações) e iniciou tratamento de 5ª linha com Inibidor Tirosina-Cinase com múltiplos alvos e atividade anti-RET (Cabozantinib). Após 3 ciclos, clinicamente controlado, a tolerar tratamento e com doença a registar estabilidade. Como efeitos adversos a destacar: Hipertensão Arterial (controlada com antihipertensor), Hipotiroidismo (com resposta à Levotiroxina), Eritrodissésia palmo-plantar grau I (com regressão após terapêutica

tópica e anti-histamínico), perda de peso (sem anorexia associada) e Disgeusia (de difícil controlo).

Discussão: O presente caso clínico demonstra a importância da terapêutica dirigida no CPNPC. Além disso, através dos resultados promissores registados até ao momento, ilustra como o Cabozantinib (através da sua ação no driver RET e por efeitos antiangiogénicos, diretos nas células cancerígenas ou uma combinação desses mecanismos) deverá constituir, oficialmente, mais uma arma para o CPNPC com mutações RET.

Palavras-chave: *Carcinoma pulmonar não-pequenas células. Driver RET. Cabozantinib.*

P17. HEMOPTISES - UM CASO INVULGAR

A. Almendra, C. Carvalho, R. Staats, C. Bárbara

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A hemoptise consiste na eliminação de sangue do trato respiratório, tendo como apresentações mais comuns: tosse com eliminação de sangue ou saída de expectoração raiada de sangue. É um sintoma comum e inespecífico, ocorrendo numa grande variedade de doenças. Requer sempre investigação, mesmo que a quantidade de sangue eliminada seja pequena.

Caso clínico: Homem, 71 anos, ex-fumador. Apresenta como antecedentes pessoais: défice de alfa 1 antitripsina com patologia pulmonar (enfisema e bronquiectasias) e cirrose - sob suplementação no hospital de dia de Pneumologia, DPOC, fibrilhação auricular e doença venosa dos membros inferiores. Internado eletivamente no serviço de Gastroenterologia para realização de ablação hepática com micro-ondas devido a um carcinoma hepato-celular. Após procedimento começou com quadro de hemoptises com dessaturação associada. Apresentava também hipotensão responsiva a líquidos e queda de 3 g/dL de Hb. Realizou TC Tórax e abdómen de urgência tendo sido documentada hemorragia alveolar no lobo inferior direito e hemoperitoneu de novo. Assumiu-se complicação hemorrágica do procedimento da ablação com necessidade de embolização arterial da artéria frénica direita de urgência com resolução da hemorragia ativa. Verificou-se uma melhoria gradual ao longo do internamento, apresentando na TC de reavaliação uma redução das alterações em vidro despolido alveolares e do hemoperitoneu.

Discussão: As hemoptises, apesar de frequentes, constituem um dos sintomas mais temidos quer pelos doentes quer pelos profissionais de saúde. Nos adultos, as principais etiologias são infecções, neoplasias do pulmão e bronquiectasias. No caso do doente apresentado, a hemoptises deveram-se à propagação das micro-ondas por pulmão que já apresentava zonas de fragilidade (bronquiectasias secundárias ao défice de alfa 1 antitripsina).

Palavras-chave: *Hemoptises. Défice de alfa 1 antitripsina. Micro-ondas.*

P18. OMALGIA, UM SINTOMA A NÃO MENOSPREZAR POR PNEUMOLOGISTAS

M. Argel, R. Ferro, S. Guerra, M. Conceição, A. Cunha, M. Sousa, A.S. Torres

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE.

Introdução: A omalgia é frequentemente enquadrada numa entidade de natureza ortopédica ou reumatológica. Contudo, devemos ter presente a síndrome de Pancoast, que integra sinais e sintomas resultantes da extensão local de um tumor pulmonar apical, podendo apresentar-se com omalgia e síndrome de Horner.

Caso clínico: Homem, 43 anos, fumador (30 UMA), referia queixas de omalgia direita, com irradiação ao membro superior direito, diminuição da força a esse nível e noção de perda ponderal, com 6 meses de evolução. Sem queixas respiratórias. Ao exame objetivo

apresentava discreta ptose palpebral e miose direitas e atrofia muscular no membro superior direito. Por agravamento clínico realizou ressonância magnética do plexo braquial que revelou espessamento difuso do trajeto de C6-7-8 direito, prolongando-se ao restante segmento supra e retroclavicular do plexo braquial, em aparente continuidade com massa de tecidos moles no ápex pulmonar direito. Realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que visualizou 3 formações nodulares pulmonares à direita suspeitas de neoplasia, 2 no apex, uma com 4 × 3,2 × 3,3 cm, com extensão à pleura parietal e íntimo contacto com a veia subclávia, outra com 2,8 × 2,7 × 3,4 cm com extensão à pleura mediastínica, e a terceira na base, junto ao diafragma (2,8 × 2,7 × 3,4 cm); bem como tromboembolia da artéria lobar inferior direita, adenopatias mediastínicas e infraclaviculares e supra-renal direita aumentada e heterogénea, sugestiva de envolvimento secundário. Realizou ainda broncofibroscopia que identificou lesão endobrônquica no segmento apical do brônquio lobar superior direito, tendo sido efetuadas biópsias, que confirmaram a presença de um adenocarcinoma do pulmão [PD-L1 5%; next-generation sequencing (NGS) negativo]. Por manter dor não controlada, foi submetido a bloqueio dos nervos ulnar, intercostobraquial e cutâneo medial do braço à direita, com melhoria. Foi proposto para radioterapia e quimioterapia associada à imunoterapia, que se encontra a cumprir.

Discussão: O caso apresentado evidencia a importância de uma história clínica e exame físico minuciosos. A omalgia persistente deve ser sempre investigada, sobretudo na ausência de trauma, uma vez que é habitualmente a forma de apresentação da Síndrome de Pancoast.

Palavras-chave: *Síndrome de Pancoast. Adenocarcinoma pulmão. Omalgia. Síndrome de Horner.*

P19. NEOPLASIA DO PULMÃO & TUBERCULOSE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

M. Argel, R. Ferro, S. Guerra, M. Conceição, A. Cunha, M. Sousa, A.S. Torres

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE.

Introdução: A Neoplasia do pulmão e a tuberculose pulmonar (TP) são importantes causas de morbi-mortalidade a nível mundial. A associação entre estas duas patologias é descrita em vários estudos e apresenta-se como um desafio diagnóstico e terapêutico, dada a sobreposição de fatores de risco e manifestações clínicas.

Caso clínico: Homem de 78 anos, fumador (120 UMA), com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica, enviado para a consulta por dispneia para grandes esforços, associada a tosse produtiva, com expectoração muco-purulenta, por vezes hemoptóica, toracalgia pleurítica e noção de perda ponderal, com cerca de 1 ano de evolução. Analiticamente apresentava elevação da proteína C-reativa (5,78 mg/dL) e dos marcadores tumorais (Cyphra 21,1 12,3; NSE 12,6). A tomografia computadorizada (TC) do tórax revelou adenopatias mediastínicas pré-traqueais, opacidades de tipo “tree in bud” apicais bilaterais, tendo recusado inicialmente estudo complementar. Após 7 meses, realizou TC de controlo, que identificou no lobo superior direito (LSD) um nódulo de contornos espiculados (27 × 21 mm de diâmetro), múltiplas adenopatias mediastínicas bilaterais e uma fina lâmina de derrame pleural à direita, mantendo ainda as lesões tipo “tree in bud”. Foi depois submetido a broncofibroscopia, onde se observaram sinais infiltrativos na traqueia, carina, porção inicial do brônquio principal esquerdo e no brônquio lobar superior direito e brônquio intermediário, condicionando redução de calibre à direita. Foram realizadas biópsias brônquicas que confirmaram a presença de um carcinoma epidermóide. A PET mostrou hipercaptação na lesão do LSD (SUV máx: 2) e em múltiplas adenopatias mediastínicas bilateralmente e supraclaviculares (SUV máx: 14,9). O doente tinha colhido amostras de expectoração que foram negativas à baciloscopia, mas com desenvolvimento posterior

de *Mycobacterium tuberculosis* ao exame cultural, tendo sido estabelecido também o diagnóstico de TP. Foi decidido protelar o tratamento oncológico e iniciar tratamento antibacilar.

Discussão: O caso apresentado ressalta a necessidade de um elevado grau de suspeição clínica para a apresentação simultânea de TP e Neoplasia do pulmão, e a importância de um diagnóstico precoce simultâneo, dada a sua implicação no prognóstico e no curso do tratamento de ambas as patologias.

Palavras-chave: *Neoplasia pulmão. Mycobacterium tuberculosis.*

P20. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA - CICLO DE MELHORIA DA QUALIDADE DO DIAGNÓSTICO

R. Cabral, P. Rodrigues, I. Santos, A.R. Cunha, J.V. Marques, J.F. Ferreira, R.S. Esteves, A. Madeira

USF Viseu-Cidade.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é um problema de saúde pública comum, prevenível e tratável, sendo necessário para o seu diagnóstico a confirmação por espirometria de obstrução após prova de broncodilatação.

Objetivos: Melhorar o diagnóstico de DPOC, sendo este realizado por espirometria, e os registos do mesmo efetuados pelos profissionais de saúde.

Métodos: Avaliação retrospectiva, interna, da adequação técnico-científica dos médicos da Unidade de Saúde, com amostra seletiva, de base institucional, constituída pelos doentes com DPOC, numa 1ª fase, no ano de 2018, e, após intervenção educacional, numa 2ª fase, no final do ano de 2019. Verificou-se a existência de espirometria, com descrição ou não do resultado, e o preenchimento do valor de FEV1 na ficha individual do utente (FIU). Os dados foram obtidos do programa SCLínico® e tratados em Excel®.

Resultados: 1ª avaliação: 206 doentes com diagnóstico de DPOC, 57% sexo masculino, idade média 72,5 anos; 70% apresentam espirometria realizada, sendo que 58% destas indicam obstrução e 28% com preenchimento do FEV1 na FIU. 2ª avaliação: 205 doentes com DPOC, 60,5% sexo masculino, idade média 73 anos, 80% apresentam espirometria, 62% destes com obstrução, e 53% apresentam preenchimento do FEV1 na FIU.

Conclusões: Verificou-se uma melhoria relativamente ao preenchimento do FEV1 na FIU (28 para 53%), e ainda um ligeiro aumento relativamente ao número de espirometrias realizadas para confirmação da patologia (70% para 80%), apesar de nem todos os relatórios demonstrarem obstrução. Este trabalho permitiu rever junto da classe médica os critérios diagnósticos de DPOC e ainda o registo de FEV1 na FIU, de forma a levar a cabo um correto diagnóstico e consequentemente a um melhor seguimento dos doentes com esta patologia crónica.

Palavras-chave: *Doença pulmonar obstrutiva crónica. Diagnóstico. Espirometria.*

P21. ABCESSO PULMONAR E NEOPLASIA DO PULMÃO - QUE RELAÇÃO?

A.C. Vieira, M. Alves, I. Oliveira, C. Guimarães, C. Matos, F. Nogueira

Hospital de Egas Moniz-Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: O tecido cicatricial pulmonar surge na sequência de uma variedade de condições infecciosas (tuberculose, bronquiectasias infectadas, abcesso pulmonar), de exposição ambiental, outras doenças pulmonares (como a asbestose, fibrose pulmonar idiopática) ou traumatismo torácico. Apesar de ainda se desconhecer a fisiopatologia/relação entre cicatrizes pulmonares e cancro, a neoplasia do pulmão pode desenvolver-se à periferia das cicatrizes pulmonares.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de um homem, 52 anos, fumador (cerca de 44UMA), com antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crónica GOLD B e ex-toxicod dependência. Internamento hospitalar no serviço de Pneumologia, em 2014, por abcesso pulmonar do lobo inferior direito, com resolução clínica e radiológica após curso de antibioterapia e encaminhado para consulta de Pneumologia, a qual abandonou. Reobservado em consulta de Pneumologia em 2020 por queixas álgicas intensas ao nível da grelha costal direita. Para estudo etiológico realizou radiografia de tórax e tomografia computadorizada do tórax (TC) que revelou uma lesão ao nível do lobo inferior direito na periferia da cicatriz do abcesso pulmonar prévio. Esta lesão causava destruição do terço posterior do 7º, 8º, 9º e 10º arcos costais assim como da vertente lateral direita do 8º e 9º corpos vertebrais com compromisso do muro posterior e do arco posterior direito com invasão medular. Neste contexto, desenvolveu quadro de diminuição da força muscular dos membros inferiores sem alteração da sensibilidade ou outros défices neurológicos. Realizou ressonância magnética dorsal com evidência de compressão medular pelo que foi intervencionado pela Neurocirurgia com laminectomia de D7, D8 e D9 e exérese da massa epidural, com total recuperação da força muscular. O resultado anátomo-patológico da massa epidural foi compatível com um carcinoma pavimento-celular do pulmão.

Discussão: A fisiopatologia dos tumores da cicatriz ainda não se encontra bem esclarecida. No entanto, a inflamação crónica parece estar na origem da carcinogénese: a produção de espécies reactivas de oxigénio em excesso pode conduzir a alterações no ADN que parecem estar na origem do desenvolvimento de cancro. A exposição a outros carcinogénos como o tabaco acresce ao risco, pelo que a abstinência tabágica é crucial.

Palavras-chave: *Abcesso. Neoplasia. Pulmão. Cicatriz.*

P22. UM ANO DE POLISSONOGRÁFIAS NÍVEL 3 E FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

C. Cascais Costa, D. Nóbrega, S. Pereira, L. Andrade

Centro Hospitalar Baixo Vouga.

Introdução: A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é uma patologia respiratória com prevalência crescente. Admite-se, que a prevalência na população com patologia cardiovascular varie entre 30 a 50%.

Objetivos: Caracterizar a população e avaliar a prevalência de patologia cardiovascular nos utentes que fizeram PSG nível 3 no CHBV em 2018 por suspeita de SAOS.

Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo das características demográficas, clínicas e parâmetros de todos os estudos do sono nível 3. Realizou-se uma análise descritiva da população. Considerou-se existir SAOS se IAH > 5, usaram-se testes de associação do χ^2 e testes de correlação, admitindo a existência de significância estatística se $p < 0,05$. Para análise estatística utilizou-se o programa IBM SPSS Statistics versão 25®.

Resultados: Foram recolhidos dados de 448 utentes, idade média de $56,9 \pm 11,9$ anos, 68,7% sexo masculino, IMC médio de $32,09 \pm 5,9$, ESE médio de $9,94 \pm 5,1$, 62,9% hipertensos, 23,1% com DM e 11,6% com doença coronária registada. Encontramos associação entre a presença de SAOS e a presença de HTA ($F_i = 0,194$), obesidade ($r = 0,238$). Detetou-se SAOS em 75,9% das pessoas, sendo 32,8% de grau ligeiro, 21,7% moderado e 21,4% severo. Tinham uma idade média de $58,4 \pm 11$ anos, 74,1% do sexo masculino, IMC médio $32,6 \pm 5,4$, IAH médio de $25,1 \pm 21$, saturação média de $91,98 \pm 2,8$, média de saturação mínima de $77,3 \pm 9,6$, ODI médio de $28,4 \pm 22,9$, tempo de registo médio de $524,3 \pm 99,2$, T90 médio de $15,2 \pm 20,5$ %, média de roncopatia de $6,43 \pm 10,1$ %. Nos utentes com SAOS, 68,2% eram hipertensos, 11,5% tinham doença coronária registada e 25,3% tinham DM. Verificaram-se correlações positivas entre: o IAH e DM ($r = 0,178$); ODI e DM ($r = 0,220$); DM e IMC ($r = 0,231$); IAH

e IMC ($r = 0,235$); ODI e IMC ($r = 0,332$); IMC e T90 ($r = 0,351$), IAH e ODI ($r = 0,925$). Encontrou-se uma correlação inversa entre IMC e saturação mínima ($r = -0,314$). A análise por subgrupos de gravidade de SAOS não revelou diferenças estatisticamente significativas entre eles.

Conclusões: A patologia cardiovascular é um motivo frequente de referenciação à consulta de sono pelo contributo que o tratamento duma eventual SAOS representa no controle daquela patologia. À semelhança de outros estudos encontramos associação entre a SAOS e fatores de risco cardiovascular.

Palavras-chave: SAOS. HTA. Doença coronária. Diabetes mellitus.

P23. CAUSAS RARAS DE PNEUMOTÓRAX

C. Cascais Costa, A. Vasconcelos, S. Martins de Castro, G. Teixeira, L. Andrade

Centro Hospitalar Baixo Vouga.

Introdução: Os pneumotórax podem ser espontâneos, secundários a trauma ou iatrogénicos. O pneumotórax espontâneo tem maior incidência entre os 10 a 30 anos de idade, está associado ao sexo masculino, ao biótipo longilíneo e a tabagismo ativo. Apesar de não serem incomuns os pneumotórax podem ser hipertensivos e fatais, daí a importância do seu estudo. Os autores descrevem duas causas raras de pneumotórax.

Casos clínicos: Primeiro caso: indivíduo de 42 anos referenciado por toracalgia esquerda e dispneia ligeira com uma semana de evolução. A dor torácica teve início súbito durante a tentativa de se auto-injectar com cocaína na veia subclávia. Recorreu ao seu Médico Assistente uma semana após esse episódio e fez uma radiografia torácica que mostrava pneumotórax à esquerda. Dos antecedentes pessoais destacava-se consumo de cocaína, heroína, canabinóides, LSD e metadona, há cerca de 20 anos. Segundo caso: indivíduo de 22 anos, longilíneo, fumador (carga tabágica de 4 Unidades Maço Ano), reportou toracalgia com características pleuríticas de início súbito no hemotórax direito enquanto ouvia música numa discoteca ao lado duma coluna de som. Recorreu ao serviço de urgência onde fez uma radiografia que revelou a presença dum pneumotórax. Ambos foram tratados com drenagem torácica subaquática, tendo evoluído com reexpansão pulmonar ao fim de 4 e 7 dias, respetivamente. Em ambos os casos, os valores de IgE e de alfa 1 antitripsina eram normais, não existiam antecedentes pessoais ou familiares de patologia respiratória.

Discussão: O uso de drogas ilícitas está associado, direta ou indiretamente, a 750.000 mortes por ano em todo o mundo, sendo atualmente um problema de Saúde Pública grave. Conhecer os riscos associados ao seu uso, mesmo os menos frequentes como o caso apresentado, é importante para estabelecermos diagnósticos e tratamentos precoces. No segundo caso, a coincidência temporal entre estar exposto a música de alta intensidade e o início da dor permitiu estabelecer uma relação causa-efeito. Já foram descritos na literatura alguns casos semelhantes, pensa-se que as diferenças de pressões podem levar a rutura alveolar e consequentemente a passagem de ar para o espaço pleural. Desta forma a exposição a música alta deve ser considerada fator de risco ao desenvolvimento de pneumotórax.

Palavras-chave: Pneumotórax. Drogas injetáveis. Som alta intensidade.

P24. LINFOMA PLEURAL PRIMÁRIO, UMA ENTIDADE RARA

S. Guerra, R. Ferro, M. Conceição, A. Cunha, T. Abrantes, A. Torres

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: O derrame pleural associado a espessamento ou nodularidade da pleura pode indicar etiologia neoplásica. O linfoma

pleural primário é uma entidade rara, correspondendo a 2,5% dos tumores da parede torácica, sendo o linfoma difuso de grandes células B (DGCB) o mais comum. Manifesta-se por sintomas inespecíficos como toracalgia, dispneia, tosse ou febre, constituindo um diagnóstico diferencial raro de patologia pleural.

Caso clínico: Mulher de 52 anos, fumadora ativa, carga tabágica 40 UMA, professora, com exposição a amianto no local de trabalho. História de três episódios de pneumonia na adolescência. Referenciada à consulta de Pneumologia por toracalgia posterior direita persistente, com um mês de evolução, sem dispneia, tosse ou sintomas constitucionais. A tomografia computadorizada de tórax revelou espessamento macronodular pleural na metade inferior direita com hiperrealce e moderado derrame pleural; adenopatias no recesso ázigo-esofágico, a maior de 17 mm. Analiticamente, com anemia normocítica normocrômica. Estudo funcional respiratório sem alterações. Realizou biópsia aspirativa transtorácica das lesões pleurais, que mostrou pleura extensamente ocupada por neoplasia maligna de padrão difuso, de morfologia e imunofenotipagem compatíveis com linfoma DGCB. A tomografia por emissão de positrões (PET) mostrou ligeira captação do espessamento pleural e derrame, sem lesão noutros órgãos. Dada dúvida diagnóstica, realizou biópsia cirúrgica. Durante o ato cirúrgico, verificou-se ausência do derrame pleural e uma área nodular pleural, que foi biopsada, confirmando linfoma DGCB. A doente foi referenciada à consulta de Hematologia e repetiu PET três meses depois, demonstrando ausência de lesões captantes. Constatada melhoria da toracalgia e normalização do hemograma. Admitida remissão completa espontânea do linfoma pleural primário, mantendo vigilância clínica.

Discussão: O linfoma pleural primário associa-se a um estímulo inflamatório sustentado na parede torácica, como tuberculose pleural ou traumatismo. A quimioterapia é o tratamento de eleição, com taxas de remissão completa de cerca 35%. Contudo, a remissão espontânea ocorre muito raramente. Este caso realça a importância do linfoma pleural primário no diagnóstico diferencial da patologia pleural, sendo fundamental o correto diagnóstico histológico.

Palavras-chave: Derrame pleural. Espessamento pleural. Linfoma pleural primário.

P25. ENVOLVIMENTO EXTRAPULMONAR DE SARCOIDOSE - ESTUDO RETROSPECTIVO

S. Guerra, R. Ferro, M. Conceição, A. Cunha, C. António, A. Torres

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A sarcoidose é uma doença sistémica caracterizada pela formação de granulomas não necrotizantes, com atingimento de múltiplos órgãos. O pulmão é afetado em 90% dos casos, seguido do envolvimento cutâneo, ocular, ganglionar extratorácico e cardíaco, embora com diferentes prevalências na população, atendendo a fatores étnicos.

Objetivos: O objetivo do estudo é avaliar a prevalência e resultados clínicos da sarcoidose extrapulmonar comparativamente com o seu atingimento pulmonar isolado.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu os doentes com diagnóstico de sarcoidose, em seguimento no nosso Centro Hospitalar, e com envolvimento pulmonar e extrapulmonar.

Resultados: O estudo incluiu 89 doentes, 51,7% de sexo feminino, com idade mediana no início do diagnóstico de 50,1 anos. A maioria era caucasiano, sendo 1 dos doentes de raça negra. 57,3% ($n = 51$) tiveram manifestações extrapulmonares, maioritariamente no sexo feminino (52,9%). As manifestações extrapulmonares mais frequentes foram em 43,1% atingimento cutâneo ($n = 22$), 19,6% ocular ($n = 10$) e 19,6% adenopatias extratorácicas ($n = 10$). Menos comumente, em 13,7% atingimento esplênico ($n = 7$), 11,8% hepático ($n = 6$), 11,8% articular ($n = 6$), 3,9% cardíaco ($n = 2$) e 3,9% neuro-

lógico (n = 2). Destes doentes, 27,5% tinha um ou mais órgãos envolvidos. As principais manifestações clínicas foram tosse, dispneia e lesões cutâneas, principalmente eritema nodoso. Relativamente aos estádios radiológicos pulmonares, 13,7% dos doentes encontravam-se em estadio I e 62,7% em estadio II. Os doentes com envolvimento extrapulmonar obtiveram um valor inicial mais elevado de enzima conversora de angiotensina ($76,8 \pm 44$ IU/L versus $65,8 \pm 24,4$ IU/L; $p = 0,400$) e maior valor de capacidade de difusão de monóxido de carbono ($90,0 \pm 34\%$ versus $88,4 \pm 17\%$; $p = 0,319$), em comparação com doentes com manifestações pulmonares isoladas, embora sem diferença estatística significativa. Doentes com envolvimento extrapulmonar atingiram remissão da doença com maior frequência ($p = 0,001$).

Conclusões: Nesta série, o envolvimento extrapulmonar pela sarcoidose foi elevado, afetando sobretudo pele, olho e gânglios extratorácicos. O envolvimento extrapulmonar pode dificultar a sua abordagem e alterar o plano terapêutico. Neste grupo de doentes, verificou-se uma maior frequência de remissão da doença.

Palavras-chave: Doença sistémica. Sarcoidose extrapulmonar. Remissão de doença.

P26. UMA CAUSA IMPROVÁVEL DE TOSSE PERSISTENTE

G. Freire, A. Ribeiro, P. Sousa

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: O leiomioma uterino é um tumor uterino benigno do músculo liso do miométrio, tratando-se do tumor pélvico mais comum em mulheres. Por vezes algumas destas células entram em circulação e depositam-se noutros órgãos, dando origem à Leiomiomatose Benigna Metastizante (LBM). É entidade rara, com apenas cerca de 150 casos publicados na literatura e que afeta mais frequentemente o pulmão. A LBM pulmonar é geralmente assintomática, com diagnóstico incidental em radiografias de tórax. Se as lesões tiverem localização central pode cursar com tosse, dispneia, hemoptises ou toracalgia. Tem geralmente um curso indolente, podendo optar-se por vigilância. Nos casos sintomáticos, pode ser iniciada terapêutica com análogos da hormona libertadora de gonadotrofina, diminuindo os níveis de estrogénio e que tem demonstrado resultados na dimensional das lesões.

Caso clínico: Mulher de 48 anos, caucasiana e ex-fumadora dos 15 aos 35 anos, com carga tabágica de 10 UMAs. Antecedentes pessoais de excisão de leiomioma uterino há 18 anos. Recorre à médica de família por tosse há 4 meses. Dadas as queixas foi pedida radiografia de tórax que demonstrou duas opacidades nodulares em ambas as bases, a maior com 2 cm. Para melhor esclarecimento destas lesões, foi pedida TC Torácica, onde se individualizavam várias formações nodulares arredondadas e regulares, a maior no lobo inferior direito, medindo 24 mm. Foi então referenciada para consulta de Pneumologia, tendo sido realizada biópsia transtorácica guiada por TC, que revelou padrão compatível com leiomioma. Admitiu-se LBM secundária à excisão de miomas uterinos, que decorreu 18 anos antes. Foi iniciado tratamento com análogo da hormona libertadora de gonadotropina. Actualmente mantém seguimento em consulta de Pneumologia, encontrando-se assintomática e com redução volumétrica das lesões após 3 meses de terapêutica.

Discussão: A LBM pulmonar é uma entidade rara que afecta habitualmente mulheres com história de histerectomia por miomas uterinos. Apesar de ser geralmente assintomática, pode cursar com tosse, dispneia ou hemoptises, pelo que esta entidade deve ser considerada no diagnóstico diferencial de mulheres que apresentam múltiplos nódulos pulmonares.

Palavras-chave: Tosse. Leiomiomatose benigna metastizante. Nódulos pulmonares.

P27. TUBERCULOSE PULMONAR EM IDADE PEDIÁTRICA

G. Freire, A. Ribeiro, C. Mira

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: Em Portugal, a tuberculose (TB) na idade pediátrica continua a ser um importante problema de saúde pública, com incidência superior à dos países vizinhos. O grupo com menos de 5 anos é crítico em termos epidemiológicos, já que a progressão de infecção latente para doença é rápida e o risco de complicações graves é superior. O diagnóstico precoce e uma instituição rápida de terapêutica dirigida são fundamentais. Contudo, a confirmação bacteriológica neste grupo etário é difícil e os testes cutâneos são frequentemente negativos. Desta forma, é fundamental estar alerta para as manifestações imagiológicas da tuberculose neste grupo etário.

Objetivos: Rever a literatura sobre o diagnóstico imagiológico de tuberculose pulmonar na idade pediátrica.

Métodos: Revisão não sistemática através da pesquisa em bases de dados científicas (PubMed), em Inglês, Português e Espanhol, com os termos MeSH: “tuberculosis” e “pediatrics”.

Resultados: A radiografia convencional é a modalidade de imagem mais utilizada, sendo contudo limitada por uma elevada variabilidade intra- e inter-observador, assim como uma sensibilidade de 39% e especificidade de 74%, pelo que uma radiografia normal não exclui este diagnóstico. A TC tem uma maior sensibilidade na deteção e caracterização de adenopatias. Torna ainda possível uma análise do parênquima pulmonar, com avaliação da extensão da doença e suas complicações, permitindo ainda a distinção entre as fases activa e inactiva. A tuberculose primária manifesta-se radiologicamente através da presença de adenopatias hilares e paratraqueais. A manifestação isolada como adenopatias é o achado mais comum da tuberculose na infância precoce, ocorrendo em 49% dos casos, contrastando com cerca de 9% nas idades mais avançadas. A tuberculose miliar ocorre em crianças mais jovens, com maior grau de imaturidade imunitária. A radiografia torácica pode ser normal em 25-40% das situações, apresentando a TC uma maior sensibilidade.

Conclusões: A interpretação radiográfica da tuberculose pulmonar continua a ser um desafio. Os achados mais comuns na idade pediátrica são a presença de adenomegalias hilares ou mediastínicas e consolidação dos espaços aéreos. Embora a TC permita uma avaliação mais completa, deve ser reservada para casos específicos devido à dose de radiação.

Palavras-chave: Tuberculose. Pulmonar. Criança.

P28. OS BETA-BLOQUEANTES INFLUENCIAM A GRAVIDADE DA DPOC? ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UMA COORTE

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

Hospital Pedro Hispano.

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) representam o grupo de patologias do coração e dos vasos sanguíneos. Incluem as doenças cardíacas congénitas e adquiridas, as doenças cerebrovasculares, doença arterial periférica, doença venosa e tromboembólica pulmonar. São até cinco vezes mais comuns nos doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e representam um fator de risco para exacerbações, hospitalizações e aumento da mortalidade. As DCV frequentemente requerem o tratamento com beta-bloqueantes (BB). Contudo, devido ao receio generalizado de agravamento do controlo da DPOC com o uso destes fármacos, os BB continuam subutilizados neste grupo de doentes.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi rever uma coorte de doentes com DPOC e comparar as características entre os doentes medicados com BB e os doentes não medicados com estes fármacos.

Métodos: Realizámos uma análise retrospectiva observacional de uma coorte de doentes com diagnóstico de DPOC confirmado por espirometria. Estes doentes foram selecionados a partir da consulta de Pneumologia do Hospital Pedro Hispano, durante o ano 2019.

Resultados: Foi selecionada uma amostra com um total de 40 doentes. Destes, 11 doentes apresentavam insuficiência cardíaca, 4 doentes apresentavam fibrilhação auricular e nenhum apresentava história de doença cardíaca isquémica. Apenas 6 doentes foram tratados com BB. Este grupo apresentou idade mais avançada (75 ± 9 anos, $p = 0,052$), pior função pulmonar [FEV1 pré-broncodilatador $1,08 \pm 1,17$ L ($p = 0,37$) e pós-broncodilatador $1,08 \pm 1,28$ L ($p = 0,383$)], maior prevalência de DPOC GOLD D ($n = 4$, 66,7%, $p = 0,06$) e dispneia severa [mMRC 4 em 3 casos (50%, $p = 0,163$)]. O diagnóstico de insuficiência cardíaca foi mais comum neste grupo ($p = 0,042$), bem como o número de exacerbações por etiologia cardíaca ($n = 3$, 50%, $p = 0,002$) e respiratória ($n = 4$, 66,7%, $p = 0,205$). Em ambos os grupos verificou-se um óbito ($p = 0,287$). Em análise multivariada, nenhuma das variáveis se revelou significativa.

Conclusões: Concluímos que os doentes tratados com BB são mais velhos, têm pior função pulmonar e mais DCV. Provavelmente por estas razões, e não pelo uso de BB, estes exacerbam mais. Esta revisão reflete o receio generalizado do uso de BB em doentes com DPOC, apesar das recomendações.

Palavras-chave: Beta-bloqueantes. DPOC. Gravidade. Exacerbações.

P29. REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA DURANTE A PANDEMIA COVID-19: UMA REVISÃO DA LITERATURA

B. Cabrita, S. Correia, G. Gonçalves, S. Dias, AL. Fernandes, J. Ferreira, P. Simão

Hospital Pedro Hispano.

Introdução: A reabilitação respiratória (RR) é uma das estratégias terapêuticas mais importantes e com boa relação custo-eficácia para a gestão de doentes respiratórios crónicos, ao promover o aumento da tolerância ao exercício físico, o controlo de sintomas e evolução da doença, qualidade de vida e a redução da necessidade e custos dos cuidados de saúde. Contudo, continua significativamente subutilizada a nível mundial. A infeção provocada pelo novo coronavírus (COVID-19) é uma doença rapidamente progressiva de escala mundial, que já infetou milhões de pessoas e cujos números continuam a aumentar. A maioria dos doentes tem sintomas leves, mas pode ocorrer o desenvolvimento de doença severa e consequente morte. Os doentes respiratórios crónicos têm maior risco de complicações relacionadas com a COVID-19. Apesar de ainda haver evidência científica muito limitada para qualquer tratamento eficaz, a RR pode ter um papel importante no tratamento destes doentes e reduzir consequentes disfunções.

Objetivos: Rever os artigos e recomendações disponíveis na literatura, relativamente à RR durante a pandemia COVID-19.

Métodos: A pesquisa de informação foi realizada no dia 19 de Maio, com as seguintes palavras-chave: “pulmonary rehabilitation COVID-19”. Selecionámos como fonte de pesquisa a PubMed e apenas artigos escritos em inglês.

Resultados: No dia 19 de Maio, encontramos 26 estudos potencialmente relevantes na base de dados PubMed. Após exclusão de 1 artigo por ser escrito em chinês e 13 artigos desadequados à pesquisa, selecionámos 12 artigos elegíveis para revisão. Encontrámos 1 ensaio clínico randomizado, 6 artigos com normas e recomendações, 2 revisões e 3 outros tipos de artigos.

Conclusões: A COVID-19 tem um impacto físico e psicológico significativo nos doentes, desde as formas leves às severas. A definição de estratégias de RR para estes doentes é fundamental e urgente, assegurando que o risco de transmissão do vírus é minimizada. A RR é fundamental na prevenção primária, secundária e terciária da COVID-19, as suas disfunções associadas e impacto. São necessário

mais estudos para determinar o melhor plano de RR e condições físicas, nestes doentes. A telemedicina representa uma excelente ferramenta para providenciar a RR com segurança, durante a pandemia.

Palavras-chave: Reabilitação respiratória. COVID-19. Pandemia.

P30. A LINHA TÊNUE QUE SEPARA O INFECIOSO DO NEOPLÁSICO

A. Pais, A. Coutinho, L. Carvalho, M. Alvoeiro, F. Félix, C. Bárbara

Centro Hospitalar de Lisboa Norte.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 50 anos de idade, com história conhecida de infeção ao VIH, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e hiperuricémia. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de febre, tosse seca e dispneia com três dias de evolução. Referia cansaço e perda ponderal significativa nos últimos seis meses. Ao exame objetivo apresentava-se polipneico com saturações periféricas de 88%. Gasometria arterial com alcalémia respiratória. Analiticamente sem alterações relevantes. Radiologicamente com padrão micronodular bilateral e reforço hilar bilateral. Para melhor esclarecimento, realizou uma TC Torácica que revelou múltiplas adenopatias mediastínicas e presença de infiltrado nodular difuso. Foi submetido a broncofibroscopia sem evidência de alterações endoscópicas e a lavado brônquico para pesquisa de microorganismos que foi negativa. Na ausência de um diagnóstico definitivo, o doente foi submetido a biópsia cirúrgica com ressecção em cunha do lobo médio, por videotoroscopia. O resultado anatomopatológico revelou um infiltrado celular polimórfico constituído por linfócitos T e células linfóides B atípicas e com presença de ADN do vírus Epstein Barr (EBV) em mais de 50 células por campo, com evidência de vasculite linfocitária e necrose extensa, aspetos sugestivos de granulomatose linfomatóide de grau III.

Discussão: A granulomatose linfomatóide é uma doença linfoproliferativa rara, angiodestrutiva, composta por células B (CD20+) monoclonais, infetadas com o EBV, e por células T reativas. Têm habitualmente envolvimento extranodal, sendo o pulmão o órgão mais frequentemente afetado (90% dos casos). É especialmente prevalente em doentes imunocomprometidos, nomeadamente em doentes com SIDA ou transplantados. Apresenta-se com um amplo diagnóstico diferencial, sendo o exame anatomopatológico essencial. Caracteriza-se por infiltrados linfóides com angioinvasão, formação de granulomas, e áreas de necrose. Consoante o número de células B infetadas e a extensão da necrose, a doença pode ser classificada em três graus histológicos- grau I, grau II e grau III. O prognóstico é variável e correlaciona-se com o grau histológico, sendo o grau III considerado um linfoma de alto grau, com taxa de mortalidade de 65-90% e sobrevida média de 14 meses.

Palavras-chave: VIH. *Pneumocystis jirovecii*. Linfócitos. EBV.

P31. PROGRESSÃO INDOLENTE

A. Pais, M. Alvoeiro, F. Félix, C. Bárbara

Centro Hospitalar de Lisboa Norte.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 73 anos de idade, não fumadora, com antecedentes de tuberculose pulmonar, referenciada a Consulta de Pneumologia por alterações na TC torácica, com áreas em vidro despolido bilaterais, quistos pulmonares com distribuição inferior, e área de consolidação nodular com contornos espiculados no segmento basal anterior do lobo inferior direito. Negava qualquer sintomatologia respiratória. Foi submetida a broncofibroscopia sem alterações endoscópicas, a lavado broncoalveolar com contagem celular com predomínio de macrófagos, e a estudo microbiológico e citomorfológico que foram negativos. Submetida também, a biópsia transtorácica da lesão periférica no lobo

inferior direito sem alterações. Em estudo tomográfico posterior, denotaram-se opacidades em vidro despolido de forma mais expressiva no lobo superior direito com densificação periférica, sugerindo sinal do atol, crescimento da lesão no segmento basal anterior do lobo inferior direito e aparecimento de outra densificação nodular semi sólida no segmento basal posterior do lobo inferior direito com 11×8 mm. Repetiu broncofibroscopia e biópsia percutânea com resultados novamente inconclusivos. Face à persistência das alterações pulmonares, sem diagnóstico, com aparente evolução indolente, foi submetida a ressecção em cunha das duas lesões nodulares no lobo inferior direito e da lesão do lobo superior direito, por videotoroscopia. O exame anatomopatológico destes três nódulos pulmonares foi compatível com Linfoma BALT (CD20 positivo e CD5, ciclina D1, CD10 e CD23 negativos).

Discussão: A acumulação de células imunológicas na mucosa das paredes brônquicas denomina-se BALT (Bronchus Associated Lymphoid Tissue). Em situações de estimulação antigénica crónica, podem gerar-se proliferações linfóides monoclonais em tecido brônquico, a que denominamos Linfoma BALT. Os linfomas pulmonares primários são raros, representando apenas 1% dos linfomas não Hodgkin e 0,5-1% das neoplasias primárias do pulmão. São frequentemente assintomáticos e achados incidentais em exames de controlo. Têm habitualmente uma evolução indolente, mantendo-se confinados ao pulmão, sem disseminação para os gânglios ou outros órgãos, e com uma sobrevida global aos 5 anos de 80-90%.

Palavras-chave: BALT. Videotoroscopia. Nódulos. Confinados.

P32. PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO EM DOENTE COM PNEUMONIA A SARS-COV-2 SOB OXIGENOTERAPIA CONVENCIONAL

L. Carreto, Ml. Luz, M. Pereira, M. Silveira, R. Melo

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A infecção por SARS-CoV-2 manifesta-se geralmente com pneumonia. A ocorrência de pneumotórax é rara. Apresentamos um caso de um doente com pneumonia a SARS-CoV-2 que desenvolveu pneumotórax espontâneo.

Caso clínico: Sexo masculino, 70 anos, recorreu ao SU por quadro com 7 dias de evolução caracterizado por tosse produtiva com expectoração mucopurulenta, dispneia de agravamento progressivo, febre (38,4 °C) e diarreia. Negava hábitos tabágicos e contacto com doentes com COVID-19. Dos antecedentes pessoais destacava-se Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 e dislipidémia. À observação apresentava-se febril (38,6 °C), SpO2 de 88% em ar ambiente e um murmúrio vesicular rude com sibilos bilaterais. Analiticamente salientava-se leucocitose de $10,4 \times 10^9$ células/L com neutrofilia de 91% e PCR de 32 mg/dl. A gasometria arterial com FiO2 24% revelou PaO2 73 mmHg. A radiografia torácica evidenciava um reforço intersticial no terço inferior do campo pulmonar direito. A pesquisa de SARS-CoV-2 foi positiva, afirmando-se o diagnóstico de COVID-19. Manteve-se clinicamente estável com necessidade de oxigénio (FiO2 24%). Ao 5º dia de internamento, verificou-se agravamento clínico com necessidade de aumentar FiO2 para 28%. Repetiu radiografia torácica que evidenciou pneumotórax à esquerda, pelo que foi colocado dreno torácico, removido às 48h após expansão pulmonar completa. Teve alta ao fim de 3 semanas de internamento, sem recidiva do pneumotórax ou outras complicações respiratórias.

Discussão: A pneumonia a SARS-CoV-2 apresenta algumas semelhanças com a causada pelo SARS-CoV-1, em 2003, e pelo MERS-CoV, identificado em 2012, ambos vírus da família coronaviridae. A taxa de incidência de pneumotórax no MERS-CoV foi de 16% na pneumonia grave e apenas 1,7% no SARS-CoV-11, sendo atualmente estimada em 1% na COVID-19. O mecanismo exato que está na origem do pneumotórax associado a infecção por SARS-CoV-2 ainda não está esclarecido. O caso clínico apresentado é de um pneumotórax es-

pontâneo associado a Pneumonia por SARS-CoV-2 num doente sem patologia pulmonar estrutural e apenas sob oxigenoterapia convencional. Trata-se de uma situação extremamente rara, mas que alerta para a necessidade de vigilância radiológica regular durante o internamento dos doentes com COVID-19.

Palavras-chave: COVID-19. SARS-CoV-2. Pneumotórax.

P33. INFEÇÕES POR MICRORGANISMOS MULTIRRESISTENTES NUMA ENFERMARIA DE PNEUMOLOGIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

L. Carreto, M. Silva, R. Fernandes, R. Melo, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: As infeções por agentes multirresistentes (MDR) são um problema crescente a nível hospitalar, associadas a elevada morbimortalidade. Procurámos perceber qual a evolução temporal destas infeções no internamento de Pneumologia do nosso hospital.

Métodos: Realizou-se o levantamento de todos os isolamentos microbiológicos na enfermaria de Pneumologia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, no período de 1 de Janeiro de 2016 a 31 de Dezembro de 2019. Procedeu-se à colheita de dados através da consulta dos processos dos doentes com *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina (MRSA), *Pseudomonas aeruginosa* (PSAE) produtora de beta-lactamases de largo espectro (ESBL) e *Klebsiella pneumoniae* produtoras de carbapenemases (KPC) e ESBL.

Resultados: Obtivemos 55 doentes com média de idade 69,5 anos. As comorbilidades mais frequentes foram: DPOC (47,3%), neoplasia do pulmão (36,3%), bronquiectasias (30,9%), neoplasia extrapulmonar (12,7%) e traqueostomia (5,5%). Os tipos de infeção foram: Pneumonia (61,8%), infeção do trato urinário (21,8%), empiema (12,7%) e outros (9,0%). O agente mais frequente foi MRSA (43,6%), seguido da KP produtora de ESBL (30,9%), PSAE produtora de ESBL (20%) e KPC (3,6%). A maioria (94,5%) tinham realizado AB endovenosa nos últimos 90 dias. A taxa de mortalidade foi de 49,1%, maior dos doentes com pneumonia (58,8%).

Conclusões: Com exceção de 3 doentes, todos tinham recebido AB endovenoso nos últimos 90 dias - fator de risco já documentado para infeção por bactérias MDR. A taxa de mortalidade dos doentes foi elevada, justificada, em parte, pelo número de doentes com comorbilidades importantes. No caso das infeções respiratórias, o isolamento microbiológico foi realizado maioritariamente na expectoração (70,6%) e menos frequentemente em hemoculturas (35,3%), reforçando a importância deste exame. Em 2019 observou-se um aumento do número de infeções por MRSA, bem como o surgimento de infeções por KPC. Consideramos que estes dados devem-se à elevada exposição a AB de largo espectro e ao número elevado de comorbilidades consideradas fatores de risco. O surgimento de infeções por bactérias produtoras de carbapenemases, bem como o aumento do número de infeções por MRSA, alerta-nos para um melhor manuseio dos AB de largo espectro e salienta a importância dos exames culturais.

Palavras-chave: Infeções nosocomiais. Antibióticos de largo espectro. Multirresistência.

P34. EXISTEM BENEFÍCIOS NA UTILIZAÇÃO DE BROMETO DE IPATRÓPRIO OU CORTICÓIDE INALADO NA TOSSE PÓS-INFECCIOSA PERSISTENTE?

M.B. Henriques, MF. Poon, R. André

USF Feijó.

Introdução: A tosse pós-infeciosa persistente apesar de autolimitada interfere na qualidade de vida do utente, sendo um dos principais sintomas que leva à procura de cuidados médicos. É um diagnóstico clínico e de exclusão, considerando-se numa tosse após uma

infecção respiratória sem alterações no exame clínico e imagiológico.

Objetivos: Abordar a tosse pós-infeciosa persistente com duração não superior a 8 semanas e analisar a sua resposta aos corticóides inalados e ao brometo de ipratrópio (BI)

Métodos: Pesquisa nas bases de dados MedLine, Pubmed, DARE, BMJ, Clinical Evidence, CMA Practice Guidelines, NGC, Guidelines Finder da NelH e Cochrane Library. Termos MeSH Postinfectious Cough AND Post-infectious Cough AND Inhaled Ipratropium OR Inhaled Corticosteroid. Foram selecionados artigos em Português e Inglês, até 31/03/2020. Incluídos: População- Doentes com tosse pós-infecção respiratória aguda; Intervenção - Tratamento com inalador de BI ou corticóide; Controlo - Placebo; Outcome - Melhoria da sintomatologia. Excluídos: sem acesso integral, patologia respiratória em agudização e crianças. Foi utilizada a escala Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT) para atribuição de níveis de evidência e forças de recomendação.

Resultados: Dos 257 artigos, 30 foram selecionados pelo título, 12 pelo abstract e 5 cumpriram os critérios: 4 ensaios clínicos randomizados e 1 guideline que sugerem: terapêutica com BI 4 puffs com 20 ug, 4 vezes/dia por 3 semanas melhora significativamente a tosse versus placebo ($p < 0,001$); terapêutica com extra-fine HFA beclometasona 400 μg 2 vezes/dia durante 7 dias e 200 μg 2 vezes/dia durante 4 dias melhora a frequência da tosse ($p = 0,047$); terapêutica com fluticasona 500 μg 2 vezes/dia durante 2 semanas melhora a média de score diário de tosse versus placebo ($p = 0,019$); e a utilização de inalador com budesonida não demonstra ser mais eficaz que placebo ($p = 0,79$).

Conclusões: Subsiste a necessidade de mais estudos pelas limitações encontradas (discrepâncias na definição temporal de tosse pós-infeciosa, número limitado de doentes nas amostras e a dependência da compliance dos mesmos). Após esta revisão verifica-se que o uso de fluticasona 500 μg duas vezes por dia, durante duas semanas está recomendado (SORT A), sendo que o uso de beclometasona e de BI tem menos evidência (SORT B).

Palavras-chave: *Tosse pós-infeciosa. Tosse pós-infeciosa. Ipratrópio inalado. Corticoide inalado.*

P35. OS ÚLTIMOS 6 MESES DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NA USF FEIJÓ

M.B. Henriques, A. Silva, R.C. Alves

USF Feijó.

Introdução: a DPOC atinge cerca de 14,2% da população com > 40 anos e é diagnosticada através duma espirometria com prova de broncodilatação (EPB). Estudos mostram níveis elevados de subdiagnóstico (86,8%), sendo uma das preocupações da DGS. Após o resultado do Protocolo de Qualidade (PQ) aplicado na USF Feijó, que comprovou subdiagnóstico de DPOC, foi criada uma consulta específica.

Objetivos: Reclassificar os doentes incluídos no PQ com VEF1/CVF EPB “desconhecido” ou “Sem EPB” e permitir um acompanhamento personalizado.

Métodos: Foram convocados os doentes com diagnóstico sem seguimento pela Pneumologia e os com suspeita diagnóstica mas sem resultados de EPB, obtendo-se 101 doentes. A consulta incidiu sobre avaliação dos fatores de risco (FR), comorbilidades, antecedentes, sintomatologia (escalas de mMRC e CAT) e exacerbações. No fim classificámos a DPOC, segundo a EPB e as escalas, e reformulámos um plano terapêutico.

Resultados: Tentámos contactar os 101 utentes: 7 recusaram; 58 incontactáveis e dos 36 que aceitaram 10 faltaram à consulta. Os 26 doentes observados, tinham uma média de 69 anos e 18 eram do sexo masculino. Quanto às EPB: 8 não tinham, 3 não estavam registadas e 4 estavam mal codificadas, tendo sido excluídos. A maioria apresentava comorbilidades cardiovasculares e o principal FR foi

o tabagismo. 3 eram vacinados contra a gripe e 8 com a vacina anti-pneumocócica. Relativamente à técnica inalatória: 4 apresentavam erros, 5 não trouxeram o dispositivo e 4 não tinham dispositivo. Ao E.O: 9 apresentavam pré-obesidade, 7 obesidade e 1 baixo peso; 15 tinham auscultação normal, mas 7 apresentavam alterações; e todos obtiveram $\text{SpO}_2 \geq 93\%$. Quanto à sintomatologia, a maioria encontrava-se controlada classificando-se 13 no Grupo A e 9 no Grupo B. Devido à ausência de EPB na maioria, apenas se verificou 3 como GOLD1/A, 2 GOLD 2/B, 2 GOLD 1/B, 1 GOLD 3/B e 1 GOLD 2/B. Quanto ao tratamento 1 doente que fazia LAMA passou a fazer LAMA+LABA e 5 sem medicação passaram a ter SABA e SAMA em SOS.

Conclusões: Este trabalho fez-nos perceber que ainda existem vários erros no diagnóstico e tratamento dos doentes com DPOC, situação que pretendemos melhorar, assim como aumentar a literacia em saúde para esta patologia e consciencializar o utente para uma maior gestão da sua doença, permitindo o seu empowerment.

Palavras-chave: *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. DPOC. Diagnóstico. Tratamento.*

P36. DISCINÉSIA CILIAR PRIMÁRIA: A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NO DIAGNÓSTICO

P.S. Correia, P.S. Freitas, C.A. Ruano

Hospital de São José-CHULC.

Introdução: A discinesia ciliar primária é uma patologia genética rara de transmissão autossómica recessiva, genética e fenotipicamente heterogénea, que se caracteriza por alteração da função e estrutura ciliar. Classicamente manifesta-se pela presença concomitante de sinusopatia, infertilidade e bronquiectasias, tipicamente com um padrão de distribuição central com predomínio nos lobos inferiores/médio. Como as manifestações clássicas são inespecíficas, uma história clínica completa aliada a uma cautelosa interpretação dos métodos de imagem são cruciais na elaboração inicial do diagnóstico.

Caso clínico: Mostramos um caso de um homem de 52 anos, residente na Amadora, não fumador, com antecedentes de DPOC, infertilidade, hipertrofia benigna da próstata, para os quais realiza terapêutica dirigida, referenciado à consulta de pneumologia após internamento por quadro de infecção respiratória, com isolamento de Pseudomonas aeruginosa no lavado broncoalveolar. Na tomografia computadorizada (TC) de tórax documentaram-se bronquiectasias cilíndricas e quísticas com impactação mucóide, mais acentuadas no lobo médio e língula. Referia história de broncopneumonia na infância, a qual segundo o doente foi interpretada como tuberculose. Do exame objectivo salientava-se a presença de tórax em barril, dedos em baqueta de tambor e cianose labial. Nas provas de função respiratória evidencia alteração ventilatória obstrutiva grave com dessaturação em até 87% na prova da marcha aos 6 minutos. Foi solicitada TC dos seios peri-nasais pelo Otorrinolaringologista, que documentou pansinusopatia. Realizou prova de suor que se revelou negativa. Após discussão multidisciplinar, atendendo ao conjunto dos achados clínicos e imagiológicos, foi assumido o diagnóstico de discinesia ciliar primária. Atualmente encontra-se em lista de espera para transplante pulmonar por insuficiência respiratória grave. **Discussão:** O caso clínico descrito enfatiza a necessidade de cooperação permanente entre várias especialidades, neste caso em particular da Radiologia e Pneumologia. Uma colheita adequada da história clínica, aliada a uma descrição e interpretação cuidadosa dos achados nos métodos complementares de imagem (TC), aumentam significativamente o grau de confiança diagnóstica, que em última instância se traduz em importantes implicações terapêuticas e prognósticas.

Palavras-chave: *Discinésia ciliar primária. Avaliação multidisciplinar. Bronquiectasias.*

P37. QUANDO A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA FAZ A DIFERENÇA NA ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

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

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

Introdução: A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa rara e progressiva, apresentando frequentemente um prognóstico reservado, particularmente na sua apresentação bulbar, com sobrevidas medianas inferiores a 3 anos. A ventilação não invasiva (VNI) é um dos poucos tratamentos com impacto direto na sobrevida e qualidade de vida nestes doentes.

Casos clínicos: Caso 1: Homem de 61 anos, internado no serviço de Neurologia no final de 2011 por suspeita de doença do neurónio motor, com diagnóstico de ELA de predomínio bulbar. Iniciou seguimento em consulta de Pneumologia/Ventiloterapia no início de 2012, e na 1ª avaliação apresentava sintomas de sonolência, disartria e disfagia. As provas de função respiratória e de força muscular (PFR+FM) evidenciavam função pulmonar preservada (FVC: 117%, FEV1: 107%, PIM: 46 cmH₂O, PEM: 64 cmH₂O, CPF: 350 L/min). Houve agravamento progressivo dos sintomas bulbares (disfagia e disartria) e da função respiratória, com indicação para iniciar VNI e Cough-Assist 4 anos após o diagnóstico. Apesar de inicialmente relutante ao seu início, esta intervenção teve impacto funcional (melhoria e posterior estabilização das PFR+FM) e clínico (sem novas agudizações), além dum incremento na sobrevida de mais 5 anos. Caso 2: Mulher de 85 anos, seguida em consulta de Neurologia há vários anos por Doença de Parkinson, com posterior desenvolvimento de clínica compatível com ELA de predomínio bulbar. Iniciou seguimento em consulta de Pneumologia/Ventiloterapia em 2011, apresentando afasia e sialorreia; PFR+FM a evidenciar grave compromisso funcional (FVC: 44%, FEV1: 46%; PIM: 5 cmH₂O, PEM: 0 cmH₂O). Não conseguiu colaborar nas manobras de CPF. Iniciou VNI (modo ST e posteriormente iVAPS/ST), estando dependente de ventilação 24h desde 2013. Apesar desta dependência manteve-se praticamente sem internamentos até 2019, altura em que por várias agudizações, associadas à idade de 94 anos, acaba por ter desfecho fatal em domicílio.

Discussão: Apresentam-se 2 casos de ELA bulbar com elevada sobrevida, muito provavelmente associada a uma ótima resposta à VNI, no contexto de adequada assistência multidisciplinar.

Palavras-chave: *Ventilação não invasiva. Esclerose lateral amiotrófica.*

P38. FÍSTULA BRONCO-CUTÂNEA SEM PNEUMOTÓRAX APÓS DRENAGEM TORÁCICA

M.G. Alves, I.S. Ribeiro, F. Nogueira

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução: A colocação de drenos torácicos é um procedimento comum na nossa prática clínica do dia-a-dia. Como todos os procedimentos pode ter complicações. A Fistula bronco-cutânea é uma complicação rara mas possível deste procedimento.

Caso clínico: Doente de 57 anos, politraumatizado, à entrada sem evidência de pneumotórax e sem enfisema subcutâneo. No 4º dia de internamento Angio-TC abdominal mostrava volumoso derrame pleural bilateral, com colapso de ambas as pirâmides basais. Colocado dreno torácico (32 Fr) ao nível do 5º EIC direito na linha médio axilar, com saída de cerca de 500 cc de líquido hemático. Retirado acidentalmente no primeiro dia. Durante o internamento por desenvolvimento de enfisema subcutâneo extenso realizou TC TAP que mostrou evidência de novo de extenso enfisema subcutâneo que interessava a região cervical, torácica, abdominal e pélvica, de predomínio anterior e superiormente estendendo-se ao membro superior direito, não existindo pneumoperitônio, não existindo pneumotórax ou pneumomediastino, que fossem pontos

de origem deste enfisema subcutâneo. Ao nível do tórax identificava-se no lobo inferior direito uma imagem de morfologia tubular e conteúdo central gasoso que se estendia até à a superfície pleural, atravessava a parede torácica e estava em continuidade com enfisema subcutâneo sugestivo de fistula brônquica cutânea. A fistula bronco-cutânea corresponde à comunicação entre o brônquico e o tecido subcutâneo sendo mais frequentemente iatrogénica. Pode resultar de complicação de pneumectomia, de inflamação crónica, de processo infeccioso, quimioterapia ou de trauma torácico como nos casos de barotrauma e da colocação de drenagem torácica, como no caso descrito. É no entanto rara sem evidência de Pneumotórax.

Discussão: Acreditamos que neste doente o dreno terá penetrado o parênquima pulmonar sendo responsável pela formação de uma fístula bronco-cutânea à direita, com consequente exuberante enfisema subcutâneo generalizado, mesmo sem Pneumotórax.

Palavras-chave: *Fistula bronco-cutânea. Dreno torácico. Enfisema subcutâneo.*

P39. REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA VS DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL

A.R. Gigante, E.M. Tinoco, A.I. Araújo, P. Vasconcelos, R. Monteiro, I. Sanches, I. Pascoal

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Os benefícios da Reabilitação Respiratória (RR), tanto na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) como na doença pulmonar intersticial (DPI), são bem reconhecidos, porém, ainda não está claro se os ganhos em ambas as patologias são semelhantes com programas de reabilitação idênticos.

Objetivos: Análise dos resultados clínicos da RR em doentes com DPOC ou DPI.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional em doentes com DPOC ou DPI que realizaram um programa de RR com treino de exercício no período de 2017-2019. Foram avaliados, antes e após o programa, os resultados da prova da marcha de 6 minutos (PM6m), escala de dispneia Medical Research Council modificada (mMRC), escala de atividade de vida diária de London Chest (LCADL) e escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS), tendo sido comparados em cada grupo de patologias e entre os grupos.

Resultados: Foram incluídos 58 doentes: 42 com DPOC e 16 com DPI, com idade média de 66,5 ± 8,6 e 63,9 ± 12,9 anos, respetivamente. Na PM6m não houve um aumento estatisticamente significativo na distância percorrida após o programa em ambos os grupos, mas os doentes com DPI apresentaram um aumento significativo na saturação periférica de oxigénio mínima (p = 0,040) e uma diminuição significativa na frequência cardíaca máxima (p = 0,021), com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de patologias (p = 0,009, p = 0,010, respetivamente). O grupo de DPI também mostrou uma melhoria significativa no resultado da escala de Borg relativo à fadiga muscular (p = 0,041). Os doentes com DPOC apresentaram melhorias significativas nos resultados da escala de dispneia (p < 0,001), no valor do domínio cuidado pessoal e no total da escala LCADL (p = 0,045 e p = 0,042) e na escala HADS (depressão: p = 0,003; ansiedade: p < 0,001), mas sem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Foram observadas complicações durante o treino de exercício em 5,8% do total de doentes, sem diferenças entre os grupos (p = 0,710).

Conclusões: O programa de RR parece ser seguro. Embora não tenham sido demonstrados ganhos na distância percorrida na PM6m após RR, os doentes com DPI melhoraram a resposta hemodinâmica e fadiga muscular, enquanto os doentes com DPOC apresentaram melhoria nos sintomas de dispneia, ansiedade e depressão e nas atividades de vida diária.

Palavras-chave: Reabilitação respiratória. Doença pulmonar obstrutiva crónica. Doença pulmonar intersticial.

P40. PLEURODESE NO DERRAME PLEURAL MALIGNO: SUCESSO E SOBREVIDA

M.M. Baptista, S. Saleiro, J. Bento, M.J. Valente, M.S. Valente, L. Rocha

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. IPO Porto-Instituto Português de Oncologia.

Introdução: A pleurodese com talco “slurry” é uma abordagem comum e eficaz para o derrame pleural maligno (DPM) recorrente, permitindo minimizar os sintomas e necessidade de toracocenteses frequentes.

Objetivos: Caracterizar os doentes oncológicos com DPM que realizaram pleurodese e analisar a taxa de sucesso e impacto na sobrevida.

Métodos: Estudo retrospectivo das pleurodeses realizadas entre 2013 e 2019 num hospital oncológico.

Resultados: 32 doentes realizaram pleurodese com talco “slurry”, com uma média de idades de 65 (\pm 12) anos e predomínio do sexo feminino (87,5%). 56,6% dos doentes tinham um ECOG Performance Status de 2-3. O diagnóstico de DPM foi feito maioritariamente através de citologia do líquido pleural (62,5%) e 56,3% dos doentes tinham história de múltiplas toracocenteses. O cancro da mama foi o tumor primário mais comum (40,6%), seguido das neoplasias ginecológicas (25%), pulmonares, gastrointestinais e linfomas (9,4% cada). No momento da pleurodese, 65,7% dos doentes estava sob tratamento ativo, principalmente quimioterapia (43,8%). Verificou-se uma taxa de sucesso de 68,8% nas pleurodeses realizadas, sendo de 84,4% ao primeiro mês. A recidiva do derrame pleural ocorreu, em média, 5 meses e meio após o procedimento. O tipo de tumor, presença de tratamento oncológico ativo ou características bioquímicas do líquido pleural não influenciaram significativamente o sucesso da pleurodese. A pleurodese foi realizada, em média, 42 meses após o diagnóstico do tumor primário, perante uma sobrevida global média de 53 meses. A sobrevida após a pleurodese foi em média 11 (\pm 13) meses, não se verificando uma diferença estatisticamente significativa entre os doentes com e sem recidiva do derrame. No entanto, verificou-se uma correlação positiva forte entre o tempo até recidiva e a sobrevida após pleurodese (r Pearson = 0,746, p = 0,013).

Conclusões: A pleurodese foi realizada numa fase tardia da história da doença, mas verificou-se uma boa taxa de sucesso, que apesar de não se refletir na sobrevida pode contribuir para melhorar a qualidade de vida. Não foi possível identificar fatores preditores de sucesso da pleurodese, possivelmente devido ao tamanho da amostra e heterogeneidade quanto ao tumor primário.

Palavras-chave: Pleurodese. Derrame pleural maligno. Recidiva. Sobrevida.

P41. INFEÇÃO POR SARS-COV 2 COMPLICADA COM “MULTISYSTEMIC INFLAMMATORY SYNDROME IN CHILDREN”

M.I. Moreira, A.R. Magalhães, S. Alfarroba, J. Cardoso, E. Veiga, N. Germano, F. Maltez

Hospital Santa Marta-Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

Introdução: Com a emergência da COVID 19 têm sido diagnosticados em idade pediátrica casos de “multisystem inflammatory syndrome in children” (MIS-C), com semelhanças com a Doença de Kawasaki ou o Síndrome de Choque Tóxico.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 18 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência com quadro clínico e exames complementa-

res compatíveis com pneumonia hipoxemiante bilateral a SARS-CoV 2, com rápida progressão para choque séptico e ARDS e necessidade de ventilação mecânica invasiva. Por queixas abdominais iniciais realizou TAC abdominal que demonstrou colecistite aguda edematosa, tendo sido submetido a colecistectomia urgente. À admissão na Unidade de Cuidados Intensivos, realizado ecocardiograma transtorácico que mostrou ventrículo esquerdo dilatado com hipocinesia do septo e do ápice, com fração de ejeção 31%, insuficiência mitral moderada, cavidades direitas dilatadas, PSAP estimada 50 mmHg, veia cava inferior dilatada, além de hiperecogenicidade do pericárdico. Admitida insuficiência cardíaca esquerda com sinais de pericardite. Por progressão do quadro para falência multiorgânica, com hipotensão, disfunção respiratória, disfunção cardíaca, disfunção renal e disfunção hematológica (trombocitopenia e coagulopatia), admitido o diagnóstico de MIS-C. Cumpriu terapêutica com imunoglobulina, corticoterapia e vasopressores. Cumpriu 10 dias de piperacilina-tazobactam, vancomicina e clindamicina empiricamente, com melhoria analítica e radiológica da sobreinfecção bacteriana. Verificou-se melhoria clínica progressiva, com possibilidade de extubação e suspensão de vassopressores. No ecocardiograma de reavaliação com função cardíaca com fracção de ejeção 71%. A destacar a identificação de aneurismas coronários sequelares, com indicação para antiagregação e anticoagulação e reavaliação posterior. Foi feito desmame progressivo da corticoterapia. Após dois resultados negativos em secreções brônquicas, considerado curado para pneumonia a SARS-CoV 2. Foi transferido para o internamento onde iniciou programa de Medicina Física e Reabilitação por miopatia do doente crítico.

Discussão: O reconhecimento do MIS-C e a monitorização precoce destes doentes, permite garantir o suporte apropriado e estabelecer atempadamente a terapêutica dirigida para o mesmo.

Palavras-chave: MIS-C. SARS-CoV 2. Disfunção multiorgânica. Idade pediátrica.

P42. UM CASO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR ASSOCIADA À DOENÇA DO TECIDO CONJUNTIVO

M.I. Moreira, A.R. Magalhães, S. Alfarroba, R. Ferreira, J. Cardoso

Hospital Santa Marta-Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

Introdução: Doente do sexo feminino, de 48 anos, com antecedentes de Lúpus eritematoso sistémico, Síndrome anti-fosfolípido secundário, Síndrome de Leriche e Obesidade. Sob terapêutica imunossupressora e anti-coagulação crónicas.

Caso clínico: Recorreu ao Serviço de Urgência por pré-cordialgia com exclusão de síndrome coronário agudo, tendo sido constatada de novo insuficiência respiratória parcial grave (paO₂ 57 mmHg). Após exclusão de tromboembolismo pulmonar (TEP) em angio-TC, identificada dilatação do tronco e ramos principais da artéria pulmonar. Foi internada no Serviço de Pneumologia. Realizou cintigrafia de ventilação/perfusão que mostrou suspeita de TEP periférico VS fenómenos de vasculite activa como falso positivo. Durante o internamento observado síndrome de platipneia-ortodeoxia. O ecocardiograma transtorácico mostrou ventrículo esquerdo não dilatado, boa função sistólica global e cavidades direitas não dilatadas, PSAP estimada 32 mmHg e septo intra-auricular íntegro. O ecocardiograma transesofágico mostrou septo interauricular com forame oval patente (FOP) ligeiramente tunelizado, com shunt direito-esquerdo de grau ligeiro em decúbito. Considerado em reunião multidisciplinar a baixa probabilidade de o FOP ser a causa única da insuficiência respiratória grave. Realizado cateterismo que mostrou hipertensão pulmonar (HTP) pré-capilar (pressão da artéria pulmonar 52/30/38 mmHg). A arteriografia pulmonar excluiu hipertensão pulmonar por TEP crónico (CTEPH). Como estudo complementar, dado que apresentava clínica de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) realizou polissonografia apresentando IAH 12. As provas funcionais respiratórias mostraram difusão redu-

zida (DLCO 33, KCO 40). A prova de marcha de 6 minutos apresentou uma saturação mínima 86% aos 30 segundos e uma distância percorrida 300m. Discussão: Doente com doença do tecido conjuntivo e vasculite pulmonar secundária com insuficiência respiratória parcial grave. Excluída doença venoclusiva pulmonar. Com síndrome de plitipneia-ortodeoxia. Com FOP ligeiro, SAOS e HTP pré-capilar. Considerado que a HTP contra-indicava o encerramento do FOP por mecanismo de escape e que esta contra-indicava a adaptação a CPAP. Assumindo-se HTP do grupo 1, iniciou terapêutica específica com bosentano e sildenafil e manteve anticoagulação crónica.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar. Insuficiência respiratória. Doença do tecido conjuntivo. Vasculite.

P43. INFECÇÃO, VASCULITE OU HISTIOCILOSE: RELATO DE CASO

M.C. Silva, A.S. Ramôa

Hospital de Braga.

Introdução: A Histiocitose de Células de Langerhans é uma doença do interstício pulmonar (DIP) cística rara classificada como neoplasia mielóide inflamatória. A clínica é inespecífica, com sintomas respiratórios e constitucionais.

Caso clínico: Doente do género feminino, 57 anos, fumadora. Antecedentes de artrite seronegativa e tumor neuroendócrino gástrico, ressecado endoscopicamente. Internada por quadro constitucional (artralgias, perda ponderal, sudorese noturna, tosse produtiva e sub-febril) e múltiplas lesões nodulares bilaterais nos lobos superiores, cavitadas, lesões com halo em vidro despolido detetadas em TC. Form consideradas inicialmente as hipóteses de metastização pulmonar de neoplasia/Infeção/Vasculite. Do estudo realizado: VS 38; serologias víricas, teste de suor, alfa 1-antitripsina, imunologia negativos; IgA aumentada; pesquisa de micobactérias em vários produtos biológicos: negativa; Realizou TCAR que demonstrou “inúmeras lesões nodulariformes, bilaterais (...) poupadas as bases pulmonares (...) componente cístico (...) lesões com halo de densificação em vidro despolido (...) gânglios mediastínicos, centimétricos”. A histologia de nódulo pulmonar descreveu “extensa fibrose e elastose (...) expansão dos septos alveolares por fibrose (...) infiltrado inflamatório polimorfo com histiócitos, linfócitos, neutrófilos e eosinófilos (...) não se observa envolvimento por processo neoplásico”. A citologia do lavado bronco-alveolar (LBA) foi negativa para células neoplásicas. Na consulta de seguimento referiu melhoria sintomática e repetiu TC que revelou “redução do número e dimensões das lesões nodulares (...) lesões quísticas infra-centimétricas bilaterais, algumas resultantes de involução de nódulos sólidos”. Em reunião de grupo de DIP, considerando a melhoria clínica e radiológica significativas com cessação tabágica considerou-se o diagnóstico de Histiocitose de Células de Langerhans. **Discussão:** Este caso clínico é sugestivo de Histiocitose de Células de Langerhans apesar da não identificação de células CD1a no LBA ou histologia. O seguimento permitirá estabelecer o diagnóstico diferencial com outras DIP císticas.

Palavras-chave: Cistos. Histiocitose de Langerhans.

P44. LEIOMIOMA BENIGNO METASTIZANTE: CASO CLÍNICO

C.B. Giesta, A. Norte, T. Câmara, G. Vasconcelos, J. Duarte, O. Santos, C. Lousada

Centro Hospitalar Médio Tejo.

Introdução: Os leiomiomas uterinos são neoplasias benignas constituídas por células de músculo liso, sendo os tumores ginecológicos mais frequentes em idade reprodutiva. Os leiomiomas benignos metastizantes caracterizam-se pela propagação das células tumorais para localizações extra-uterinas, sendo a localização mais co-

mum o pulmão. A maioria das doentes é assintomática. histerectomia. Os achados radiológicos típicos são nódulo solitário ou múltiplos nódulos bem delimitados de diversas dimensões. OS tratamentos atualmente disponíveis são a terapêutica hormonal ou a ressecção cirúrgica. A sobrevida a longo prazo é boa.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 70 anos, não fumadora, enviada à Consulta Externa de Pneumologia por suspeita de síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). Dos antecedentes patológicos constava uma conização em 1996 por lesão do colo do útero. Sem história de outras cirurgias e sem história prévia de patologia pulmonar. O screening domiciliário e a polissonografia hospitalar revelaram SAOS ligeiro. A radiografia do tórax mostrou uma opacidade na base pulmonar direita. A tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica confirmou a presença de lesão com cerca de 65 × 30 mm de diâmetros axiais, bem definida, de morfologia lenticular, captante, aparentemente extra-pulmonar, na vertente posterior do terço inferior do hemitórax direito. A TC crânio-encefálica não evidenciou alterações de relevo. Não foram visualizadas lesões endobrônquicas na broncofibroscopia, sendo a microbiologia e citologia do aspirado traqueobrônquico negativas. A PET-CT confirmou a existência da lesão no hemitórax direito com baixa atividade metabólica. Foi realizada biopsia pulmonar transtorácica guiada por TC, cujo estudo anatomo-patológico, morfológico e imunohistoquímico foi compatível com tumor fibroso solitário. Submetida a ressecção cirúrgica desta massa, chegou-se ao diagnóstico final de leiomioma benigno metastizante.

Discussão: O leiomioma benigno metastizante é uma entidade rara, associando-se muito provavelmente neste caso clínico à conização realizada, tornando-se mais relevante pela ausência de história de miomectomia ou histerectomia prévias e por se apresentar como lesão única e de grandes dimensões.

Palavras-chave: Leiomioma. Útero e pulmão.

P45. LINFANGIOMA MEDIASTÍNICO: CASO CLÍNICO

C.B. Giesta, J. Duarte, A. Norte, T. Câmara, G. Vasconcelos, O. Santos, C. Lousada

Centro Hospitalar Médio Tejo.

Introdução: O linfangioma é uma malformação congénita dos vasos linfáticos que pode surgir em qualquer parte do corpo, localizando-se menos de 1% no mediastino. O seu diagnóstico é mais frequente em idade pediátrica. É um tumor hematogenicamente inativo e com baixo potencial de carcinogénese. Normalmente cursa sem sintomatologia a não ser que comprima as estruturas adjacentes. Na tomografia de tórax apresenta-se como uma lesão quística hipodensa de margens lisas, compreendendo o seu diagnóstico diferencial quisto congénito, malformação adenomatóide e hérnia diafragmática congénita. O tratamento é a ressecção cirúrgica e o prognóstico é bom.

Caso clínico: Homem de 19 anos, não fumador, com antecedentes de asma controlada, referenciado pelo Médico de Família à consulta de Pneumologia por apresentar na tomografia computadorizada do tórax uma formação quística a nível antero-lateral direito da traqueia que se estendia até à bifurcação da árvore brônquica com 30 × 32 × 62 mm. Assintomático e sem alterações no exame objetivo. Realizou broncofibroscopia com punção aspirativa trans-traqueal na vertente lateral direita da traqueia a 3 cm da carina com saída de 6 ml de líquido sero-fibrinoso cuja citologia não evidenciou a presença de células neoplásicas. De igual forma, não se isolaram agentes microbiológicos. Realizou ressonância magnética torácica que identificou a mesma lesão como provável quisto broncogénico. Efetuada a sua excisão cirúrgica completa, a anatomia patológica revelou tratar-se de um linfangioma. Sem recidiva imagiológica **Discussão:** Os autores apresentam este caso por se tratar de uma etiologia rara de massas mediastínicas.

Palavras-chave: Linfangioma. Mediastino.

P46. SÍNDROME BIRT-HOGG-DUBÉ: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

P.S. Freitas, P.S. Correia, C.A. Ruano

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC)-Hospital de São José.

Introdução: A síndrome Birt-Hogg-Dubé (BHD) é uma doença sistémica multiorgânica rara, com padrão hereditário autossómico dominante, por mutação no gene de foliculina (FLCN). Manifesta-se habitualmente por quistos pulmonares (> 80% dos casos), pneumotórax, fibrofoliomas cutâneos e tumores renais. Os quistos pulmonares geralmente são múltiplos, com dimensões variáveis e de predomínio lobar inferior e medial. Importa incluir esta síndrome no diagnóstico diferencial de lesões pulmonares quísticas, dado que o seu diagnóstico precoce conduz à investigação apropriada.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 55 anos, caucasiano, ex-fumador de 2 unidades maço-ano, com antecedentes conhecidos de estenose pulmonar, pneumotórax e hipertensão arterial. Realizou uma radiografia torácica em ambulatório, que revelou alterações do parênquima pulmonar, pelo que foi referenciado à consulta de pneumologia. Clinicamente o doente não mencionava queixas respiratórias e apresentava um exame objetivo sem alterações. Dos exames complementares efetuados, realizou provas de função respiratória e análises com A1 anti-tripsina, que demonstraram valores normais, esta última com 1,05 g/L. Realizou uma TC torácica que revelou quistos pulmonares (1-3 cm) de parede fina, com maior expressão nos andares inferiores e em topografia paraseptal medial. Perante os achados tomográficos, o doente foi discutido em reunião multi-disciplinar, onde se colocou a hipótese diagnóstica de síndrome BHD. De modo a prosseguir com o estudo, o doente foi referenciado à consulta de dermatologia, onde se constatou a presença de fibromas perifoliolares no rosto, região cervical e axilas, compatíveis com o diagnóstico proposto. O estudo genético identificou a variante patogénica em heterozigotia no gene FLCN. Pelo risco elevado de tumores renais, o doente realizou ainda uma ressonância magnética abdominal, demonstrando lesão sólida pobre em gordura no rim direito, que poderá corresponder a lesão atípica, pelo que foi proposto um follow-up em consulta de urologia.

Discussão: O caso apresentado enfatiza a importância do conhecimento dos achados pulmonares da síndrome BHD na TC torácica. Assim, a sua suspeição pode conduzir ao diagnóstico e seguimento clínico apropriado, de modo a prevenir episódios de pneumotórax e detetar precocemente os tumores renais.

Palavras-chave: *Birt-Hogg-Dubé. Quistos pulmonares. TC torácica. Tumores renais.*

P47. LINFOMA PRIMITIVO DAS CAVIDADES - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

F. Neri, M. Alvarenga, F. Branco, R. Rosa, M. Maфра, A. Catarino, T. Lopes, S.T. Furtado

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: O linfoma primitivo das cavidades (PEL) é um subtipo de linfoma não Hodgkin (LNH) raro e agressivo que ocorre sobretudo em imunodeprimidos, principalmente em infetados com o vírus da imunodeficiência humana (VIH). É responsável por 4% de todos os LNH em VIH positivos e < 1% em VIH negativos. Está associado à infeção pelo herpes vírus 8 (HHV8), endémico em algumas regiões do mundo como África. Apresenta-se como derrame, que pode ocorrer em qualquer cavidade serosa. Pode expressar na imunofenotipagem CD45, CD30, CD38 ou CD138, e a sua característica distintiva é a presença de HHV8 no núcleo das células. O prognóstico é desfavorável com sobrevida média de 3 meses sem tratamento, até 6-18 meses com tratamento. Apresenta-se um caso de derrame pleural cujo diagnóstico foi de PEL.

Caso clínico: Sexo feminino, 82 anos, melanodérmica, natural de Angola, não fumadora, reformada (enfermeira), com história relevante de cardiopatia hipertensiva com insuficiência cardíaca, doença renal crónica estágio IIIb, gastrite crónica, operada a tumor maligno do palato em 1990. Internada por derrame pleural esquerdo com características de exsudado, pH 7,2, ADA 171, Glucose 35, LDH 1429, predomínio de células mononucleadas de grandes dimensões e com atipias nucleares; sem isolamentos microbiológicos e citologia negativa. As biópsias pleurais revelaram infiltrado linfoplasmocitário sem células neoplásicas. Estudo complementar com TC da face, faringe, laringe e tóraco-abdomino-pélvica, ecografia mamária, abdominal, renal, pélvica, mamografia e endoscopia digestiva alta sem alterações relevantes. Serologias VIH negativas, ANA positivo 1:160 com fator reumatoide e anti-ccp negativos, e proteinograma normal. Foi discutido em reunião multidisciplinar de Oncologia por suspeita de doença linfoproliferativa, e repetiu biópsias pleurais que mostraram infiltrado de pequenos linfócitos imaturos B e T, e plasmócitos. Houve necessidade de revisão de lâminas, que demonstrou linfócitos CD20-, CD138+ e HHV8+. Assumiu-se o diagnóstico de PEL, tendo sido referenciada para a Hemato-Oncologia.

Discussão: Este é um caso de PEL numa doente VIH negativa, que se atribui à sua origem numa zona endémica do mundo para HHV8. Após exclusão de outras causas para o derrame pleural, a anatomia patológica foi determinante para o seu diagnóstico.

Palavras-chave: *Linfoma primitivo das cavidades. Linfoma associado a HHV8. Derrame pleural.*

P48. MESOTELIOMAS PLEURIS MALIGNOS - ESTUDO RETROSPECTIVO DOS ÚLTIMOS 20 ANOS

R. Ferro, S. Guerra, M. Conceição, A.D. Cunha, A. Campos, A.S. Torres

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: O mesotelioma é uma neoplasia com origem nas superfícies mesoteliais que revestem alguns órgãos, como a pleura, o peritónio, o pericárdio e a túnica vaginalis. A origem pleural é a mais frequente.

Objetivos: Caracterização retrospectiva dos doentes com diagnóstico de mesotelioma pleural maligno do Centro Hospitalar Tondela-Viseu entre 2000 e 2019.

Métodos: Os dados demográficos e clínicos foram recolhidos através da consulta do processo clínico e a análise estatística foi efetuada com recurso a IBM SPSS Statistics 26®.

Resultados: Incluídos 15 doentes, a maioria do sexo masculino (66,7%), com idade média de diagnóstico de 71,93 ± 9,31 anos. Os sintomas de apresentação mais frequentes foram dispneia (86,67%), astenia (40%) e anorexia (20%). A TC torácica revelou derrame pleural na maioria dos doentes (80%), espessamento ou irregularidade pleural em 46,67% e hidropneumotórax em 20% dos doentes. Constatou-se que 40% dos doentes desconheciam a exposição a asbesto, 40% negaram e 20% confirmaram, sendo a exposição mais frequente nos doentes diagnosticados na faixa etária de 70-80. A maioria dos mesoteliomas foi do tipo epitelioide (60%). No que à imunohistoquímica concerne, a maioria foi positiva para a calretinina (73,33%). A maioria dos doentes (73%) realizou quimioterapia. A sobrevida média após o diagnóstico foi de 15 ± 15,34 meses, com sobrevida mínima de 1 mês e máxima de 50 de meses. A análise da sobrevida pelo modelo de Cox revelou sobrevida menor no mesotelioma do tipo bifásico ou misto e sobrevida maior na faixa etária de 50-60, quando comparada com faixas etárias mais avançadas.

Conclusões: A caracterização dos doentes com mesotelioma pleural maligno coincide com as publicações internacionais. Trata-se de um tumor raro, mais comum no sexo masculino e na maioria dos casos relaciona-se com a exposição pregressa a asbesto. O prognóstico é desfavorável e o tempo médio de sobrevida é sobreponível ao descrito, refletindo a agressividade da doença.

Palavras-chave: *Mesoteliomas. Pleura. Asbesto.*

P49. PNEUMONIA CRIPTOCÓCICA - DIAGNÓSTICO BENIGNO NUM INSTITUTO DE ONCOLOGIA

M.I. Matias, P. Matos, M. de Santis, A. Fonseca, L. Barradas

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A infecção por *Cryptococcus neoformans* é uma infecção oportunista que ocorre sobretudo em doente imunocomprometidos. O fungo é inalado a partir de partículas de excrementos de aves ou eucaliptos e a resposta imune do hospedeiro, determina o curso da infecção. Pode afectar vários órgãos, mais frequentemente SNC e pulmão. A Pneumonia criptocócica pode variar entre lesão nodular assintomática a síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS). A confirmação do diagnóstico implica biópsia e o tratamento depende do estado imunológico do hospedeiro e da disseminação da infecção.

Caso clínico: Homem de 57 anos, fumador activo (30 UMA), trabalhador na indústria de moldes de cerâmica. Referenciado à consulta de Pneumologia por massa pulmonar identificada em radiografia de tórax de rotina e confirmada em TC torácica com 33,8 mm na língula. O doente encontrava-se assintomático, negava antecedentes pessoais de relevo, tal como medicação crónica. A biópsia trans-torácica revelou área de fibrose acompanhada de processo inflamatório crónico xantogranulomatoso de material acelular, não se excluindo a presença de esporos. Realizou PET que confirmou massa pulmonar (SUV máximo de 2,9) bem como formações ganglionares mediastino-hilares. Realizou EBUS-TBNA com histologia compatível tecido linfóide reativo. Após TAC-CE sem alterações, realizou biópsia cirúrgica cujo relatório histológico revelou área de processo inflamatório crónico e fibrose delimitando zona de necrose, com presença de pequenas estruturas arredondadas ou falciformes sugerindo infecção fúngica por *cryptococcus*. As serologias para HIV e hepatites foram negativas e o doente iniciou fluconazol 400 mg id. Manteve follow-up em consulta e em TAC de controlo após 3 meses não foram visíveis sinais de recidiva.

Discussão: A pneumónica criptocócica é uma infecção rara que pode mimetizar a neoplasia do pulmão. As características imagiológicas mais comuns são nódulos múltiplos, por vezes lobulados ou com espiculações e de localização nos lobos inferiores, adjacentes à pleura. A recomendação terapêutica para doentes imunocompetentes é fluconazol 400 mg por dia durante 6 a 12 meses. No caso de ressecção cirúrgica, a terapêutica antifúngica pode ser associada, no entanto não há registo de recidiva em doentes não a realizaram.

Palavras-chave: *Massa pulmonar. Neoplasia do pulmão. Cryptococcus neoformans.*

P50. UM CASO DE SUCESSO QUANDO TUDO PARECIA CORRER MAL...

I. Barreto, J. Carvalho, R. Macedo, A.S. Oliveira, R. Staats, P. Pinto, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A doença mista do tecido conjuntivo (DMTC) inclui diversas doenças crónicas multissistémicas com elevada prevalência de doenças autoimunes, muitas das quais afetando mulheres em idade fértil, constituindo a gravidez um desafio na abordagem destas doentes.

Caso clínico: Mulher, 37 anos, G4P2 (2 abortos espontâneos, 2 cesarianas), com DMTC com envolvimento pulmonar (padrão NSIP), muscular, vascular (Raynaud), articular, esofágico e síndrome sicca, sob prednisolona 5 mg, tacrolimus 3 mg bid e hidroxicloroquina 400 mg. Perfil imunológico: ANA+, Ac. anti-SSA e anti-SSB alto título, Ac. anti-Sm+, Ac. anti-RNP alto título, Ac. anti-DS-DNA+. Na 1ª gravidez (2013), teve episódio inaugural de hemoptises, com pequeno vaso sangrante em broncofibroscopia, controlado com estratégia conservadora. Aquando da 4ª gravidez, novo episódio de hemoptises

(11/2019) com ponto de partida em lesão vasculopática no brânquio lobar inferior direito, com controlo inicial após terapêutica médica e antifibrinolítico tópico; evolução subsequente com hemoptises recorrentes às 13s de gravidez (01/2020) por hemorragia do lobo inferior direito, com necessidade de lobectomia inferior direita. Houve nova recorrência de hemoptises às 26s, controladas com terapêutica médica, necessitando de internamento para vigilância clínica e obstétrica. A angioTC de tórax não identificou sinais de hemorragia, tromboembolismo pulmonar ou complicações da loca cirúrgica. Foi transferida para enfermaria de Obstetrícia e realizada maturação pulmonar fetal às 28s. Houve necessidade de aumento de imunossupressão e corticoterapia por agravamento cutâneo da doença reumatológica. Às 36s e 6 dias, teve novo episódio de hemoptises moderadas, sem dessaturação ou compromisso hemodinâmico, tendo sido medicada com ácido tranexâmico. Foi realizada cesariana às 37s, sem complicações materno-fetais: recém-nascido vivo, 2.575 g, índice de Apgar 9/10/10. Não houve intercorrências no puerpério e a doente teve alta ao 3º dia após o parto, clinicamente estabilizada.

Discussão: A DMTC associa-se a um risco aumentado de complicações médicas e obstétricas, já que a gravidez pode condicionar agravamento da doença reumatológica e da sua expressão vascular. Fenómenos de vasculite podem ser causa de hemorragia, sem lesões estruturais identificáveis imagiológica ou endoscopicamente.

Palavras-chave: *Doença mista do tecido conjuntivo. Gravidez. Hemoptises.*

P51. ALTA COM PNEUMOTÓRAX: SERÁ POSSÍVEL?

I. Barreto, A.S. Machado, J. Carvalho, R. Macedo, R. Staats, P. Pinto, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A abordagem do pneumotórax espontâneo secundário pode ser complexa, sobretudo em casos de doença pulmonar estrutural grave e reduzida reserva fisiológica. Muitos doentes não são candidatos para intervenção cirúrgica, o que prolonga o internamento hospitalar e permanência da drenagem torácica (DT).

Caso clínico: Homem, 72 anos, fumador (150 UMA), com esquizofrenia paranoide, DPOC GOLD D, enfisema centrilobular e parasseptal bilateral, marcada distrofia bolhosa e hipertensão pulmonar. Doseamento de alfa 1 antitripsina: normal. Internado por extenso pneumotórax direito com colocação de DT na admissão, evoluindo com aumento do pneumotórax sob DT e necessidade de utilização de aspiração ativa de baixa pressão. TC de tórax: persistência de volumoso pneumotórax à direita, dreno torácico na câmara do pneumotórax, desvio esquerdo do mediastino e enfisema subcutâneo à direita. Discussão do caso com Cirurgia Torácica e Unidade de Pneumologia de Intervenção: atendendo à baixa reserva fisiológica, considerou-se risco-benefício desfavorável para pleurodese cirúrgica, realizando-se pleurodese com talco por slurry ao 9º dia de admissão. Internamento complicado por auto-exteriorização de DT após talcagem, com necessidade de colocação de nova DT e expansão pulmonar lenta sob aspiração ativa de baixa pressão. Por suspeita de fístula broncopleural, foi reavaliado pela Cirurgia Torácica, optando-se por alternância de períodos de aspiração ativa de baixa pressão com períodos de drenagem passiva para evitar agravamento de fuga aérea persistente. Realizada nova pleurodese com talco ao 26º dia de admissão. Ocorreu novo episódio de auto-exteriorização do DT ao 44º dia de internamento, tendo mantido pequena câmara-de-ar de pneumotórax basal direita loculada, que permaneceu estável na avaliação radiográfica seriada nos últimos 3 dias de internamento e sem repercussão clínica, pelo que teve alta hospitalar. Aos 3 meses de follow-up, o doente mantém-se clinicamente estável e assintomático em ambulatório.

Discussão: Face à complexidade da abordagem do pneumotórax espontâneo secundário em doentes que não são candidatos para

pleurodese cirúrgica, a pleurodese química com talco ou agentes esclerosantes como tetraciclina continua a ser uma opção de abordagem válida e eficaz, no sentido de reduzir o tempo de internamento hospitalar.

Palavras-chave: *Pneumotórax espontâneo secundário. Pleurodose química. Talcagem. Pleurodese cirúrgica.*

P52. SÍNDROME DE SWYER- JAMES - UMA ENTIDADE RARA

C. Custódio, M. Alvarenga, F. Lima, R. Rosa, T. Lopes, M. Felizardo, S.T. Furtado

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: A Síndrome de Swyer-James é uma entidade rara caracterizada pela hipertransparência de um pulmão, lobo ou parte de um lobo. É considerada uma condição adquirida, secundária a bronquiólite obliterante ocorrida na infância. Os principais agentes são: adenovírus, Bordetella pertussis, Mycobacterium, Mycoplasma, Influenzae, S. pneumoniae, S. aureus e o vírus do sarampo.

Caso clínico: Homem, 46 anos, não fumador. História conhecida na infância de enfisema pulmonar após infeção por sarampo e infeções respiratórias de repetição com vários internamentos. Referenciado em 2016 à Pneumologia por tosse e expetoração mucosa. Realizou teleradiografia de tórax que mostrou hipertransparência do hemitórax esquerdo, seguida de TC de tórax que revelou destruição bronquiectásica dos lobos inferiores, condicionando hiperinsuflação compensatória; bronquiectasias cilíndricas e varicóides e exuberantes alterações enfisematosas, particularmente à esquerda, com pobreza das marcas vasculares, aspetos enquadráveis na Síndrome de Swyer-James. O doente abandonou seguimento, sem realizar os restantes exames complementares. Em 2020 recorreu ao serviço de urgência por dispneia, tosse com expetoração muco-purulenta e febre. Objetivamente destacava-se taquicárdia sinusal, febre (TT 38 °C) e à auscultação pulmonar ferveores crepitantes dispersos bilateralmente. Analiticamente, leucocitose de 37.310 com 86% de neutrofilia e PCR de 33,85 mg/dL; radiologicamente com hipotransparência da metade inferior do hemitórax esquerdo. Realizou TC de tórax que mostrou extensa consolidação com broncograma aéreo à esquerda, com áreas de menor densidade sugerindo transformação necrótica/abcedada. No exame bacteriológico da expetoração isolou-se Enterobacter aerogenes. Assumiu-se o diagnóstico de pneumonia necrotizante a Enterobacter aerogenes. O doente cumpriu 14 dias de meropenem e gentamicina com melhoria clínica, analítica e imagiológica.

Discussão: Este caso clínico demonstra a importância da imagiologia na abordagem de doentes com sintomas respiratórios recorrentes e reforça a necessidade de reconhecimento da Síndrome de Swyer-James, que embora rara, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de um doente com hipertransparência pulmonar unilateral, permitindo assim tratamento e follow-up adequados, de forma a evitar complicações graves.

Palavras-chave: *Síndrome de Swyer-James. Bronquiectasias. Pneumonia necrotizante.*

P53. INFEÇÃO RESPIRATÓRIA DE EVOLUÇÃO ARRASTADA NO ADULTO: NUNCA ESQUECER A POSSIBILIDADE DE ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO

D.P. Rocha, A.P. Craveiro, M. Baptista, J. Barata, S. Magalhães, M.J. Valente, I. Vicente, E. Magalhães, S. Feijó, S. Valente

Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira.

Introdução: A aspiração de corpo estranho é uma situação infrequente no adulto que tem como factores de risco a idade avançada, alterações neurológicas ou episódios iatrogénicos. A apresentação é variável e o exame imagiológico que se impõe como gold standard

para o diagnóstico é a TAC; sendo que o diagnóstico definitivo e tratamento passa pela broncofibroscopia.

Caso clínico: Doente, 37 anos, recorreu ao serviço de urgência por tosse produtiva mucopurulenta com 2 meses de evolução e com duas vindas prévias pelo mesmo motivo. Sem mais sintomatologia. Cumpriu 2 ciclos de antibioterapia com melhoria mas com retorno da sintomatologia após término. Não fumador e sem antecedentes pessoais ou histórico de exposições relevantes. Ao exame objectivo apenas se destacava sibilância a auscultação. Radiografia tórax mostrava uma hipotransparência heterogénea peri-hilar à direita. Na TAC apresentava uma área densificada no segmento apical do lobo superior direito com broncograma aéreo e padrão micronodular adjacente, assim como padrão micronodular e em vidro despolido no segmento basal posterior do lobo inferior direito. Ao nível do BLM e BLID era visível material com densidade óssea. A vídeobroncofibroscopia detectou corpos estranhos nacarados de consistência pétreas, aderentes e mucosa de aspecto inflamatório não sendo possível a sua remoção. Após a realização desta e na sequência de um acesso de tosse, eliminou um fragmento de osso. Quando questionado novamente referiu engasgamento à refeição mas já após o início do quadro e que não valorizou. Realizou broncoscopia rígida para a remoção dos demais fragmentos de osso com melhoria clínica e radiológica. Já em consulta apresentava-se assintomático. A anatomia patológica do tecido de granulação em volta dos corpos estranhos, concluiu que se tratava de um processo inflamatório crónico com ulceração e assegurou a ausência de malignidade.

Discussão: Por ser uma situação infrequente, há sempre um baixo índice de suspeição que atrasa o diagnóstico. O episódio de aspiração nem sempre é valorizado pelo doente, logo a história clínica cuidadosa é essencial. Este caso tem particular interesse não só pelas imagens obtidas, mas porque é uma situação rara e com a particularidade do doente não apresentar qualquer factor de risco, diminuindo ainda mais o já baixo índice de suspeição.

Palavras-chave: *Tosse. Aspiração de corpo estranho. Broncofibroscopia.*

P54. PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE FIBROSANTE, OU ALGO MAIS?

D.P. Rocha, A.P. Craveiro, M. Baptista, J. Barata, S. Magalhães, M.J. Valente, I. Vicente, E. Magalhães, S. Valente

Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira.

Introdução: A Pneumonite de Hipersensibilidade (PH) resulta da resposta imunológica à inalação de agentes orgânicos ou antigénios químicos, originando inflamação. O diagnóstico baseia-se em achados clínicos, imagiológicos e laboratoriais, mas a histologia pode ser essencial.

Caso clínico: Doente de 42 anos que por alterações no Rx tórax, realizada no contexto de infeção respiratória, fez TAC que mostrou um padrão reticular difuso com áreas extensas em vidro despolido, áreas nodulares subpleurais e adenopatias mediastínicas. Foi referenciado para a consulta. Estava assintomático, mas referia cerca de duas infeções respiratórias/ano. Antecedentes Pessoais de asma brônquica com agudizações apenas durante infeções respiratórias. Negava tosse fora das agudizações. Fumador até dezembro de 2019, cerca de 24 UMA. Mantinha cessação tabágica desde então. Exposição semanal a cloro durante 4 anos. Do exame objectivo a referir discretas crepitações nas bases. Analiticamente com eosinofilia, LDH, IgG e A ligeiramente elevadas; IgE e Phadiptp® positivos. Precipitinas para pombos discretamente elevadas e para fungos e actinomyces termophilico negativas. PFR e Videobroncofibroscopia normais. Biopsias brônquicas com aspetos inflamatórios crónicos inespecíficos. Anatomia-Patologia da biópsia em pleura visceral com área de fibrose e processo inflamatório crónico ligeiro inespecífico, focalmente com representação de grupo de células epitelioides suspeitas de carcinoma, provável adenocarcinoma do pulmão. Na PET

com área de configuração vagamente nodular, subpleural, no LID, que tem captação discretamente aumentada de FDG; e áreas de densificação parenquimatosa em ambos os pulmões também com captação discretamente aumentada. Submetido a ressecção de nódulos pulmonares do LID com exame extemporâneo a indicar provável PH crónica; alteração brônquica em provável relação com asma ou com pneumonia em organização com remodelação epitelial, do fumador.

Discussão: Ora, a suspeita de células atípicas sugestivas de adenocarcinoma do pulmão fez prosseguir o estudo com PET e biópsia cirúrgica com exame extemporâneo. Excluiu-se o diagnóstico, mas confirmou-se PH fibrótica. Dada a ausência de clínica, de alterações funcionais e de factor exposicional, optou-se por manter vigilância clínica e funcional.

Palavras-chave: *Pneumonite de hipersensibilidade. Adenocarcinoma. Histologia.*

P55. PADRÃO RADIOLÓGICO NA TUBERCULOSE E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS: CAVITAÇÃO VS PNEUMONIA

L. Gomes, D. Rodrigues, J.O. Pereira, S. Pereira, J.N. Caldeira, P.C. Roxo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

Introdução: A tuberculose pulmonar (TP) pode apresentar diversos padrões radiológicos, sendo a cavitação e a pneumonia dos mais frequentes.

Objetivos: s: avaliar características demográficas, clínicas, laboratoriais e terapêuticas em doentes com tuberculose-cavitação (TBC) e tuberculose-pneumonia (TBP).

Métodos: análise retrospectiva de dados de doentes com TP observados no centro de diagnóstico pneumológico de Coimbra durante 4 anos.

Resultados: Incluídos 100 doentes, 75% do sexo masculino. A média de idades foi inferior no grupo TBC (46 ± 17 vs 51 ± 22 $p > 0,05$). Doentes com TBP apresentaram mais toracalgia, febre, hipersudorese, emagrecimento e anorexia. O tabagismo foi mais frequente no grupo TBC (60% vs 41% $p = 0,022$). Não houve diferenças estatisticamente significativas no consumo de drogas nem nas comorbilidades (HIV, DM, doença hepática, renal, neoplasia, DPOC). O derrame pleural foi identificado em 3 doentes com TBP. A positividade do exame directo de expectoração foi superior no grupo TBC (TBC 62,5% ($n = 30$) vs TBP 37,5% ($n = 18$), $p = 0,002$), verificando-se aumento da rentabilidade diagnóstica com o exame cultural (TBC 53,2% ($n = 41$) vs TBP 46,8% ($n = 36$), $p = 0,028$). Aspirados brônquicos foram necessários em 24 doentes. Foram realizadas biópsias em 9 doentes do grupo TBP e 1 doente com TBC, todas com exame cultural positivo, excepto o doente com TBC ($p > 0,05$). A duração do tratamento não apresentou diferenças entre grupos ($p > 0,05$). Houve 2 casos de tuberculose multirresistente e 2 óbitos, todos do grupo TBC.

Conclusões: Comparando os padrões radiológicos de TP, o tabagismo associa-se com TBC. Os exames directo e cultural de expectoração parecem apresentar maior rentabilidade na TBC em comparação com TBP. Não foram encontradas diferenças no que concerne aos sintomas, comorbilidades, tratamento e mortalidade entre os grupos.

Palavras-chave: *Tuberculose pulmonar. Padrão radiológico. Cavitação. Pneumonia.*

P56. QUANDO O TRATAMENTO CAUSA DOENÇA

L. Gomes, S. Pereira, J.O. Pereira, P.C. Roxo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

Introdução: A instilação intravesical do Bacilo Calmette-Guérin (BCG) está indicada no tratamento do carcinoma urotelial. O meca-

nismo fisiopatológico desta terapia e a patogénese dos seus efeitos adversos não estão totalmente esclarecidos. Existem duas hipóteses: reacção inflamatória de hipersensibilidade (achados histológicos de granulomas sem identificação do microrganismo) e infecção bacteriana (identificação de bacilos activos em amostras biológicas). Apesar de pouco comuns, as artralguas estão descritas em 0,5-1% dos indivíduos tratados com BCG intravesical.

Caso clínico: Homem de 50 anos, fumador (30 UMA) sob tratamento com instilação intravesical de BCG por carcinoma da bexiga. Três dias após última instilação (1 mês de tratamento), recorreu ao SU por queixas de gonalgia bilateral, com derrame bilateral sob tensão à direita, pelo que foi realizada artrocentese com saída de conteúdo citrino, filante. Após 5 dias, recorreu novamente ao SU por manutenção das queixas e apresentação de artralguas com edemas nas mãos e punhos bilateralmente, sem presença de outras queixas, pelo que iniciaram ibuprofeno por tratar-se de um quadro de artralguas provavelmente associado à instilação de BCG. Quinze dias depois mantinha queixas, e por suspeita de infeção sistémica por *Mycobacterium bovis*, foi encaminhado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra, que por manter suspeita de infeção pelo bacilo iniciou isoniazida, rifampicina e etambutol (HRE) que cumpriu durante 2 meses. Após 2 meses de tratamento apresentou melhoria das artralguas e resolução dos edemas, e passou a isoniazida e rifampicina (HR), que cumprirá até perfazer um total de 9 meses de tratamento.

Discussão: Apesar dos efeitos adversos da instilação intravesical de BCG serem incomuns, deve considerar-se como hipótese, pois podem ocorrer anos após o término desta terapia. Por isso, deve-se realizar uma história clínica cuidada e atentar aos antecedentes pessoais, porque a ausência de diagnóstico correcto pode resultar em complicações graves, por ausência de tratamento dirigido.

Palavras-chave: *Bacilo Calmette-Guérin. Instilação intravesical. Mycobacterium bovis. Antibacilares.*

P58. ABCESSO PULMONAR NO JOVEM - A IMPORTÂNCIA DA ANAMNESE

J. Rodrigues, M. Pinto, R. Gerardo, J. Cardoso

Hospital de Santa Marta.

Introdução: O abcesso pulmonar corresponde a necrose do parênquima pulmonar causada por infeção. É frequentemente causado pela aspiração de microrganismos anaeróbios que colonizam a cavidade oral. O isolamento destes é incomum pelo que a terapêutica empírica é muitas vezes indicada.

Caso clínico: Reporta-se um doente de 23 anos de idade com antecedentes de doença de von Willebrand tipo 1 sem medicação habitual, consumos toxifílicos/tabágicos ou exposições relevantes. Recorreu a serviço de urgência por tosse com expectoração hemoptóica com 3 semanas, dor pleurítica direita, astenia e perda ponderal. A investigação analítica foi inconclusiva e a telerradiografia do tórax evidenciou opacidade no lobo superior direito. A TC torácica mostrou lesão nodular com centro necrótico. As TC abdominal e pélvica não mostraram alterações. A videobronc fibroscopia não evidenciou hemorragia ativa e os exames bacteriológicos, micológicos e micobacteriológicos foram negativos. Por suspeita de processo tumoral, foi transferido para o nosso hospital para biópsia aspirativa transtorácica com apoio Imuno-hemoterapia. À admissão, a anamnese expôs um episódio de regurgitação, um mês antes, durante a noite que acordou o doente; acrescenta-se ainda queixas de azia, pirose e engasgamento noturno frequentes. Laboratorialmente verificou-se velocidade de sedimentação elevada e perfil auto-imune negativo. Após revisão da TC no serviço de Imagiologia e incerteza etiológica, repetiu-se TC do tórax que mostrou cavitação da componente central da lesão nodular. Uma nova análise da expectoração mostrou elevada presença de leucócitos e cocos gram positivos, embora sem isolamentos. Cumpriu 21 dias de piperacilina/tazobactam empírico. Ocorreu progressiva re-

gressão dos parâmetros inflamatórios e desaparecimento da lesão em telerradiografias sequenciais. A TC torácica de reavaliação mostrou discretas alterações fibrocicatríciais sequelares. As provas de função respiratória não evidenciaram alterações. Iniciou seguimento em consulta de gastroenterologia.

Discussão: O abscesso pulmonar pode surgir em indivíduos saudáveis. A história clínica é fundamental para impedir transmissão de notícias preocupantes ou risco de complicações iatrogênicas em exames invasivos desnecessários. A antibioterapia com cobertura anaeróbica é fulcral.

Palavras-chave: Abscesso. Antibioterapia. Anamnese.

P59. EMBOLIA SÉPTICA PULMONAR

A.S. Alves, JM. Barros

Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central.

Introdução: A embolia séptica pulmonar é um distúrbio incomum, caracterizado por embolização de partículas infecciosas com implantação na circulação arterial pulmonar. As fontes potenciais de embolização incluem endocardite infecciosa (mais frequentemente associada a consumo de drogas endovenosas), cateteres venosos centrais infectados, infecções periodontais, tromboflebite séptica e dispositivos vasculares protésicos. Geralmente tem um início insidioso e um diagnóstico precoce é essencial para evitar complicações mais graves.

Caso clínico: Um homem de 30 anos deu entrada no Serviço de Urgência por febre, dispneia e dor torácica. O doente tinha antecedentes de infecção VIH-1, hepatite C e hábitos toxicofílicos com consumo de heroína e cocaína injectáveis. Para além disso tinha alergia ao contraste iodado endovenoso. À auscultação apresentava crepitações finas em ambas as bases pulmonares. O doente fez uma radiografia torácica que demonstrava pequenas opacidades nodulares de limites mal definidos bilateralmente, tendo posteriormente realizado uma tomografia computadorizada (TC) torácica sem contraste endovenoso, que confirmou a presença de múltiplas opacidades nodulares em ambos os campos pulmonares, de predomínio periférico, algumas com cavitação central. O doente colheu hemoculturas que foram positivas, tendo iniciado antibioterapia dirigida. Neste contexto foi realizado um ecocardiograma transtorácico que demonstrou uma vegetação na válvula tricúspide e sinais de insuficiência valvular grave, estabelecendo-se o diagnóstico de embolia séptica pulmonar secundária a endocardite bacteriana da válvula tricúspide. Apesar da antibioterapia o doente manteve quadro de febre, tendo sido proposto para valvuloplastia.

Discussão: A embolia séptica pulmonar é frequentemente um diagnóstico de exclusão. A integração da história clínica com os achados radiológicos é fundamental para colocarmos essa hipótese diagnóstica. A sua presença é indicadora de doença infecciosa subjacente a um foco séptico não documentado, para o qual deve ser estabelecido uma estratégia diagnóstica.

Palavras-chave: Embolia séptica pulmonar. Endocardite infecciosa.

P60. HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DA INFECÇÃO PELO VÍRUS IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

A. Fonseca, M. Sá Marques, E. Silva, M. Vanzeller, C. Ribeiro, T. Shiang

CHVNG/E.

Introdução: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma complicação grave associada à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), que pode ocorrer quer numa fase precoce quer tardia de infecção.

Caso clínico: Mulher de 44 anos, não fumadora, com história de rinite e suspeita de asma medicada com ICS/LABA, recorreu ao serviço de urgência (SU) por dispneia de esforço com cerca de 2 anos de evolução, com agravamento há cerca de 1 mês, com cefaleias e expectoração hemoptoica desde o dia anterior à admissão. Ao exame físico encontrava-se hemodinamicamente estável e subfebril; polipneica e com o murmúrio vesicular globalmente diminuído. No estudo realizado no SU apresentava insuficiência respiratória tipo 1, ligeiro aumento dos parâmetros inflamatórios e a radiografia do tórax mostrava hipotransparências intersticiais. Face ao contexto pandémico COVID-19 e a forte suspeita dessa infecção, realizou duas pesquisas de SARS-CoV2, ambas negativas, sendo por isso assumida pneumonia vírica de outra etiologia. Ao 4º dia de internamento por ausência de melhoria clínica foi pedida Angio-TC, que mostrava significativa cardiomegalia por dilatação crónica das câmaras direitas e ectasia do tronco pulmonar, compatível com hipertensão pulmonar grave, sem sinais de tromboembolismo pulmonar (TEP) e sem alterações relevantes no parênquima. Do estudo realizado: cintigrafia V/Q sem sinais de TEP; ecocardiograma transtorácico com fluxo pulmonar sugestivo de hipertensão pulmonar e sobrecarga do ventrículo direito; VIH positivo (diagnóstico de novo); e cateterismo cardíaco direito compatível com hipertensão pulmonar pré-capilar (PmAP 60 mmHg; PAD 24 mmHg; pressão de enclavamento pulmonar de 4mmHg; débito cardíaco 2,26 L/min; índice cardíaco 1,45 L/min/m²; RPA 1.982 dynes*s/cm⁵; RPT 2.123 dynes*s/cm⁵). A doente foi estratificada como de alto risco e com indicação para iniciar terapêutica combinada ad initio. Iniciou sildenafil em internamento com melhoria marcada dos sintomas e um mês após a alta foi adicionado macitentan. Iniciou também terapêutica antirretroviral em consulta.

Discussão: O interesse deste caso prende-se com a importância do diagnóstico precoce da infecção por VIH e as suas complicações, nomeadamente cardiovasculares, a fim de uma instituição precoce de terapêutica específica, dada a sua alta taxa de morbimortalidade.

Palavras-chave: Hipertensão arterial pulmonar. VIH.

P61. CUSPIDOR DE FOGO - UMA ATIVIDADE LÚDICA DE RISCO

A. Fonseca, M. Sá Marques, E. Silva, T. Shiang, M. Vanzeller, C. Ribeiro

CHVNG/E.

Introdução: A Pneumonia lipóide exógena aguda é uma patologia pouco comum e resulta da aspiração de produtos baseados em petróleo, contendo hidrocarbonetos. Apesar desta patologia estar descrita mais frequentemente em ingestões acidentais por crianças, pode também ocorrer em artistas das artes performativas, como no caso de cuspidores de fogo que usam produtos contendo estas substâncias nas suas atividades.

Caso clínico: Mulher de 20 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu ao Serviço de Urgência por febre, dispneia e sensação de opressão torácica esquerda, com um dia de evolução. Fazia referência a episódio de aspiração de Coca-Cola com vestígios de hidrocarboneto no dia anterior, quando realizava a atividade lúdica de cuspir fogo. Ao exame físico encontrava-se com febre e crepitações no terço inferior do campo pulmonar esquerdo. Do estudo realizado, analiticamente com leucocitose e na TC tórax evidência de consolidação com broncograma aéreo no lobo inferior esquerdo e em menor extensão no lobo inferior direito. Devido às alterações imagiológicas extensas e à necessidade de vigilância da evolução do quadro, foi proposto o internamento e iniciado empíricamente amoxicilina e ácido clavulânico. Nos primeiros dias de internamento, a doente apresentou agravamento dos parâmetros inflamatórios e febre persistente. A reavaliação imagiológica mostrava em ambas as bases pulmonares imagens nodulares extensas sugestivas de processo infeccioso com necrose/abcedação pulmonar.

Ao quinto dia de tratamento, sem isolamentos microbiológicos, foi escalada a antibioterapia para piperacilina e tazobactam, evidenciando posteriormente redução dos parâmetros inflamatórios, cédência da febre e melhoria imagiológica.

Discussão: O interesse deste caso prende-se com a exposição de complicação infecciosa na pneumonia lipóide aguda. Geralmente o quadro clínico resolve em poucos dias com a descontinuação da exposição e tratamento de suporte. Contudo, estão descritas complicações como sobreinfectões bacterianas, reiterando a importância da vigilância evolutiva do quadro e na persistência dos sintomas, ser ajustada a antibioterapia.

Palavras-chave: *Pneumonia lipóide. Hidrocarbonetos.*

P62. PNEUMOTÓRAX APÓS ACUPUNTURA

C.L. Figueiredo, B. Mendes, M. Cabral, J. Rodrigues, J. Cardoso

Serviço de Pneumologia, Hospital Santa Marta, CHULC.

Introdução: A acupuntura é um procedimento usado maioritariamente na medicina tradicional chinesa mas que se tornou popular na Europa. Existem documentadas algumas complicações graves deste procedimento, sendo o pneumotórax um exemplo. Não existem dados claros sobre a incidência do pneumotórax como complicação. O maior estudo observacional incluiu 2,2 milhões de sessões de acupuntura, mas nenhuma mencionou a parte específica do corpo abordada. Nos 229.230 doentes incluídos neste estudo, a percentagem de eventos adversos foi de 8,6%, mas apenas foram relatados dois casos de pneumotórax.

Caso clínico: Apresentamos um caso de uma mulher de 79 anos, não fumadora, reformada de escriturária, sem exposição ocupacional/ambiental relevante, com história prévia de ansiedade e hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência por dor torácica direita súbita com início após uma sessão de acupuntura numa clínica particular, realizada no âmbito de dor lombar crónica. Ao exame objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável, sem dificuldade respiratória evidente, com saturação de oxigénio em ar ambiente de 98%, com sons respiratórios diminuídos no hemitórax direito. A radiografia torácica demonstrou pneumotórax direito. Assumiu-se pneumotórax iatrogénico e foi colocado dreno torácico. Após três dias, por se observar expansão pulmonar total sem necessidade de intervenção adicional, retirou-se o dreno torácico, sem intercorrências. A destacar que não apresentava alterações pleuro-parenquimatosas de base e à data de alta. A doente manteve-se em vigilância em ambulatório sem recorrência do pneumotórax.

Discussão: Apresentamos assim uma complicação raramente documentada da acupuntura que pode ser fatal se não for detetada precocemente. Pretendemos deste modo aumentar a consciencialização sobre este tipo de pneumotórax iatrogénico e incentivar a documentação destes casos que provavelmente são mais comuns do que supomos.

Palavras-chave: *Pneumotórax. Acupuntura. Pleura.*

P63. HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA SECUNDÁRIA AOS CANABINOIDES

C.L. Figueiredo, B. Mendes, M. Cabral, M. Pinto, J. Cardoso

Serviço de Pneumologia, Hospital Santa Marta, CHULC.

Introdução: A hemorragia alveolar difusa é uma patologia rara mas potencialmente grave causada pela disrupção da membrana basal alvéolo-capilar ao nível da microcirculação pulmonar. As principais causas são as doenças auto-imunes (vasculites), infeção, neoplasia, doenças cardiovasculares e também toxicofilias (mais associada a cocaína).

Caso clínico: Homem de 22 anos, desempregado, fumador exclusivamente de canabinoides. Antecedentes de eczema na infância.

Recorreu à urgência por hemoptises de moderada quantidade e cansaço com 1 dia de evolução; negava dor, febre, perda ponderal ou alterações cutâneas. À observação com ligeira polipneia, hemoptise presenciada, auscultação com ferveores dispersos bilateralmente e hipoxemia pO₂ 57 mmHg em ar ambiente. Analiticamente Hb 15 g/dL, sem alteração das plaquetas, coagulação ou da função renal e sem elevação dos parâmetros inflamatórios. A destacar deteção de canabinoides positivo 97 ng/mL (restantes tóxicos negativos). Por infiltrado intersticial extenso na radiografia foi realizada TC-torácica que demonstrou opacidades dispersas em vidro despolido centrilobulares com predomínio dos campos superiores de todos os lobos pulmonares. Foi internado e pela gravidade/extensão radiológica iniciou metilprednisolona (apenas 1 administração) e ácido aminocaprílico. Foi realizada broncofibroscopia que não evidenciou hemorragia ativa mas com lavado broncoalveolar com crescendo coloração hemática sequencial; sem isolamentos microbiológicos (incluindo cultural micobacteriológico e Pneumocystis) e com citologia sem alterações. O restante estudo foi negativo (auto-imune, crioglobulinas, serologias, IGRA, antigenúrias, painel viral). Evidenciou-se melhoria progressiva ficando após 3 dias assintomático, sem novos episódios de hemoptises, sem anemia, sem oxigenoterapia e com resolução radiológica. Foi recomendado cessação do consumo e foi encaminhado para consulta e estudo respiratório funcional que faltou; sem novas idas ao serviço de urgência.

Discussão: Pretendemos assim alertar para diagnóstico de exclusão de uma causa rara de hemorragia alveolar difusa. O uso de canabinoides inalados está em contínuo crescendo e estão descritas múltiplas complicações a nível pulmonar, incluindo raros casos de hemorragia alveolar difusa, cuja etiopatogenia ainda não está totalmente esclarecida.

Palavras-chave: *Hemorragia alveolar. Doenças vasculares pulmonares. Canabinoides. Hemoptises.*

P65. MANIFESTAÇÕES TORÁCICAS DE MELANOMA - A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

F. Paula, F. Froes, M. Antunes, D. Cabral, M. Alvoeiro

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: Melanoma maligno é uma forma rara de neoplasia cutânea, mas com alta taxa de mortalidade. A metastização ocorre em 30% dos casos, sendo comum o atingimento torácico, principalmente sob a forma de nódulos parenquimatosos. O derrame pleural maligno ocorre em apenas 2% dos casos. A metastização endobrônquica de melanoma é rara, representando 4,5% de todas as metástases endobrônquicas.

Caso clínico: Apresentamos 3 casos de doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Médico-cirúrgicos do Hospital Pulido Valente, diagnosticados com melanoma com atingimento pulmonar, pleural e endobrônquico, respetivamente. O primeiro caso é de um homem de 73 anos, com diagnóstico de melanoma maligno em 2010 e recidiva em 2014 com atingimento pulmonar, submetido a metástectomia. Nova recidiva com atingimento cerebral e arcos costais. O segundo caso é de uma mulher de 82 anos, com patologia intersticial pulmonar com padrão imagiológico de Pneumonia Intersticial Não-Específica (NSIP), sob imunossupressão, internada por derrame pleural esquerdo recidivante após várias toracocenteses. Proposta para biópsia pleural e talcagem. Durante o procedimento observado derrame pleural sero-hemático, espessamento pleural e conteúdo do tipo encefalóide intra-pleural, este último compatível com metástase de melanoma maligno como diagnóstico inaugural. O terceiro caso é referente a uma mulher de 76 anos, com história de melanoma maligno e submetida a amputação do dedo do pé, com metastização pulmonar 2 anos depois, tendo sido submetida a ressecção cirúrgica. Nova recidiva com nódulo pulmonar 1 ano depois. Durante a indução anestésica, por dificuldade na entubação, realizada broncofibroscopia que demonstrou infiltração difusa da muco-

sa traqueal e brônquica com pigmento negro, compatível com metastização endobrônquica de melanoma.

Discussão: Os casos apresentados realçam 3 formas possíveis de atingimento torácico de melanoma maligno, que podem ser a manifestação inicial da doença ou ocorrer vários anos após o diagnóstico inicial. Independentemente do local, o melanoma metastático está associado a mau prognóstico, com uma sobrevida aos 10 anos inferior a 10%.

Palavras-chave: Melanoma. Metastização. Tórax.

P66. MESOTELIOMA, UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Ml. Matias, J. Pacheco, A. Franco, I. Ferreira

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Caso clínico: Homem de 41 anos, com quadro com 2 meses de evolução caracterizado por dispneia, tosse seca, toracalgie, episódios de hemoptise e perda de peso. Fumador activo (25UMA), jardineiro, tendo trabalhado ainda em metalúrgia e construção civil, sem contacto conhecido com amianto. Negava doenças ou medicação crónica. Ao exame objectivo encontrava-se pálido, emagrecido, com diminuição do murmúrio vesicular no campo pulmonar direito e detectavam-se adenopatias cervicais. A radiografia do tórax apresentava volumosa opacidade arredondada que condicionava alargamento do mediastino e se estendia ao campo pulmonar direito. A AngioTC do tórax revelou volumosa massa mediastínica, estendendo-se às regiões hilares e grandes vasos, bem como derrame pleural bilateral e volumosos implantes pleurais direitos contactando com o mediastino. Realizou videobroncofibroscopia sinais de compressão traqueal extrínseca, bem como formação de aspeto neoplásico, extensamente necrosada ao nível do bronquio lobar superior direito. As biópsias brônquicas revelaram neoplasia de padrão sólido, com positividade imunohistoquímica para Ki67 (80%), WT1 (+++); Calretinina (+++) e PD-L1 em 90% das células, aspectos imunomorfológicos compatíveis com mesotelioma. No decorrer do internamento houve deterioração clínica com desenvolvimento de síndrome da veia cava superior e necessidade de colocação de stent bem como dreno torácico e talcagem. O cintigrama ósseo e a TC-CE não revelaram alterações. Iniciou quimioterapia com cisplatina e pemetrexed, no entanto, veio a falecer ainda durante internamento.

Discussão: O mesotelioma é um tumor com mau prognóstico, em que apenas uma minoria é candidata a cirurgia. Nos doentes irrecorríveis, o duplete de cisplatina com pemetrexed constitui a primeira linha de tratamento, no entanto, apresenta uma elevada resistência à quimioterapia e mais estudos são necessários para melhorar o outcome. Os autores trazem este caso pela sua apresentação atípica e comportamento agressivo num doente jovem, sem exposição conhecida.

Palavras-chave: Mesotelioma. Massa torácica. Derrame pleural. Síndrome da veia cava superior.

P67. ABCESSO ANAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL RARA DE TUBERCULOSE PULMONAR EM INDIVÍDUO IMUNOCOMPETENTE

M. Sá Marques, A. Fonseca, E. Silva, M. Vanzeller, T. Shiang, C. Ribeiro

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A tuberculose é uma doença que pode atingir qualquer órgão, sendo a forma pulmonar a mais prevalente. Apenas 10% dos indivíduos infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis* desenvolvem doença, estando os imunocomprometidos sob maior risco. A forma perianal é extremamente rara, correspondendo a 1% dos casos que atingem o trato gastrointestinal.

Caso clínico: Homem de 21 anos, fumador, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual. A mãe, com quem coabitava, encontrava-se internada por tuberculose pulmonar. Admitido no Serviço de Urgência (SU), por tumefação perianal e febre, compatível com abcesso, com 5 dias de evolução e sem outros sintomas acompanhantes. No SU foi planeada drenagem do abcesso no bloco e, por isso, realizou previamente telerradiografia de tórax que evidenciou hipertransparência arredondada no terço superior do campo pulmonar esquerdo. A drenagem do abcesso ocorreu de forma espontânea no SU. Por situação social precária e suspeita de tuberculose pulmonar, foi internado no Serviço de Pneumologia. Durante o internamento realizou tomografia computadorizada do tórax que evidenciou uma volumosa imagem cavitada no segmento ápico-posterior do lobo superior do pulmão esquerdo com cerca de 6 × 3,8 cm, rodeada por inúmeros micronódulos centrilobulares em tree-in-bud. Este padrão foi também observado por todo o pulmão esquerdo e lobo superior do pulmão direito, associado a pequenas áreas de cavitações adjacentes. Dado o contexto epidemiológico, estes achados foram interpretados como provável disseminação endobrônquica de tuberculose pulmonar. A pesquisa de PCR para *Mycobacterium tuberculosis* complex no material colhido do abcesso perianal foi positiva e, por isso, o doente iniciou terapêutica com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, tendo sido, posteriormente, isolado *Mycobacterium tuberculosis* multissensível no material colhido do abcesso perianal e na expectoração. Os marcadores víricos foram negativos para o vírus da imunodeficiência humana, hepatite B e C.

Discussão: O interesse do caso clínico prende-se com o facto da doença perianal ser uma forma de apresentação extremamente rara de tuberculose. Esta patologia deve ser considerada na doença perianal, mesmo na ausência de sintomatologia respiratória, principalmente se o contexto epidemiológico for sugestivo.

Palavras-chave: Tuberculose. Abcesso anal. Imunocompetentes.

P68. PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE - UM ANO DE INTERNAMENTOS EM REVISÃO

M. Sá Marques, A. Fonseca, T. Shiang, M. Vanzeller, E. Silva, C. Ribeiro

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma importante causa de morbilidade e mortalidade em todo o mundo e é uma das mais prevalentes patologias no internamento de Pneumologia. **Objetivos:** Análise descritiva dos internamentos por PAC.

Métodos: Análise casuística dos internamentos por PAC no Serviço de Pneumologia de um hospital terciário de 1 de Janeiro de 2018 a 31 de Dezembro de 2018.

Resultados: Foram analisados 193 doentes com o diagnóstico de PAC que corresponderam a 18,5% do total de internamentos. O sexo masculino foi predominante (66,8%). A idade média dos doentes foi de 65,8 anos (\pm 16,1anos), sendo a idade mínima de 27 e a máxima de 93 anos. Os doentes eram maioritariamente autónomos (79,8%). A maioria (65,3%) era fumador ou ex-fumador. O CURB-65 à admissão foi de risco baixo-intermédio (0-2) em 79,1% e de risco alto (3-5) em 20,9%. A patologia pulmonar crónica mais frequentemente observada foi a doença pulmonar obstrutiva crónica (36,3%). Cerca de 26,9% (n = 52) dos doentes tiveram isolamento microbiológico. Os antígenos urinários foram a fonte mais frequente do isolamento, em 51,9% dos doentes, seguida das hemoculturas em 26,9% e da expectoração em 21,2%. O principal microorganismo isolado foi o *Streptococcus pneumoniae* em 66% dos doentes com isolamento, seguido do *Haemophilus Influenza* em 13,2% e do vírus *Influenza* em 11,2%. A antibioterapia inicial mais frequentemente instituída foi a associação de amoxicilina/ácido clavulânico com azitromicina em 46,1% dos doentes, seguida de levofloxacina em 25,9%, a associação ceftriaxone com azitromicina em 8,8% e a piperacilina com tazobactam em 6,2%. A antibioterapia foi escalada em 15% dos doentes e descalada em 1,6%. A piperacilina com o tazobactam foi a anti-

bioterapia mais utilizada para a escalada da terapêutica, em 75,9% dos casos. A taxa de mortalidade intrahospitalar foi de 10,9%, tendo estes doentes uma média de idades superior estatisticamente significativa à dos doentes com alta.

Conclusões: A PAC foi mais prevalente no sexo masculino e nos mais indivíduos mais idosos. O *Streptococcus pneumoniae* foi o microorganismo mais isolado, sendo os antigénios urinários a principal fonte do isolamento. A taxa de mortalidade intrahospitalar foi elevada, principalmente em doentes com idade mais avançada, dada a maior prevalência de comorbilidades.

Palavras-chave: PAC. Internamento. Casuística.

P69. NOT THE USUAL PNEUMONIA: A CASE OF PULMONARY PSEUDOSEQUESTRATION

P.M. Sousa, A.C. Ferreira, R. Eça

Departamento de Imagiologia, Hospital Beatriz Ângelo .

Introduction: Systemic arterialization of the lung without pulmonary sequestration or pseudo-sequestration is characterised by an aberrant arterial branch arising from the aorta which supplies an area of lung parenchyma with normal bronchopulmonary anatomy. In this clinical report, we present an incidental pseudo-sequestration in a patient with a clinically suspected pneumonia.

Case report: A 68 years-old male presented to our institution with a one week history of productive cough and mild fever. He had a past medical history relevant for type 2 diabetes, hypertension, ischemic heart disease and heavy smoking (60 pack-year). Physical and laboratory findings were significant for coarse crackles at the left lower lobe (LLL), mild leukocytosis, elevated C-reactive protein (25.22 mg/dL) and hyperglycemia. Chest radiography revealed an increased cardiothoracic index and an retrocardiac consolidation at the LLL. Further investigation by contrast enhanced CT showed at the LLL an ill-defined consolidation with air bronchogram in keeping with an infectious process, but also an large aberrant artery arising from the descending aorta and supplying the left basal segments. Multiplanar analysis revealed no pulmonary artery supply to the LLL, except for the apical segment, and a preserved bronchial tree. These aspects suggested pseudo-sequestration (type 1 of the Pryce's classification) of the LLL, complicated by an acute infectious process. Pseudo-sequestration is a rare anomalous systemic arterial supply to the lung, characterised by an aberrant arterial branch, most commonly from the descending aorta, irrigating segments of lung with normal bronchopulmonary anatomy. The LLL is most often involved, frequently associated with atresia of the corresponding pulmonary segmental artery. The majority of patients are asymptomatic, however some can develop recurrent pulmonary infection, high output cardiac failure and hemoptysis due to systemic arterial pressure overload. The radiological differential diagnoses include a true sequestration, also associated with systemic arterial supply, but with bronchial exclusion of the involved lung.

Discussion: Pseudo-sequestration is a rare condition, often diagnosed incidentally by CT as most patients are asymptomatic, included in the sequestrum spectrum but with a normal bronchial anatomy.

Keywords: Pseudo-sequestration. Computed Tomography.

P70. PARESIA DIAFRAGMÁTICA BILATERAL, UM DESAFIO CLÍNICO

E.M. Tinoco, A.R. Gigante, J.C. Gomes, I. Ladeira, R. Lima, M. Guimarães

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

Introdução: O diafragma é o músculo inspiratório mais importante, sendo essencial para uma ventilação eficaz. A presença de uma

doença que comprometa a sua função afeta a qualidade de vida, a morbilidade e a mortalidade do doente.

Caso clínico: Homem, 69 anos, ex-fumador (25 UMA). Antecedentes pessoais de polimialgia reumática, eventração diafragmática direita (diagnóstico em 2017) e carcinoma espinho-celular da laringe (T2N0M0 R1 - cordectomia vocal direita e esquerda em 2010 e 2018). Recorreu ao SU por ortopneia de início súbito e diminuição da força dos membros inferiores com seis meses de evolução. Dos exames realizados, destacam-se: estudo analítico sem alterações; gasometria arterial com hipoxemia (pO₂ 56 mmHg) e hipercapnia (pCO₂ 48 mmHg); radiografia de tórax com elevação das hemicúpulas diafragmáticas (ausente no mês anterior); angioTC tórax sem tromboembolia pulmonar. Teve alta para consulta de pneumologia geral onde continuou o estudo: pletismografia com alteração ventilatória restritiva grave e agravamento franco em decúbito - sentado: FEV₁ 1.290 ml, FVC 1.390 ml e SatO₂ 91%; decúbito: FEV₁ 340 ml, FVC 470 ml e SatO₂ 69%; pressão inspiratória máxima (PIM) diminuída; ecografia diafragmática com paresia bilateral e sem excursão das hemicúpulas diafragmáticas aquando da inspiração e expiração; estudo imunológico negativo. Iniciou ventilação mecânica não invasiva com boa adaptação e melhoria das queixas respiratórias. Por suspeita de doença neuromuscular, foi observado na consulta de neurologia: ao exame objetivo não apresentava alterações de relevo e a ressonância magnética cervical não evidenciava compressão dos nervos frênicos. Por progressão da doença oncológica o estudo etiológico da paresia diafragmática bilateral (PDB) não foi concluído.

Discussão: Ortopneia exuberante, respiração abdominal paradoxal em decúbito e/ ou diminuição da FVC em posição de supino, associada em casos mais graves a insuficiência respiratória, devem levantar a suspeita de PDB. Existem várias etiologias possíveis, nomeadamente síndromes paraneoplásicas, doenças neuromusculares ou mesmo a causa idiopática, que tornam o diagnóstico desta doença rara e grave num desafio clínico onde uma elevada suspeita associada a uma abordagem diagnóstica sistemática tem um papel essencial para a correta orientação e tratamento destes doentes.

Palavras-chave: Paresia diafragmática bilateral. Insuficiência respiratória.

P71. TOXICIDADE PULMONAR POR BLEOMICINA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

S. Braga, J.M. Silva, M. Oliveira, J. Ribeiro, R. Natal, J. Costa, G. Samouco, M. Reis, L. Ferreira

Hospital Sousa Martins-ULS Guarda.

Introdução: O desenvolvimento de fibrose pulmonar na artrite reumatoide (AR) é reconhecido em 2-8% dos pacientes estando associada a um risco 3 vezes maior de mortalidade. A toxicidade pulmonar por Bleomicina é uma consequência potencialmente fatal do uso deste fármaco nos pacientes.

Caso clínico: Homem, 77 anos, antecedentes de AR e Linfoma de Hodgkin de predomínio linfocítico nodular estadio IIIB, diagnosticado no ano anterior com início de tratamento com esquema R-ABVD em fevereiro. Em junho, recorreu ao serviço de urgência por quadro com 3 semanas de evolução caracterizado por acessos de tosse seca, dispneia, cansaço para pequenos esforços e toracalgia posterior bilateral. Ao exame objetivo destacava-se uma auscultação pulmonar com crepitações bibasais. Analiticamente com leucocitose, PCR 13,64 e procalcitonina 0,12. Apresentava insuficiência respiratória parcial. Rx de tórax com infiltrado reticular bilateral em ambas as bases. Teria efetuado TCAR no dia anterior com identificação de áreas de fibrose pulmonar: "Na avaliação do parênquima pulmonar observam-se sinais de doença fibrosante do interstício pulmonar com significativa reticulação sub-pleural de predomínio posterior em ambas as bases, a que se associam evidentes bronquiectasias de tração. Sem inequívoco favo de mel. Padrão de UIP provável (...)"

Teria feito o último ciclo de quimioterapia em abril, no momento apenas com esquema de consolidação. Ficou internado com diagnósticos diferenciais de atingimento pulmonar da AR vs fibrose pulmonar secundária a toxicidade farmacológica (Bleomicina). Após consulta do processo clínico, teve-se acesso a um TC torácico efetuado 7 meses antes, sem quaisquer alterações do parênquima pulmonar. Realizou também PET-TC 3 meses antes com o seguinte resultado: “No parênquima pulmonar, continuamos a não observar alterações funcionais ou formações nodulares de dimensões significativas suspeitas(...)”. Efetuou terapêutica com Prednisolona 1mg/kg, tendo sido submetido a ventilação não invasiva. Apesar da melhora analítica, o doente teve agravamento clínico e radiológico progressivo, acabando por falecer no 12º dia de internamento.

Discussão: Embora as indicações terapêuticas do uso da Bleomicina tenham sido limitadas nos últimos anos, esta continua a ser usada, sendo necessário estar atento às possíveis complicações.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar. Artrite reumatóide. Bleomicina.

P72. TUBERCULOSE PERITONEAL: DOS SINTOMAS AO DIAGNÓSTICO

F.P. Silva, C. Santos, F. Jesus, J. Ribeiro, S. Braga, R. Natal, J. Costa, M. Oliveira, G. Samouco, F. Carriço, F. Luís, L. Ferreira

ULS Guarda.

Introdução: A acumulação de líquido em qualquer cavidade do organismo humano requer um diagnóstico preciso para possibilitar a aplicação de terapêutica eficiente, não excluindo agentes etiológicos, à partida, menos comuns.

Caso clínico: I.G., mulher, 72 anos, autónoma, recorre ao SU por epigastralgia e aumento do perímetro abdominal com 2 meses de evolução. A dor agrava com refeições e decúbito lateral esquerdo. Sintomatologia acompanhante: anorexia, perda ponderal de 4 Kg e toracalgia esquerda com início nesse dia. Antecedentes pessoais: síndrome depressivo e vertiginoso, apendicectomia, laqueação de trompas e facotomia esquerda. Nega hábitos etílicos e/ou tabágicos. Medicação crónica: mexazolam, beta-histina e colecalciferol. Exame objetivo: abdómen distendido, com maciez à percussão dos flancos e desconforto à palpação profunda, sem dor. Analiticamente: anemia microcítica hipocrômica, trombocitose e elevação de PCR (10,80 mg/dL). Radiografia de tórax: elevação da hemicúpula diafragmática direita, sem sinais de condensação ou derrame pleural. TC abdomino-pélvica: alterações compatíveis com carcinomatose. No SU realizou endoscopia digestiva alta que foi normal. Fez paracentese diagnóstica: líquido ascítico com leucocitose à custa de células mononucleares, ADA 8,6 U/L e exame bacteriológico negativo. Teve alta orientada para estudo adicional em consulta externa. Colonoscopia não revelou malignidade. TC torácica com derrame pleural esquerdo e pericárdico. RMN abdominal a confirmar volumosa ascite livre e aspetos compatíveis com carcinomatose peritoneal. Perante doente sem degradação do estado geral e sem evidência de neoplasia, direcionou-se estudo para causas não neoplásicas. Realizada nova paracentese: leucocitose à custa de células mononucleares, ADA 11,9 U/L, exame bacteriológico negativo e exame direto micobacteriológico e DNA M. tuberculosis positivos, confirmando-se o diagnóstico de TB peritoneal. Iniciou tratamento com anti-bacilares e foi referenciada o CDP da Guarda.

Discussão: Com este caso, consciencializamo-nos de que os sinais ou sintomas de tuberculose não são específicos da doença e podem mimetizar uma série de outras patologias, qualquer que seja a sua localização. Tal poderá condicionar atraso no seu diagnóstico e, consequentemente, traduzir-se em alterações respeitantes ao prognóstico.

Palavras-chave: Tuberculose. Carcinomatose.

P73. O TUMOR QUE JOGA ÀS ESCONDIDAS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Ribeiro, R. Natal, S. Braga, J. Costa, A. Amaral, R. Gomes, L. Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE.

Introdução: O carcinoma neuroendócrino pulmonar é uma neoplasia rara que pertence aos tumores neuroendócrinos de alto grau, tendo um comportamento localmente agressivo e desenvolvimento precoce de metástases à distância. A maioria desenvolve-se na via aérea central, sendo sintomáticos pela obstrução e/ou hemorragia causada.

Caso clínico: Mulher de 71 anos e com antecedentes de neoplasia do cólon, submetida a sigmoidectomia, sem sinais de recidiva. Fumadora ativa (51 UMA). Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com 2 meses de evolução de dispneia e tosse não produtiva. Ao exame objetivo apresentava sibilos dispersos. Analiticamente sem leucocitose, proteína C reativa e D-dímeros negativos. A telerradiografia de tórax não apresentava alterações pleuroparenquimatosas. A gasimetria revelou uma insuficiência respiratória parcial. Assumiu-se provável doença pulmonar obstrutiva crónica inaugural, tendo sido internada e iniciado oxigenioterapia, broncodilatação dupla e corticoterapia sistémica. As provas de função respiratória revelaram uma alteração ventilatória obstrutiva moderada (FEV1 64%). Teve alta do internamento, orientada para consulta de pneumologia medicada com broncodilatação dupla. Regressou ao SU, 1 semana após a alta, por toracalgia anterior esquerda. Na reavaliação radiográfica apresentava “de novo” uma opacidade heterogénea na metade inferior do campo pulmonar esquerdo, associada a desvio homolateral mediastínico e da coluna de ar traqueal. Na TC-Tórax destacou-se uma massa parahilar esquerda (52 mm), sem plano de clivagem com artéria pulmonar esquerda, esófago, aorta descendente e aurícula esquerda, a condicionar colapso do lobo inferior esquerdo, acompanhado de adenopatias hilares direitas e tromboembolia dos ramos segmentares da arterial pulmonar direita. A broncofibroscopia revelou uma obstrução total do brônquio principal esquerdo por processo neofornativo, sendo o escovado brônquico compatível com carcinoma neuroendócrino pulmonar.

Discussão: Os tumores neuroendócrino, por apresentarem uma localização tendencialmente na via aérea central, podem ser ocultos na telerradiografia torácica por interposição com estruturas mediastínicas. Pelo comportamento agressivo acabam por se tornar evidentes, quer pelo aumento do tamanho do tumor, quer por mecanismos de obstrução com consequente atelectasia.

Palavras-chave: Carcinoma neuroendócrino.

P74. TUBERCULOSE LINGUAL- UMA RARA FORMA DE APRESENTAÇÃO

A. Barroso, H. Ramos, U. Brito

Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Introdução: A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo Mycobacterium tuberculosis complex e pode envolver praticamente qualquer órgão, sendo a tuberculose pulmonar a forma de apresentação mais comum. Estima-se que o envolvimento extrapulmonar esteja presente em aproximadamente 10-15% dos doentes com tuberculose e esta percentagem é ainda inferior se forem considerados apenas os casos que têm manifestações orais da doença (< 5%).

Caso clínico: Doente de 63 anos, sexo feminino, caucasiana, natural do Porto. Fumadora (carga tabágica 85 UMA). Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia (mMRC3), tosse, expectoração purulenta, perda ponderal (12% peso corporal) e disfagia com dois meses de evolução. No exame físico observou-se uma lesão ulcerada no dorso da língua, de consistência dura e com cerca 1,5 cm de maior diâmetro. Analiticamente, a destacar, leucocitose 21,200 /µL (86%N),

Proteína C Reativa 300 mg/dL. A radiografia do tórax revelou lesões heterogêneas bilaterais pseudonodulares e uma cavitação suspeita no ápex esquerdo com componente atelectásico. Para esclarecimento das lesões foi realizada uma TC tórax, onde foi possível visualizar cavitações no segmento posterior do lobo superior direito com padrão tree-in-bud. Durante o internamento realizou-se uma biópsia da lesão da língua que revelou granulomas epitelioides com necrose caseosa e células gigantes de Langerhans. Fez-se exame direto e cultural de expectoração para micobactérias, tendo-se confirmado posteriormente o diagnóstico através do exame cultural positivo. No final do primeiro mês de terapêutica antibacilar, as lesões orais já tinham desaparecido completamente e ao longo do terceiro mês o exame cultural ficou negativo. No total, a doente cumpriu nove meses de terapêutica com melhoria clínica, analítica e radiológica.

Discussão: Embora as manifestações extrapulmonares de tuberculose ocorram com muito menos frequência, devem sempre ser consideradas, principalmente em situações insidiosas. Este grau de suspeita deverá ser superior quando os quadros extrapulmonares estiverem associados a sintomas do foro respiratório e/ou constitucional. Desta forma, conseguimos mais celeridade no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada, aspetos que são fundamentais para o controlo da doença na comunidade.

Palavras-chave: Tuberculose. Língua. Manifestações extrapulmonares.

P75. MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS PULMONARES. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M.D. Silva, D. Silva, J. Cardoso

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central .

Introdução: As malformações arteriovenosas pulmonares (MAVP) são uma anomalia vascular rara caracterizada por uma comunicação anormal direta entre ramos da artéria pulmonar e veia pulmonar, sem capilares intermediários. Embora se presuma que os defeitos vasculares estejam presentes desde a nascença, raramente se manifestam clinicamente antes da vida adulta, após serem submetidos a pressão por várias décadas. Podem ser classificadas como simples, complexas ou difusas.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 76 anos, não fumadora, reformada de costureira, com história pessoal de tuberculose pulmonar aos 14 anos e hipotireoidismo. Por queixas de cansaço progressivo com 4 anos de evolução realizou radiografia torácica com evidência de hipotransparência paracardiaca direita, de limites mal-definidos, com cerca de 6cm de maior eixo (vertical). Neste contexto realizou tomografia computadorizada (TC) torácica e angiografia pulmonar que confirmaram a presença de uma MAVP complexa que substituiu quase a totalidade do parênquima do lobo médio. Descrita como vaso supranumerário com origem da aorta abdominal acima da origem do tronco celiaco, com anastomose a mamária interna direita (MID) assim como aos ramos da artéria pulmonar. Era ainda evidente uma densificação com padrão em mosaico difuso eventualmente compatível com possível pneumonia intersticial não-específica (NSIP). Foi submetida a embolização arterial pulmonar para o encerramento da fístula arteriovenosa na MID com sucesso, e uma tentativa de oclusão da MAV abdominal em 2º tempo sem sucesso por trajeto do ostium tortuoso. Realizou igualmente estudo de autoimunidade com resultado inespecífico com ANA+ 1/160 com padrão mosqueado e nucleolar, sem outras alterações. Pela suspeita de doença intersticial, a doente iniciou corticoterapia sistémica em baixa dose (prednisolona 5 mg/dia) como prova terapêutica, que foi suspensa após 3 meses por ausência de melhoria clínica e imagiológica.

Discussão: O caso foi discutido em reunião multidisciplinar de Doenças do Interstício Pulmonar, tendo as alterações intersticiais sido assumidas como alterações de ventilação/perfusão secundárias a

MAVP. As MAVP habitualmente são de pequenas dimensões e na sua maioria são assintomáticas constituindo achados acidentais, o que não se verifica no caso apresentado, dado o seu tamanho e extensão de alterações secundárias.

Palavras-chave: Malformações arteriovenosas pulmonares. Doença intersticial pulmonar.

P76. SINAL DE HAMMAN - UM CASO DE DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL

C.R. Silvestre, A. Nunes, R. Cordeiro, N. André, T. Falcão, A. Domingos

Centro Hospitalar do Oeste-Torres Vedras.

Introdução: O pneumomediastino define-se pela presença de ar no mediastino. O sinal de Hamman é patognomónico e está presente em 10-20% dos casos.

Caso clínico: Mulher de 62 anos com história pessoal de pneumonia em 2012. Admitida no serviço de urgência (SU) por quadro, com 2 semanas de evolução, com início após manipulação de produtos de limpeza, de rash cutâneo generalizado e pouco pruriginoso. Posteriormente, febril, toracalgia anterior pleurítica, tosse não produtiva, dispneia e astenia. Foi medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e claritromicina mantendo agravamento progressivo. À admissão no SU, taquicárdica, TT 38,3 °C, polipneica, SpO2 89% em ar ambiente, com MV rude e crepitações dispersas. Analiticamente, com leucocitose 18.600/uL, neutrofilia 91,6%, PCR 43,5 mg/dL. Antigenurias negativas; serologias: Chlamydia pneumoniae negativa, Mycoplasma pneumoniae IgM-, IgG duvidoso. Hemoculturas e microbiologia da expectoração negativas. A TC de tórax revelou reticulação intralobular periférica dispersa, opacificações em vidro despolido e consolidação com broncograma aéreo no lobo superior direito. Iniciou piperacilina/tazobactam, azitromicina, ciprofloxacina e corticóides. A broncoscopia não apresentou alterações. O estudo citomorfológico do lavado broncoalveolar foi inconclusivo. As biópsias distais e brônquicas revelaram fibrose densa, miofibroblastos, focos de hemorragia com deposição de fibrina e infiltrado crónico de predomínio linfoplasmocitário, achados sugestivos de pneumonia intersticial usual. As provas de função respiratória denotaram diminuição grave da DLCO. Apresentou boa evolução clínica, quando referiu aumento do volume cervical e rinolalia. Sem história de trauma, acessos de tosse, crises esternutatórias ou vômitos. Objetivou-se enfisema subcutâneo cervical e supraclavicular bilateral, auscultação cardiopulmonar com sinal de Hamman e MV simétrico e mantido, com crepitações bibasais. Radiologicamente com enfisema mediastínico subcutâneo e cervical, sem pneumotórax. Realizou endoscopia digestiva alta sem alterações. Apresentou resolução do pneumomediastino após uma semana de repouso e oxigenioterapia.

Discussão: O sinal de Hamman alerta para a presença de pneumomediastino. Nas doenças intersticiais o pneumomediastino é uma complicação rara mas grave, podendo ser um fator preditor de mortalidade.

Palavras-chave: Pneumomediastino. Sinal Hamman. Doença do interstício pulmonar.

P77. PARA ALÉM DO ESÓFAGO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C.R. Silvestre, A. Nunes, R. Cordeiro, J. Eusébio, T. Falcão, A. Domingos

Centro Hospitalar do Oeste-Torres Vedras.

Introdução: As perfurações esofágicas por colocação de sonda nasogástrica (SNG) são raras mas com consequências graves.

Caso clínico: Mulher, 83 anos, leucodérmica, com história de insuficiência cardíaca valvular e isquémica. Não fumadora. Medicada

com clopidogrel e furosemida. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por toracalgia anterior, tipo pontada, intensidade 4/10, sem irradiação e que agravava com a ingestão, com uma semana de evolução. Negava perda ponderal, febre, tosse, pirose e disfagia. À admissão normotensa, normocárdica, apirética e eupneica em ar ambiente (AA), SpO₂ 98%. Auscultação cardiopulmonar: sopro sistólico no foco aórtico, murmúrio vesicular diminuído nas bases, sem ruídos adventícios. Sem outras alterações relevantes. No SU objetivou-se hematémese em pequena quantidade, colocou-se SNG nº 16 com saída de 200 mL de sangue vivo. Posteriormente, apresentou agravamento da dor (8/10) e hipoxemia, SpO₂ 84%, em AA. Iniciou pantoprazol endovenoso e oxigenioterapia com máscara de venturi a 31% com SpO₂ 92%. Analiticamente, sem leucocitose ou neutrofilia, hemoglobina 12,7 g/dL. PCR 0,4 mg/dL. Sem outras alterações. A radiografia de tórax identificou hipertransparência do ápex direito sugestiva de pneumotórax. A TC tórax objetivou SNG com trajeto esofágico e a extremidade projetada na base do hemitórax direito. Verificou-se, ainda, derrame pleural bilateral, pneumomediastino, pneumoperitônio e pneumotórax à direita. Alterações compatíveis com perfuração esofágica iatrogénica após colocação da SNG. Colocou-se drenagem torácica 8 Fr à direita. A endoscopia digestiva alta evidenciou neoplasia do esófago com impactação alimentar e laceração com aproximadamente 10 cm, foi colocada prótese. Iniciou antibioterapia empírica com meropenem. Apresentou agravamento clínico com picos febris e analiticamente com PCR 45,5 mg/dL. Ao 8º dia de antibiótico, colocou-se drenagem torácica 18Fr, à direita, ecoguiada com saída de aproximadamente 300cc de líquido pleural purulento de cheiro fétido. Constatou-se empiema a *Proteus mirabilis* multissensível. Iniciou amoxicilina/ácido clavulânico, com boa evolução clínica, analítica e radiológica.

Discussão: A presença de empiema associado a fístula esófago-pleural após colocação de SNG é uma complicação grave e potencialmente fatal associada a esta iatrogenia.

Palavras-chave: *Empiema. Fístula esófago-pleural. Pneumotórax.*

P79. PNEUMONIA A VARICELLA ZOSTER: UMA COMPLICAÇÃO GRAVE DE UMA DOENÇA COMUM

F. Jesus, F.P. Silva, S. Braga, J. Ribeiro, R. Natal, J. Costa, M. Oliveira, G. Samouco, F. Fernandes, A. Tavares, L. Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: A varicela, infeção causada pelo vírus *Varicella Zoster* (VZV), ocorre com frequência na infância sendo normalmente pouco grave e auto-limitada. Uma minoria dos casos ocorre em adultos nos quais a evolução clínica é mais grave e o prognóstico mais limitado.

Caso clínico: Homem de 43 anos fumador (36 UMA), sem antecedentes de relevo, com contexto epidemiológico de exposição ao VZV, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por exantema pruriginoso, sem outros sintomas, tendo alta com diagnóstico de varicela e indicação para tratamento sintomático. Regressa ao SU após 2 dias com febre, dispneia e tosse seca. Identificada dessaturação periférica (SatO₂ 88%) e crepitações bilaterais à auscultação pulmonar. Gasimetricamente em ar ambiente com insuficiência respiratória parcial com PaO₂/FiO₂ diminuída (225) e a radiografia de tórax mostrava infiltrado pulmonar bilateral com opacidades lineares e micronodulares. Analiticamente com trombocitopenia, citólise hepática e aumento da LDH e dos parâmetros de fase aguda. Admitido o diagnóstico de *Pneumonia a VZV*, foi internado no Serviço de Pneumologia e iniciada oxigenoterapia, Aciclovir e antibioterapia empírica com Amoxicilina/Ácido Clavulânico e Azitromicina para cobertura de sobreinfeção bacteriana. Nas primeiras 24 horas de internamento objetivado agravamento marcado da insuficiência respiratória (PaO₂/FiO₂ 123) tendo sido transferido para o Serviço de Medicina Intensiva. Iniciou ventilação mecânica não invasiva (VMNI) com boa adaptação, não tendo necessitado de ventilação

meccânica invasiva. Permaneceu hemodinamicamente estável sem necessidade de suporte aminérgico. Objetivada melhoria clínica ao 4º dia de antivírico e 3º dia de VMNI. Teve alta hospitalar após 9 dias de internamento, assintomático, com resolução da insuficiência respiratória e melhoria imagiológica.

Discussão: Até 15% dos casos de infeção por VZV em adultos podem cursar com envolvimento pulmonar, mais frequentemente na forma de pneumonia. Os fatores de risco mais frequentemente associados são tabagismo, idade avançada, DPOC, imunossupressão e gravidez. Apesar de rara, a pneumonia a VZV é uma doença grave com elevada morbimortalidade, sendo o seu prognóstico relacionado com início precoce de terapêutica dirigida. Assim, é fundamental um elevado grau de suspeição para o seu diagnóstico atempado.

Palavras-chave: *Pneumonia. Varicella Zoster.*

P82. CARACTERIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS INTERNADOS COM COVID-19 E SOBRE-INFEÇÃO POR AGENTES RESPIRATÓRIOS

A.L. Ramos, M. Matias, S. Péres, C. Fonseca, K. Mansinho

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: De acordo com a evidência científica atual existe uma associação entre a COVID-19 e a ocorrência de infeção secundária. Porém, a taxa de sobre-infeção dos indivíduos com COVID-19 não é clara.

Objetivos: Caracterizar os doentes internados com COVID-19 e sobre-infeção por microrganismos respiratórios no período compreendido entre Março e Maio de 2020, num Centro Hospitalar em área metropolitana de Lisboa.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu todos os indivíduos internados no CHLO com o diagnóstico de COVID-19 confirmado por PCR em amostra respiratória e evidência de sobre-infeção por microrganismos respiratórios (comprovada pela identificação do agente em amostras respiratórias, sangue e antigenúrias). Foram enfatizados aspetos demográficos, comorbilidades, taxa de sobre-infeção e microrganismos envolvidos.

Resultados: Entre os 151 doentes com COVID-19, 31 apresentaram sobre-infeção bacteriana (20,5%) sendo que na maioria dos casos esta foi causada por agentes respiratórios (71,0%). O grupo de indivíduos com sobre-infeção por agentes respiratórios apresentou idade média de 69 anos e 65% eram do género masculino. 2 apresentavam VIH, 4 neoplasia ativa, 4 imunossupressão iatrogénica, 4 apresentavam hábitos tabágicos (ativos ou progressos), 5 patologia das vias aéreas previamente diagnosticada (Asma ou DPOC) e 8 eram obesos. A maioria dos doentes realizou pelo menos um exame microbiológico. Os principais microrganismos envolvidos isolados foram *Klebsiella pneumoniae* (n = 6), *Streptococcus pneumoniae* (n = 5), *Legionella pneumophila* (n = 3) e *Staphylococcus aureus* (n = 3) não tendo sido isolado nenhum vírus respiratório.

Conclusões: Verificamos uma taxa de sobre-infeção bacteriana elevada sendo o principal foco o respiratório. Tal, realça a necessidade de mantermos a pesquisa ativa de outros microrganismos respiratórios uma vez confirmado o diagnóstico de COVID-19 já que terá implicações terapêuticas óbvias.

Palavras-chave: *COVID-19. sobre-infeção. incidência. microrganismos. foco respiratório.*

P83. LESÕES QUÍSTICAS DO PULMÃO: BENIGNO? MALIGNO?

A. Alfaiate, J. Patrício, D. Noivo, V. Durão, P. Duarte

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

Caso clínico: Doente do género feminino, 55 anos, ex-fumadora (10 UMA). Referenciada à Pneumologia na sequência de achados na

TC do tórax, realizada no contexto de queda com fratura de arcos costais à esquerda, a qual viria a evidenciar três lesões quísticas centimétricas do parênquima pulmonar, nomeadamente no lobo inferior direito e na língua, encontrando-se a da língua de paredes espessadas e com densificação em vidro despolido adjacente com extensão à parede torácica, que se manteve na TC de reavaliação. Na avaliação clínica, referia cansaço, xerostomia, xerofthalmia e toracalgia tipo pleurítica à esquerda com dor à palpação da parede torácica. Analiticamente, com níveis séricos de alfa1-antitripsina, estudo de autoimunidade e serologias normais ou negativos; eletroforese de proteínas e imunoglobulinas sem alterações. Para estudo etiológico, foi submetida a broncofibroscopia e lavado bronco-alveolar, cujo estudo imunológico viria a evidenciar uma linfocitose de 17,3% com uma relação CD4/CD8 de 1,3. Os exames microbiológico e citológico revelaram-se negativos. Para caracterização histológica, foi submetida a biópsia cirúrgica por VATS (video-assisted thoracic surgery), cujo resultado anatomo-patológico viria a favorecer o diagnóstico de linfoma não-Hodgkin tipo B de pequenas células - Linfoma de BALT (bronchial-associated lymphoid tissue). Foi referenciada à consulta de Hematologia-Oncológica onde realizou estadiamento, que excluiu envolvimento extrapulmonar e iniciou terapêutica.

Discussão: Os linfomas primários do pulmão representam 0,5% das neoplasias pulmonares, sendo o Linfoma de BALT o mais frequente. Destaca-se este caso pela raridade da apresentação imagiológica, sob a forma de lesão quística. A ausência de critérios diagnósticos de S. Sjögren, VIH, disgamaglobulinémias ou doenças do tecido conjuntivo tornou este diagnóstico ainda mais desafiante. É necessário ter esta hipótese presente mesmo em apresentações atípicas, associando-se o seu tratamento a bom prognóstico.

Palavras-chave: Lesões quísticas do pulmão. Linfoma de BALT.

P84. ENVOLVIMENTO PULMONAR NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A. Alfaiate, V. Durão, J. Patrício, P. Duarte

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

Caso clínico: Doente do género masculino, 47 anos. Ex-fumador (30 UMA), com história de espondilite anquilosante (EA), previamente tratada com Infliximab. Observado por quadro com três meses de evolução de dispneia, tosse produtiva com expectoração mucopurulenta, sudorese e febre vespertinas, anorexia e perda ponderal não quantificada. À observação, destacava-se murmúrio vesicular rude bilateralmente e, analiticamente, PCR 23 mg/dL. Realizou radiografia torácica com hipotransparência do 1/3 superior de ambos os hemicampos pulmonares com aspetos retrácteis e redução do volume pulmonar assim como cavitação à direita. A TC torácica viria a evidenciar consolidação do lobo superior direito (LSD) com a presença de cavitação; consolidação periférica com broncograma aéreo no lobo superior esquerdo e importante diminuição do volume dos lobos superiores (LS) associado a múltiplas bronquiectasias cilíndricas. O exame microbiológico da expectoração viria a evidenciar PCR positiva para Mycobacterium tuberculosis complex pelo que iniciou terapêutica antibacilar de primeira linha (HRZE). Por persistência da febre e tosse, realizou broncofibroscopia que viria a permitir o isolamento de Staphylococcus aureus nas biópsias brônquicas, tendo concluído o tratamento de acordo com o TSA, com melhoria. Ao sétimo mês de terapêutica antibacilar, desenvolveu tosse seca. Realizou nova TC torácica que evidenciou doença fibrobulhosa de ambos os LS, de carácter retrátil, condicionando compromisso de volume e bronquiectasias assim como volumosa cavidade no LSD, com contacto mediastínico. Repetiu broncofibroscopia com lavado e biópsias brônquicas cuja microbiologia viria a ser negativa. Assumiu-se o diagnóstico de doença pulmonar fibrobulhosa no contexto da EA associada a sequelas de tuberculose.

Discussão: A doença fibrobulhosa dos LS é uma complicação extraespinal pouco frequente da EA que requer uma avaliação dife-

rencial cuidadosa, sendo particularmente relevante a exclusão de sobreinfecção micobacteriana. Embora a EA seja uma causa comum de doença pulmonar apical fibroquística, ainda nenhum tratamento conseguiu alterar o curso clínico desta complicação pulmonar, tornando o controlo dos sintomas um desafio.

Palavras-chave: Espondilite anquilosante. Doença pulmonar fibrobulhosa.

P86. POR DETRÁS DO PNEUMOTÓRAX

M.V. Matias, L. Maduro, M. Alves, A.F. Santos, L. Bento, F. Nogueira

Hospital de Egas Moniz.

Introdução: O pneumotórax espontâneo ocorre sem causa precipitante externa na ausência de doença pulmonar, contudo, muitos doentes têm alterações pulmonares tais como blebs ou bolhas enfisematosas. A bolha enfisematosa define-se como uma lesão enfisematosa superior a 1 cm, bem delimitada por uma parede fina com espessura menor que 1 mm, que pode ter até vários centímetros de diâmetro.

Caso clínico: Mulher de 26 anos, não fumadora, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreu ao serviço de urgência por toracalgia com dois dias de evolução, cansaço para esforços progressivamente menores e opressão torácica. Negou trauma, desportos/atividades de lazer que condicionassem alterações de pressão atmosférica ou episódios prévios semelhantes. Realizou radiografia de tórax que evidenciou pneumotórax de grandes dimensões à esquerda, não apresentava alterações analíticas. Foi colocado dreno torácico, com expansão pulmonar imediata, retirado após 3 dias, sem intercorrências. Posteriormente, realizou TC-tórax que revelou uma volumosa lesão do tipo bolha enfisematosa na vertente ântero-interna do hemitórax esquerdo, em provável localização subpleural referente à língua e ao segmento anterior do lobo esquerdo, com 17cm de maior eixo (crânio-caudal) ocupando um terço deste hemitórax, a bolha condicionava atelectasia passiva do parênquima adjacente. O doseamento de α 1-antitripsina foi normal. Fez ressecção da bolha por VATS.

Discussão: Os autores apresentam este caso pela exuberância da imagem radiológica e pela ausência de fatores de risco para pneumotórax espontâneo e/ou bolha enfisematosa. Deste modo admite-se, que a bolha seja de etiologia congénita ou idiopática. Estas lesões podem ser assintomáticas ou provocar complicações tais como o pneumotórax. A presença de bolhas na TC-tórax após o primeiro episódio de pneumotórax espontâneo aumenta o risco de recorrência do mesmo. A intervenção cirúrgica, através de toracotomia ou VATS, está indicada em doentes sintomáticos ou assintomáticos em que a bolha ocupe mais de 30% do hemitórax ou que provoque compressão do parênquima pulmonar.

Palavras-chave: Pneumotórax espontâneo. Bolha enfisematosa. Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS).

P88. OS PERIGOS E DESAFIOS DA TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE

P. Barros, A. Barroso, A.R. Fernandes, T. Marques, M. Pereira, B. Santos, U. Brito

Centro Hospitalar Universitário do Algarve-Hospital de Faro.

Introdução: A Tuberculose Multirresistente (TB-MDR) é a resistência simultânea do Mycobacterium tuberculosis a, pelo menos, Isoniazida e Rifampicina. O seu tratamento é complexo, pela duração do tratamento e efeitos secundários dos fármacos utilizados. O rastreio de contactos é essencial para evitar a propagação destas estirpes resistentes, mas o tratamento da tuberculose latente (TBIL), nestes casos, implica esquemas mais tóxicos e com menor eficácia que os habituais.

Caso clínico: 39 anos, sexo feminino, Moldava, em Portugal desde 2008. Antecedente de TBIL em 2016, por contacto com marido com (TB-MDR), tratada com pirazinamida e etambutol, abandonando seguimento no CDP após 1 mês de tratamento. Fumadora (9 UMA) e hábitos alcoólicos elevados. Recorreu ao SU do Hospital de Faro por dor no hipocôndrio direito e coloração amarelada das escleróticas, sem sintomatologia respiratória. Com ascite e dilatação das vias biliares intra-hepáticas em ecografia abdominal, radiografia de tórax com aparentes alterações cicatríciais no lobo superior direito (LSD). Foi internada (09/03/20) em Gastroenterologia por Colangite e iniciou antibioterapia, aguardando TC-Torácico, que realizou após 9 dias de internamento, revelando alterações cicatríciais em ambos os lobos superiores, com formação cavernosa no LSD. Em quarto de isolamento respiratório colheu baciloscopias, com exame direto positivo. O teste molecular de resistências identificou resistência a rifampicina e isoniazida, pelo que iniciou antibióticos de segunda linha com o esquema Levofloxacina, Bedaquilina, Linezolide, Cicloserina e Clofazimina. Na enfermaria de Gastroenterologia, o contacto com doentes imunodeprimidos pressupôs o maior desafio no rastreio. As culturas de expectoração negativaram após 2 meses de tratamento, tendo alta para o CDP.

Discussão: Atualmente não existe consenso na abordagem aos doentes expostos a tuberculose multirresistente, sendo o tratamento preventivo a única ferramenta disponível para evitar a progressão para doença. Como alternativa deve haver uma vigilância apertada para detetar e tratar rapidamente a doença. Existem consequências positivas e negativas de ambas as abordagens, que devem ser bem ponderadas, de forma a evitar a propagação de uma estirpe potencialmente muito lesiva para o doente e os subsequentes contactos.

Palavras-chave: Tuberculose. Multirresistência. Rastreio. Latente.

P89. SÍNDROME DO LOBO MÉDIO E AS SUAS COMPLICAÇÕES: UM CASO CLÍNICO

P. Barros, S. Lareiro, J. Rei, M. Guerra, F. Neves

Centro Hospitalar Universitário do Algarve-Hospital de Faro.

Introdução: A Síndrome do Lobo Médio (SLM) é uma entidade rara que se caracteriza por colapso recorrente ou crónico do lobo médio, provocando atelectasia e infeções de repetição, podendo levar a alterações estruturais da árvore brônquica. Na origem desta síndrome estão fatores anatómicos, pelo ângulo de saída do brônquio lobar médio, que geralmente é mais longo e de menor calibre que os restantes brônquios lobares.

Caso clínico: 48 anos, sexo feminino. Antecedente de sinusite crónica. Apresentava desde o início de 2018 um quadro de dispneia para grandes esforços, tosse e expectoração mucopurulenta. Desde então com vários episódios de pneumonia, com melhoria sintomática parcial após antibioterapia, mas recorrência dos sintomas após algumas semanas. Em dezembro de 2019 realizou TC-Torácico que revelou “colapso do lobo médio (LM), consolidado, com exuberante broncograma no interior. Brônquios dilatados do lúmen e com micronodulação centrilobular”. Posteriormente foi pedida broncofibroscopia, identificando “secreções mucopurulentas na árvore brônquica direita, sobretudo na entrada do LM. LM e segmentos segmentares patentes, com calibre diminuído.” Perante o diagnóstico de SLM, a doente foi enviada para avaliação em consulta de Cirurgia Torácica no CHVNG/E onde, devido à sintomatologia, infeções recorrentes e alterações estruturais, foi proposta para tratamento cirúrgico. Realizou-se lobectomia do lobo médio por VATS uniportal em Julho de 2020. O procedimento sem intercorrências e a doente teve alta após 5 dias de internamento, apresentando-se assintomática na reavaliação de 1 mês após a cirurgia.

Discussão: Nos casos de SLM, o tratamento inicial é preferencialmente conservador, onde podem ser usados mucolíticos, broncodilatadores, antibioterapia ou cinesiterapia. Em situações como o

presente caso, em que há presença de sintomatologia respiratória refratária e infeções respiratórias recorrentes, a abordagem cirúrgica tem um papel importante. A lobectomia média deve, portanto, ser ponderada tanto para evitar novas infeções, como impedir que o processo infeccioso se expanda e seja necessário um tratamento cirúrgico mais amplo.

Palavras-chave: Síndrome lobo médio. Cirurgia. Lobectomia.

P90. CANCRO DO PULMÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS - EXPERIÊNCIA DE 2 ANOS

M. Afonso, M. Souto, L. Teixeira, A. Fernandes, A. Morais

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

Introdução: Os Cuidados Paliativos enquadram-se no tratamento do cancro do pulmão desde o diagnóstico até à cura ou morte, visando a qualidade de vida e controlo de sintomas. Este estudo tem como objectivo entender o significado dos doentes com cancro do pulmão numa unidade de cuidados paliativos.

Métodos: Avaliação retrospectiva e descritiva dos doentes internados na unidade de Cuidados Paliativos do CHTMAD entre 2018 e 2019. Seleccionados os doentes com cancro do pulmão, e colheita de dados realizada através da revisão da base de dados da unidade e dos processos clínicos.

Resultados: Foram identificados 62 internamentos em doentes com cancro do pulmão, correspondendo a 55 doentes, e representando 7,7% do total de admissões. A média de idade foi de 75,5 anos, e 61,3% eram do sexo masculino. A maioria apresentava performance status (ECOG) de 3 (33%) e pontuação de 30 na Palliative Performance Scale (40,3%). O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma (50%), e 88,7% dos doentes encontrava-se em estadio IV, sendo o envolvimento pleural e ósseo os mais frequentes, ambos presentes em 35,5%. Os motivos principais de internamento foram controlo sintomático (54,8%), cuidados de fim de vida (32,3%), exaustão do cuidador (8,1%) e situação social precária (4,8%). Os sintomas apresentados mais frequentemente foram dor não controlada (40,3%) e dispneia (38,7%). O tempo de internamento mediano foi de 6 dias (entre 1 e 47), e a mortalidade foi de 69,4%. A maioria era previamente acompanhada em ambulatório pelos Cuidados Paliativos (59,7%), uma tendência crescente entre 2018 e 2019 (51,6% e 67,7%, $p > 0,05$) embora estatisticamente não significativa.

Conclusões: Os internamentos em Cuidados Paliativos ocorrem por norma nos estadios mais avançados da doença. Idealmente os doentes deveriam ser acompanhados em ambulatório previamente à necessidade de internamento. Existe uma tendência positiva neste aspecto, embora não estatisticamente significativa.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Cancro do pulmão.

P91. DÉFICE DE ALFA-1 ANTITRIPSINA COM MUTAÇÃO RARA E FIBROSE PULMONAR: CASE REPORT

M. Afonso, C. Silva, I. Pinho, A. Vale, A. Fernandes

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

Introdução: O défice de alfa-1 antitripsina (AAT) é uma doença autossómica dominante, e diferentes variantes genéticas são conhecidas, algumas muito raras. As manifestações pulmonares mais frequentes incluem enfisema e bronquiectasias, mas a fibrose pulmonar é rara. Alguns doentes desenvolvem doença hepática, causada pela acumulação de polímeros da proteína nos hepatócitos.

Caso clínico: Homem, de 64 anos, ex-fumador, observado em consulta por suspeita de doença hepática e hemocromatose. Foi diagnosticada cirrose hepática, e apesar do consumo alcoólico conhecido, foi efectuado um estudo alargado, em que se identificou um valor de AAT de 70,9 mg/dL. Simultaneamente referia queixas de fadiga, tosse e dispneia de esforço, sem alterações ao exame ob-

jectivo. O estudo subsequente identificou um padrão de UIP provável em TC de alta resolução. Realizou broncofibroscopia, cujo lavado broncoalveolar mostrou celularidade elevada com distribuição dentro dos limites da normalidade, e não foram isolados agentes microbiológicos. O estudo funcional demonstrou redução moderada da DLCO, e na prova de marcha de seis minutos verificou-se decréscimo de 10% na saturação periférica de oxigénio. Não foram identificadas exposições de risco, e o estudo de imunológico foi negativo. Através da técnica PCR-multiplex combinada com restriction fragment length polymorphism, foi possível identificar o alelo MPalermo em heterozigotia (M1MPalermo). Assim os diagnósticos de cirrose de etiologia alcoólica e défice de AAT, sobrecarga de ferro secundária e fibrose pulmonar idiopática foram estabelecidos, sendo que para o último foi iniciada pirfenidona e oxigenoterapia de deambulação. A avaliação dos descendentes mostrou níveis normais de AAT. Aos seis meses o doente permanece estável, e sem admissões hospitalares ou recorrência ao serviço de urgência.

Discussão: Descrevemos o caso de um diagnóstico inicial de cirrose e fibrose pulmonar, sem enfisema, associadas a uma variante rara de AAT (MMPalermo). A associação entre o défice de AAT e fibrose pulmonar é rara, contudo encontra-se descrita em alguns case reports. Por outro lado está descrito aumento da actividade da elastase neutrofílica na FPI, tal como a interacção entre AAT e mediadores conhecidos da FPI, como o TNF- α ou as metaloproteinasas, questionando o papel da AAT na fibrose pulmonar.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar. Doenças raras.

P92. LINFANGITE CARCINOMATOSA PULMONAR

C. Amado, M.S. Leal, M. Aveiro, A.R. Oliveira, M. Cruz

Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introdução: A Linfangite Carcinomatosa Pulmonar (LCP) corresponde à inflamação dos vasos linfáticos secundária à disseminação intrapulmonar de células neoplásicas representando 6 a 8% das neoplasias pulmonares metastáticas. Apesar de rara, habitualmente confere mau prognóstico. As maiores estruturas linfáticas localizam-se nos feixes broncovasculares, nos septos interlobulares e na região subpleural do pulmão, sendo que os achados anatomopatológicos e tomográficos desta patologia refletem essa distribuição. **Caso clínico:** Homem, 84 anos de idade, ex-fumador, com múltiplos fatores de risco cardiovascular. Apresentava diagnóstico prévio de Adenocarcinoma do pulmão em estadio IV sob quimioterapia paliativa. Foi admitido no Serviço de Urgência por tosse produtiva de expectoração mucopurulenta e agravamento do padrão de dispneia habitual. Analiticamente, com elevação dos parâmetros inflamatórios e insuficiência respiratória tipo 1 com necessidade de oxigenoterapia suplementar. Imagiologicamente, na radiografia do tórax, apresentava hipodensidade basal esquerda compatível com derrame pleural esquerdo. Assumida infeção respiratória, tendo iniciado antibioterapia empírica. Realizou estudo complementar por tomografia computadorizada do tórax, com espessamento dos septos interlobulares e das bainhas broncovasculares, para além de volumoso derrame pleural esquerdo, alterações compatíveis com linfangite carcinomatosa pulmonar e possível derrame metastático. Apesar do tratamento em curso, o doente apresentou evolução desfavorável, tendo vindo a falecer.

Discussão: A linfangite carcinomatosa pulmonar é comumente associada a neoplasia do pulmão. É rara, e com menor frequência atinge a população idosa. Na TCAR é habitualmente encontrado um espessamento dos septos interlobulares e das bainhas broncovasculares, como no caso clínico apresentado. Não obstante, a biópsia confirmatória é o gold standard, não realizada pela evolução do doente.

Palavras-chave: Linfangite carcinomatosa pulmonar. Adenocarcinoma do pulmão. Linfáticos.

P93. IMPACTO DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES EM DOENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19

S.O. Ferreira, L.P. Marques, R. Maciel

CHEDV.

Introdução: Em dezembro de 2019 foi identificado um novo coronavírus que provocou um surto de doença respiratória (COVID-19) em Wuhan, China, que rapidamente se espalhou por todo o mundo. Apesar do número crescente de casos, as informações sobre as características clínicas, epidemiológicas e fatores de risco (FR) para mortalidade dos doentes com COVID-19 ainda são limitadas.

Objetivos: Descrever as características clínicas e outcomes [admissão na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), necessidade de ventilação mecânica invasiva e mortalidade intra-hospitalar] em doentes hospitalizados por COVID-19.

Métodos: Foi realizado um estudo observacional e retrospectivo que inclui doentes de idade ≥ 18 anos com diagnóstico laboratorial de infeção por SARS-CoV-2, hospitalizados de 14 de março a 20 de junho de 2020. Foram analisadas as características sociodemográficas, comorbilidades e outcomes de cada doente. Realizou-se uma análise comparativa entre dois grupos (sobreviventes e não sobreviventes) e usou-se o método de regressão logística multivariada para identificar FR associados a piores outcomes.

Resultados: Foram incluídos 300 doentes, 56,0% dos quais do sexo masculino, com idade mediana de 75 anos. As comorbilidades mais frequentes foram hipertensão arterial [HTA] (61,3%), dislipidemia (49,7%) e diabetes (28,0%). A duração mediana do internamento foi de 8 dias (AIQ, 4-15,7). Durante o internamento, 43 doentes necessitaram de cuidados na UCI e destes, 34 requereram VMI. Foram registados 67 óbitos, com predomínio do sexo masculino (71,6%), idade mediana de 80 anos e tempo decorrido até ao óbito de 7 dias (mediano). Na análise comparativa entre os dois grupos, verificou-se que o grupo de não sobreviventes pertencia maioritariamente ao sexo masculino e apresentava uma média de idades superior. Quanto aos FR cardiovasculares analisados (HTA, diabetes e dislipidemia), a presença de HTA associou-se a um aumento do risco de mortalidade. O tempo mediano de internamento não apresentou diferença estatisticamente significativa entre grupos. A regressão multivariada demonstrou que a idade avançada e o sexo masculino parecem ser preditores de maior mortalidade intra-hospitalar.

Conclusões: Este estudo fornece características clínicas, evolução e outcomes dos doentes internados por COVID-19 num hospital distrital.

Palavras-chave: COVID-19. Fatores de risco cardiovascular. Mortalidade intra-hospitalar. Hipertensão arterial.

P94. MASSA MEDIASTÍNICA: TUMOR DE PANCOAST - UMA FATALIDADE RARA

B. Gomes, SG. Ferreira, J. Vieira

CHEDV.

Introduction: Superior sulcus tumors were first described in 1838, but they were an obscure entity until the reports of Henry Pancoast in the first third of the 20th century. The terms "Pancoast tumors," "superior sulcus tumors," or "superior pulmonary sulcus tumors" have been applied to neoplasms located at the apical pleuropulmonary groove, adjacent to the subclavian vessels. There are a wide range of tumors invading the apical chest wall. Due to its localization in the apex of the lung, with the potential invasion of the lower part of the brachial plexus, first ribs, vertebrae, subclavian vessels or stellate ganglion, the superior sulcus tumors cause characteristic symptoms, like arm or shoulder pain or Horner's syndrome.

Case report: Male, age 52. Former blue collar worker. Current cigarette smoker and drug abuse until 3 years ago. Was admitted in

the Emergency Department with 4 days of worsened dyspnea, incapable of eating or talking with sudden short of breath. He had fever and productive cough. Also with complaints of anorexia, astenia and weight loss (quantification unknown). On the admission he had fever, tachycardia and polypnea with low peripheric saturation (85% room air). Reduced strength of right arm. A CT scan of the thorax was arranged and demonstrated a solid right mediastinic mass compressing the trachea, esophagus and vascular structures. Bone invasion of the dorsal vertebrae and 1st and 2nd ribs was also found. A broncheal biopsy confirmed an undifferentiated small cell carcinoma with neuroendocrine differentiation. He was transferred to the ICU. He needed a continuous infusion of morphine and benzodiazepines to control agitation. Due to the critical clinical condition, the MRI of the spine and PET for staging the mass were not performed. He died later as a result of the progressive respiratory insufficiency.

Discussion: Pancoast tumors account for roughly 3 to 5% of all lung cancers. The average age of presentation is in the sixth decade, mostly in men. The prognosis is poor for most patients, less than 30% are alive at five years. The motive lies on the fact that the great majority are diagnosed after the local spread of disease. In this case, unfortunately, the patient had no chances of survival and the outcome confirmed the high fatality in this disease.

Keywords: Tumor Pancoast. Massa mediastinica.

P95. ESTENOSE SUBGLÓTICA COMO APRESENTAÇÃO DE GRANULOMATOSE COM POLIANGÉITE

M. Conceição, R. Ferro, S. Guerra, AD. Cunha, A. Reis, AS. Torres

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A estenose subglótica adquirida é uma entidade maioritariamente secundária a trauma, podendo também surgir no contexto de doenças inflamatórias crónicas. A granulomatose com poliangeíte (GPA) é uma doença sistémica caracterizada por vasculite de pequenos vasos e lesões granulomatosas do trato respiratório. Aproximadamente 25% dos doentes com GPA desenvolvem estenose subglótica.

Caso clínico: Mulher de 48 anos, ex-fumadora (6 UMA), com antecedentes de rinosinusite e sem histórico cirúrgico. Referenciada por episódios de dificuldade respiratória e estridor, com 2 meses de evolução. Ao exame objetivo, apresentava disfonia e nariz em sela. Rinoscopia com destruição total do septo nasal e acentuada inflamação da mucosa com crostas. Realizou TC cervico-torácico evidenciando sinusopatia extensa e espessamento concêntrico subglótico, numa extensão longitudinal de 35 mm e espessura de 5 mm logo abaixo da cartilagem cricóide, condicionando redução do calibre da via aérea. Na videobroncoscopia (VBF), visualizavam-se múltiplas lesões membranosas a revestir mucosa de aspeto inflamatório e exsudativo, condicionando redução do lúmen traqueal subglótico em cerca de 50%. Orientada para broncoscopia rígida (BR) sendo realizadas biópsias brônquicas e, posteriormente, dilatação mecânica. Histologia das biópsias brônquicas compatível com processo inflamatório inespecífico. Analiticamente, com ANCAS repetidamente negativos. Três meses depois, agravamento clínico com emissão de anéis membranosos circunferenciais (molde da mucosa traqueal) tendo repetido VBF que mostrou membranas de exsudato inflamatório circunferencial, imediatamente distal às cordas vocais, com estenose de 20%. Foi assumido o diagnóstico de GPA limitada tendo iniciado pulsos de metilprednisolona endovenosa 3 dias e, posteriormente, manteve-se sob terapêutica imunossupressora com metotrexato e deflazacorte. Evoluiu com recidiva da estenose subglótica pelo que foi novamente submetida a BR com dilatação e instilação de mitomicina C. Dada a falência da terapêutica imunossupressora, foi proposta para rituximab.

Discussão: A estenose subglótica por GPA associa-se a elevada morbidade. As terapêuticas endoscópicas providenciam alívio sintomá-

tico, contudo a recidiva é frequente. A abordagem terapêutica deverá ser personalizada caso a caso.

Palavras-chave: Vasculite. Granulomatose com poliangeíte. Estenose subglótica.

P96. CARCINOMA SARCOMATÓIDE DESCONHECIDO: RELATO DE CASO

M.C. Silva, A.S. Ramôa

Hospital de Braga.

Introdução: O carcinoma sarcomatóide é uma entidade rara, com apresentação inespecífica, metastização sistémica frequente ao diagnóstico e evolução agressiva. O diagnóstico exige correlação entre dados clínicos, histológicos, imagiológicos, e a imuno-histoquímica constitui o gold standard.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 63 anos, fumador. Recorreu ao SU por diminuição da força e hipoestesia do membro inferior esquerdo e cefaleias. Realizou TC cerebral que revelou múltiplas lesões intra-axiais. Na TC abdominal foram identificadas várias lesões hepáticas e nas supra-renais, de provável origem secundária. Fez broncofibroscopia onde se observou neoplasia endobrônquica irregular. A histologia da lesão descreveu “carcinoma sem fenótipo habitual em neoplasias pulmonares” e a imuno-histoquímica revelou expressão de MNF116, CK7, GATA3, CD138 e ausência de TTF1, Napsina A, p40, Sinaptofisina e SOX10, sugerindo a hipótese de etiologia metastática. A PET-FDG detetou lesões captantes nos músculos nadegueiros e metastização óssea difusa, compatíveis com alto grau metabólico. Após discussão de grupo foi proposto tratamento com radioterapia holocraneana e vinorelbina oral. Um mês após a alta recorreu ao SU por dor epigástrica, hematemeses e melenas. Realizou EDA que revelou múltiplas lesões ulceradas com aspeto em cratera na mucosa gástrica, sugestivas de metástases. O doente faleceu nesse dia devido a hemorragia digestiva alta. O exame histológico das lesões foi sobreponível ao anterior, concluindo tratar-se de carcinoma sarcomatóide.

Discussão: Neoplasias de origem primária desconhecida são tumores em que a malignidade é demonstrada por biópsia e o local primário não é identificado após investigação exaustiva. Apresentamos um caso raro de carcinoma sarcomatóide que se apresentou como défice neurológico. A imuno-histoquímica de um nódulo permitiu identificar o tipo histológico pela presença de marcadores de linhagem celular característicos dos carcinomas. No entanto, apesar de testados diversos marcadores específicos de órgão, não foi possível determinar a origem primária do tumor. O carcinoma sarcomatóide, pela baixa incidência, apresenta carência de caracterização clínica e patológica, representando um desafio diagnóstico.

Palavras-chave: Carcinoma sarcomatóide.

P97. NÓDULOS PULMONARES PERIFÉRICOS - TC DE ALTA RESOLUÇÃO ASSOCIADA A BRONCOFIBROSCOPIA CONVENCIONAL

C. Barata, AC. Vieira, I. Ribeiro, L. Bento, C. Guimarães, C. Cristóvão, S. André, F. Nogueira

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: O rápido diagnóstico e estadiamento do cancro de pulmão são essenciais para determinar prontamente as opções de tratamento e melhorar o prognóstico do doente. A broncofibroscopia convencional (BFC) tem baixa sensibilidade no diagnóstico de nódulos pulmonares periféricos e é dependente do tamanho da lesão, entre outros fatores. No entanto, quando associado a TCAR (tomografia computadorizada de alta resolução), esta permite a reconstrução multiplanar torácica e a realização de um melhor planeamento pré-procedimento.

Objetivos: Avaliar a sensibilidade da BFC no diagnóstico de lesões pulmonares periféricas com planeamento por TCAR.

Métodos: Foi realizado um estudo observacional retrospectivo em doentes com lesões pulmonares periféricas, submetidos à BFC no período de 1/01/2017 a 31/12/2018, no nosso Hospital e foram comparados resultados em relação a dados históricos. Foram excluídos doentes com lesões endobrônquicas. Doentes com resultados negativos foram encaminhados para outros centros para realização de outros exames diagnósticos. Não houve eventos adversos importantes. **Resultados:** Foram analisados 112 doentes submetidos a BFC, 71,4% (n = 80) eram do sexo masculino, com média de idades de 66,8 anos. Em 95,5% (n = 107) foi realizado lavado endobrônquico e em 87,5% (n = 98) doentes foram realizadas biópsias e/ou escovado endobrônquicos em zonas previamente identificadas por TCAR. O rendimento diagnóstico da BFC foi de 67,8% (n = 76), sendo mais elevado quando conjugadas as várias técnicas diagnósticas no mesmo doente (lavado, biópsias e escovado endobrônquicos) - 78,5% (n = 88). Apenas 5 doentes não apresentavam TCAR prévia ao procedimento.

Conclusões: Segundo dados de vários estudos, a sensibilidade diagnóstica geral da broncofibroscopia convencional em doentes com lesões periféricas é relatada em aproximadamente 50-60%; quando associada a planeamento por TCAR, a sensibilidade pode atingir os 80-90%. Este estudo permite confirmar que o planeamento pré-procedimento com TCAR permite aumentar significativamente a sensibilidade do diagnóstico nestes doentes.

Palavras-chave: Broncofibroscopia convencional. TCAR. Nódulos periféricos.

P98. CRIOBÍPSIA PULMONAR TRANSBRÔNQUICA TOTALMENTE FLEXÍVEL

G. Samouco, J. Costa, R. Natal, M. Oliveira, J. Ribeiro, L.V. Rodrigues

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: A obtenção de diagnóstico definitivo perante a suspeita de doença pulmonar difusa (DPD) é um desafio e a importância da confirmação histológica tem sido progressiva. A criobiópsia pulmonar transbrônquica (cBPTB) é um método minimamente invasivo em processo de validação e utilização crescente. Na maioria das séries, o procedimento é efetuado com recurso a broncoscopia rígida.

Objetivos: Caracterizar a segurança e rentabilidade cBPTB por broncoscopia flexível (BF).

Métodos: O procedimento consiste numa adaptação das descrições existentes na literatura de forma a possibilitar o uso exclusivo de instrumentação flexível. É realizado através tubo endotraqueal aramado, com adaptação para-axial de bloqueador brônquico de Arndt transportado sob guia endoscópica. Para minimizar o tempo sem visualização endoscópica, são utilizados 2 broncoscópios. São utilizadas crio-sondas de 2,4, 1,9 ou 1,7 mm, sob controlo fluoroscópico. Efetuada análise retrospectiva dos registos dos doentes submetidos a cBPTB no nosso setor de broncologia de 11/2018 a 07/2020. Foram colhidos dados: demográficos; imagiológicos; funcionais; relacionados com o procedimento, o seu resultado, complicações e o diagnóstico final. A análise descritiva efetuada com recurso ao SPSS Statistics v23.

Resultados: Foram submetidos a cBPTB 24 doentes, com predomínio masculino (54,2%) e idade média de 59,3 ± 2,6 anos. A maioria (83,3%) apresentava padrão radiológico sugestivo de diagnóstico alternativo à FPI. Foram efetuadas em média 3 biópsias por procedimento, com obtenção de fragmentos com 5,0 ± 1,7 mm. O tempo de congelação foi 4,9 ± 0,6s. As complicações mais frequentes foram hemorragia (20,8%) e pneumotórax (16,7%), com necessidade de drenagem em apenas 1 caso. Foi documentada uma complicação grave, por hemorragia que implicou admissão em UCI para vigilância durante 24h. A rentabilidade diagnóstica da cBPTB, por si só, foi de

66,7%, mas a sua integração com os restantes dados clínicos e imagiológicos permitiu um diagnóstico definitivo em 83,3% após discussão multidisciplinar, sendo que em 5 casos modificou a hipótese diagnóstica inicial.

Conclusões: A cBPTB por BF é um procedimento seguro e rentável na nossa experiência. Conforme esperado, a sua eficácia diagnóstica é amplificada pela integração do resultado com os restantes dados em discussão multidisciplinar.

Palavras-chave: Criobiópsia. Broncologia. Interstício. Anatomia patológica.

P99. CARACTERIZAÇÃO HISTOLÓGICA NA CONSULTA DE DOENÇAS PULMÔNARES DIFUSAS

G. Samouco, R. Natal, J. Costa, S. Machado, F. Fernandes, L.V. Rodrigues

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: A obtenção de diagnóstico definitivo perante a suspeita de doença pulmonar difusa (DPD) é um desafio e a importância da confirmação histológica tem sido crescente. Para dar resposta a este problema, houve uma mudança de paradigma nos métodos de obtenção de documentação histológica. Técnicas menos invasivas têm-se desenvolvido e ganho um papel proeminente face a procedimentos cirúrgicos que podem incorrer em sequelas e importante amputação funcional.

Objetivos: Caracterizar a metodologia de obtenção de histologia na DPD e a sua evolução ao longo do tempo.

Métodos: Análise retrospectiva dos registos clínicos dos doentes com seguimento na consulta de Doenças Pulmonares Difusas da ULS Guarda entre 01/2015 e 12/2019. Foram colhidos dados demográficos, dos procedimentos efetuados, do diagnóstico histológico e do diagnóstico final em reunião de discussão multidisciplinar. A análise descritiva foi efetuada com recurso ao software SPSS Statistics v23.

Resultados: No período estudado, em 264 doentes com seguimento foi identificada DPD em 189, sendo necessária a obtenção de histologia em 86 destes (45,5%). Foi realizada biópsia pulmonar transbrônquica por fórceps (fBPTB) em 12,7%, criobiópsia pulmonar transbrônquica (cBPTB) em 12,7%, biópsia transtorácica guiada por TC (BTT-TC) em 9,5%, biópsia cirúrgica (BC) em 8,5%, biópsia brônquica (BB) em 5,3% e obtidas amostras não pulmonares em 7,9%. Ao longo dos últimos 10 anos verificou-se aumento do número de biópsias realizadas, de menos de 5 por ano até 2013 a 20 em 2019. Esta tendência deve-se principalmente ao surgimento da cBPTB, que representou 54,8% das biópsias realizadas nos últimos dois anos, com um contributo importante da fBPTB e da BTT-TC. Contrariamente, o recurso à BC e à BB está em declínio, representando no seu conjunto 57,6% das biópsias até 2015, mas apenas 11,1% desde então. Foi necessário 2º e 3º procedimento para obter histologia em 10 e 2 doentes, respetivamente. Os diagnósticos mais comuns foram sarcoidose (24,4%) e silicose (19,8%).

Conclusões: Em linha com as recomendações internacionais, assistimos a uma documentação histopatológica crescente das DPD, recorrendo a técnicas progressivamente menos invasivas, com destaque para a cBPTB que se afirma como principal método na nossa experiência dos últimos anos.

Palavras-chave: Interstício. Anatomia patológica. Diagnóstico.

P100. PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO E LINFANGIOMA MEDIASTÍNICO - UMA COMPLICAÇÃO NUMA DOENÇA RARA

C.L. Alves, A. Fabiano, J.P. Tomé, C.F. Longo, F. Rodrigues

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: O Linfangioma é uma neoplasia vascular rara, benigna, principalmente descrita na idade pediátrica que se admite resultar

de uma obstrução nos precursores dos vasos linfáticos. Mais raro na idade adulta e postulando-se como secundário a obstrução crônica linfática (e.g. sequelas de radioterapia ou cirúrgicas ou de uma doença infecciosa crônica), envolve maioritariamente o mediastino, sendo geralmente assintomático, mas podendo causar complicações resultantes do efeito compressivo local. Apresenta-se um caso de Linfangioma Mediastínico com pneumonias de repetição com derrame pleural complicado.

Caso clínico: Homem, 65 anos, pintor reformado, ex-fumador (20 UMA), com síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono e história de tuberculose pulmonar e pleural em 2014 referenciado para a consulta em 2016 por conglomerado adenopático mediastínico volumoso e derrame pleural livre à direita. Em 3/2017 diagnóstico por toracotomia de Linfangioma Mediastínico. Desde aí com seguimento em consulta de Cirurgia Torácica e Pneumologia mantendo conglomerado mediastínico estável e derrame pleural direito com pleura espessada que se admitiu com sequestrar ao procedimento cirúrgico. Em 4/2019 internado por pneumonia com aumento do derrame pleural à direita, sendo submetido a toracocentese diagnóstica revelando líquido pleural turvo, exsudado, com predomínio de neutrófilos, pelo que se colocou drenagem torácica, cumprindo antibioterapia com Amoxicilina/Clavulanato e Clindamicina com melhoria clínica e analítica. Em 8/2019 novamente com pneumonia com aumento do derrame pleural direito, submetido a toracocentese diagnóstica com líquido turvo, exsudado, com predomínio de neutrófilos, motivando drenagem torácica e ciclo de antibioterapia com meropenem e vancomicina. Por suspeita obstrução endobrônquica pelo conglomerado mediastínico realizou videobroncoscopia que revelou colapso dinâmico total do brônquio principal direito.

Discussão: O caso ilustra uma complicação não descrita do linfangioma mediastínico em que os antecedentes de tuberculose permitem especular a sua etiologia. Apesar do efeito compressivo brônquico o doente não foi candidato a ressecção cirúrgica pelo contiguidade aos vasos aorto-pulmonares. Integrou programa de reabilitação respiratória sem novos episódios de infecção respiratória.

Palavras-chave: Linfangioma mediastínico. Pneumonia. Derrame.

P101. INFEÇÕES FÚNGICAS: UM DESAFIO ATUAL

C.R. Cortesão, A. Fernandes, P.S. Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A infeção fúngica invasiva focal pulmonar por *Candida albicans* é uma patologia rara, que cursa principalmente com pneumonia ou abscesso pulmonar. Por contraste, o empiema pulmonar é uma entidade com elevada morbimortalidade mundial, cujos isolamentos mais frequentes são: *Streptococcus milleri*, *S. pneumoniae* e bactérias anaeróbias sendo que recentemente a prevalência de bactérias gram-negativas e anaeróbias tem vindo a aumentar.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino de 48 anos, fumador ativo, com antecedente de hábitos alcoólicos marcados, que apresentava múltiplas lesões nodulares pulmonares bilaterais cavitadas e volumoso derrame pleural direito com características de empiema, com isolamento de *Prevotella oris* e *Streptococcus anginosus* no líquido pleural. Foi tratado empiricamente com piperacilina/tazobactam e metronidazol. Posteriormente, no aspirado brônquico e lavado bronco-alveolar foi isolado *Candida albicans*, tendo sido assumido infeção invasiva focal pulmonar, com introdução de fluconazol. Após um mês de terapêutica, verificou-se radiologicamente redução do derrame pleural direito e das dimensões das cavitações pulmonares.

Discussão: O isolamento de *Candida* a partir de amostras respiratórias, geralmente indica colonização e raramente requer tratamento antifúngico. No caso apresentado, o diagnóstico de infeção fúngica pulmonar invasiva focal por *Candida albicans* é favorecido pelo seu

isolamento em amostras de lavado bronco-alveolar e pela resposta visivelmente favorável à terapêutica instituída. Os antecedentes de etilismo poderão estar relacionados com eventual imunossupressão, que favoreceu todo o quadro clínico.

Palavras-chave: *Candida albicans*. Cavitação pulmonar. Empiema. Alcoolismo.

P102. UM CONTEXTO RARO DE PNEUMOCISTOSE

M. Pereira, I. Barreto, A. Araújo, J. Carvalho, R. Macedo, R. Staats, P. Pinto, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, com 30 anos de idade. Quadro com cerca de 3 anos, caracterizado por aumento ponderal progressivo associado a dorsalgia e lombalgia tendo nesse contexto sido diagnosticadas várias fraturas vertebrais. Desde então, com desenvolvimento de outras comorbilidades como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial e hipercortisolismo ACTH dependente, tendo sido internado para estudo etiológico do mesmo. Durante o internamento iniciou quadro de agravamento progressivo de dispneia com insuficiência respiratória parcial grave e posteriormente insuficiência respiratória global com necessidade crescente de oxigenoterapia e ventilação não invasiva, assim como aumento dos parâmetros analíticos de infeção. Nesse contexto foi admitido na Pneumologia. Dos exames efetuados realça-se TC-Tórax que revelou padrão em vidro despolido difuso afetando todos os andares pulmonares e consolidação de maior expressão nas bases pulmonares. Realizou broncofibroscopia diagnóstica com isolamento de *Pneumocystis jirovecii* no exame cultural das secreções brônquicas. Admitiu-se Pneumocistose em doente imunodeprimido no contexto de hipercortisolismo ACTH dependente de produção endógena em estudo. Cumpriu 21 dias de cotrimoxazol, com melhoria clínica progressiva do ponto de vista respiratório. Para estudo etiológico de hipercortisolismo realizou octreoscan e cateterismo dos seios petrosos, não tendo nenhum dos exames identificado a lesão secretora de ACTH. Por esse motivo realizou adrenalectomia bilateral por laparotomia, sem intercorrências, tendo o exame anátomo-patológico de ambas as suprarrenais mostrado hiperplasia difusa bilateral do córtex. Iniciou terapêutica de reposição com hidrocortisona com resolução progressiva do quadro de hipercortisolismo. Apresentou melhoria franca das lesões cutâneas (estrias violáceas) bem como perda significativa do peso corporal e melhoria do perfil glicémico.

Discussão: Este caso realça a importância da suspeição clínica diagnóstica no contexto global do doente e mostra um caso de Pneumocistose em contexto raro de imunossupressão por produção endógena de cortisol.

Palavras-chave: Pneumocistose. Hipercortisolismo. Imunossupressão.

P103. SÍNDROME PULMÃO-RIM: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

M. Martins, A.R. Santos, A. Amorim, N. Melo, C. Souto-Moura, J.M. Pereira, A. Morais

Centro Hospitalar e Universitário de São João.

Introdução: A hemoptise é um sintoma frequentemente alarmente, caracterizado por expulsão de sangue pela cavidade oral, com origem na árvore traqueobrônquica. A etiologia mais frequente é a infeção das vias aéreas, no entanto, outras etiologias mais raras não devem ser excluídas durante a marcha diagnóstica.

Caso clínico: Homem, 83 anos, antecedentes de fibrilhação auricular hipocoagulada com varfarina e bronquiectasias de etiologia idiopática com múltiplos internamentos desde 2017 por hemoptises, interpretadas no contexto de INR supratrapêutico e intercorrência infe-

ciosa. Assumida mesma etiologia em internamento de maio de 2019 por hemoptises de moderado volume. TCAR tórax com bronquiectasias cilíndricas difusas e nódulos centrilobulares com padrão “tree-in-bud”, mas estudos culturais de secreções negativos. Broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar a demonstrar hemorragia alveolar moderada, sem isolamentos nos estudos microbiológicos culturais. Do restante estudo: hematuria e proteinúria no sedimento urinário; velocidade de sedimentação aumentada, consumo discreto de complemento, estudo auto-imune e serologias víricas negativos. Melhoria clínica após antibioterapia e corticoterapia. Internamento em agosto 2019 por infeção respiratória com insuficiência respiratória tipo 1 sem resposta adequada a levofloxacina prescrita na semana anterior. Iniciou antibioterapia de largo espectro e corticoterapia em altas doses. TCAR tórax mostrou densificações peri-broncovasculares difusas com opacidades em vidro despolido. Por persistência de hemoptises e recidiva de hematuria e proteinúria, efetuou biópsia pulmonar histológica transtorácica a evidenciar aspetos sugestivos de capilarite. Efetuado o diagnóstico de vasculite com envolvimento pulmonar e renal, com base em ANCA MPO positivos. Cumpriu terapêutica imunomoduladora com rituximab com melhoria clínica, radiológica e normalização de parâmetros do sedimento urinário.

Discussão: Apesar dos múltiplos factores a contribuir para a etiologia das hemoptises neste doente, a melhoria clínica no contexto de corticoterapia e a evidência de hemorragia alveolar são aspectos que apontam para suspeita de outra etiologia que não a infecciosa. Face a este paradigma, um estudo etiológico alargado é imperativo, permitindo o diagnóstico de uma patologia rara como a vasculite ANCA MPO positiva.

Palavras-chave: Hemoptises. Bronquiectasias. Hemorragia alveolar. Vasculite.

P104. CAVIDADE PULMONAR: NEM SEMPRE TUBERCULOSE ATIVA.

M. Martins, D. Araújo, I. Gomes

Centro Hospitalar e Universitário de São João.

Introdução: O diagnóstico de tuberculose (TB) pode ser feito no mesmo indivíduo, mais que uma vez no decurso da sua vida. Todavia, as alterações imagiológicas características desta doença poderão ocorrer noutras entidades clínicas que devem ser tidas em conta no diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Homem, 64 anos, DPOC grupo D, silicose pseudotumoral e TB pulmonar multissensível tratada durante 6 meses em 2017. Admitido por dispneia e tosse com expectoração hemoptóica. Febril, sons respiratórios globalmente diminuídos e insuficiência respiratória hipoxémica. Analiticamente, leucocitose e PCR aumentada. TC torácica demonstrou crescimento dimensional da cavidade anteriormente presente, ocupando a totalidade do LSD, com conteúdo líquido interno associado a nível hidro-aéreo, sugerindo sobre-infeção; restante parênquima sobreponível. Face a TAAN positivo para *M. tuberculosis*, apesar de exame cultural negativo de fevereiro 2020, ficou internado com isolamento de via aérea. Optou-se por não iniciar terapêutica anti-bacilar de imediato. Iniciou ceftriaxone, atendendo ao quadro de infeção respiratória, substituído por piperacilina-tazobactam ao 4º dia de internamento por aumento dos parâmetros inflamatórios. Exames micobacteriológicos directos negativos em secreções brônquicas, LBA e LB; TAAN de *M. tuberculosis* negativa em LBA e LB; exame citológico negativo para células malignas; isolamento de novo de *Pseudomonas aeruginosa* resistente a cefepime e piperacilina-tazobactam e *E. coli* resistente a ampicilina e amoxicilina-clavulanato nas secreções brônquicas e LBA; IgG específica para *Aspergillus fumigatus* de 175, com valor prévio 52. Dado incremento de 3 vezes o valor da IgG específica, assumiu-se o diagnóstico de aspergilose pulmonar. Cumpriu terapêutica de erradicação de *P. aeruginosa* e anti-fúngico com melhoria clínica, radiológica e perfil dos parâmetros inflamatórios.

Discussão: A evolução favorável e a ausência de isolamentos de *M. tuberculosis* apontam para que a TAAN positiva se enquadre no contexto de restos bacilares em doente com silicotuberculose, apesar de terapêutica anti-bacilar por período inferior ao recomendado. Assim, a TAAN positiva por si só, não invalida a necessidade de serem colocadas outras hipóteses de diagnóstico adequadas à clínica e alterações imagiológicas, mesmo quando sugestivas de reativação de TB.

Palavras-chave: Tuberculose. silicose. *Pseudomonas aeruginosa*. aspergilose.

P105. BALAS DE CANHÃO - DOIS CASOS CLÍNICOS

J. Canadas, S.G. Cruz, A. Alves, C. Pissarra, P. Rosa

Hospital de Vila Franca de Xira.

Introdução: O carcinoma renal (CR) de células claras é o subtipo mais comum dos CRs (75-80%), enquanto o carcinoma urotelial (CU) do trato urinário superior representa apenas 5-10% de todos os CUs. A disseminação hematogénea do CR pode atingir o pulmão, sob a forma de nódulo único ou múltiplos ou, mais raramente, de massas. **Casos clínicos:** O primeiro caso refere-se a um doente de 52 anos, sexo masculino, previamente autónomo, com hábitos tabágicos e história pessoal de CR de células claras, submetido a uma nefrectomia direita, e volumosas lesões pulmonares em estudo em ambulatório, com duas broncofibroscopias (BFC) e duas punções transtorácicas, não diagnósticas. Foi admitido por um quadro de toracalgia, do tipo pleurítica, dispneia, e disфонia, com um mês de evolução. Na radiografia de tórax pósterio-anterior (PA) identificou-se três opacidades homogéneas ovóides, que se projetavam no um terço superior e inferior esquerdos e no andar médio à direita, descritas em Angio-TC de tórax como tendo 7 cm nos lobos superior e inferior esquerdos, e 6,2 cm no lobo inferior direito. Realizou nova BFC com sinais de parésia de corda vocal esquerda. A citologia do escovado e secreções brônquicas foi positiva para células neoplásicas de possível origem renal. A massa do lobo superior esquerdo comportou-se como um provável tumor de Pancoast. O segundo caso refere-se a um doente de 74 anos, sexo masculino, ex-fumador, com história pessoal de CU de alto grau, há oito anos, com status pós-resseções transuretrais, admitido por quadro de hematuria macroscópica, com um dia de evolução. Na radiografia de tórax PA identificou-se uma volumosa opacidade homogénea, com ângulos obtusos com a parede torácica e que se projeta na metade superior do campo pulmonar direito, descrita em Angio-TC de tórax como uma volumosa massa com 12 cm, heterogénea, com invasão de vários arcos costais, partes moles e mediastino. Realizou BFC e a citologia da biópsia brônquica revelou-se consistente com metástase de CU. Apesar da investigação e medidas de suporte, os doentes apresentaram declínio e agravamento progressivo ao longo do internamento, acabando ambos por falecer. **Discussão:** Estes dois casos-clínicos apresentam-nos uma manifestação pulmonar menos frequente, com massas pulmonares gigantes, ambas resultantes de uma neoplasia primária do sistema genitourinário.

Palavras-chave: Massa pulmonar. Carcinoma renal. Carcinoma urotelial.

P106. A SOMA DA IMUNOTERAPIA - CASO CLÍNICO

M.T. Barbosa, K. Lopes, H. Marques, M.J. Simões, E. Camacho

Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

Introdução: Actualmente tem-se assistido a um aumento na sobrevida no cancro do pulmão com o incremento de novas terapêuticas cada vez mais personalizadas como a imunoterapia.

Caso clínico: Homem de 70 anos, reformado, com antecedentes pessoais: ex-fumador (60 UMA), HTA, Dislipidemia e Colite incarcada. Diagnóstico de Adenocarcinoma do Pulmão (T2N1M0) em

Agosto/2004, submetido a Quimioterapia neoadjuvante seguindo-se Lobectomia superior esquerda, com resultado anatomopatológico de Adenocarcinoma moderadamente diferenciado (pT2pN1pG2). Em 2009 subida de marcadores tumorais e PET-CT com hipermetabolismo em adenopatia pré-aórtica. Submetido a re-toracotomia direita com ressecção de conglomerado ganglionar. Fez QT e RT (50 Gy) com boa resposta. Em 2012 PET-CT revelou nova lesão nodular parahilar esquerda no LIE (SUV = 5,8) e hipermetabolismo em sede ganglionar no hilo esquerdo (SUV = 2,7). Reoperação ou ablação por radiofrequência foram consideradas de alto risco por proximidade a vaso de grande calibre. Iniciou Pemetrexed/Carboplatina (6 ciclos) seguindo-se manutenção com Pemetrexed (3 ciclos) até neutropenia grau 3. Em 2013 PET-TC revelou diminuição da intensidade de captação do nódulo LIE (SUV = 3,3). Seguiu-se Gencitabina/Cisplatina com resposta parcial. Em 2015 realiza análise molecular de peça cirúrgica: EGFR positivo. Inicia Erlotinib, interrompido após dois meses por reacção cutânea grau 3. Por agravamento imagiológico fez-se switch para Vinorelbina/Carboplatina. Em 2016 TC-torax revelou evolutividade de nódulos parenquimatosos. Por bom estado geral e má resposta a várias linhas de QT iniciou Nivolumab em Julho/2016, apresentando desde então estabilidade da doença. Por agravamento de rectorragias repetiu colonoscopia com biópsia compatível com Colite Ulcerosa. Por fraca resposta a terapêutica de primeira linha iniciou Vedolizumab em Junho/2018, cumprindo actualmente ciclos alternados com Nivolumab.

Discussão: Este caso clínico espelha a evolução no tratamento da neoplasia do pulmão nos últimos anos com novas terapêuticas mais personalizadas. Neste momento o doente encontra-se a realizar dois tipos de imunoterapia para doenças distintas, será este o futuro?

Palavras-chave: Neoplasia do pulmão. Imunoterapia. Nivolumab.

P107. MASSA PULMONAR HETEROGÉNEA - CASO CLÍNICO

M.T. Barbosa, K. Lopes, H. Marques, M.J. Simões, E. Camacho

Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

Introdução: Nódulos e massas pulmonares, cujas características morfológicas muitas vezes se sobrepõem entre processos benignos e malignos, passaram a ser cada vez mais identificados e configuram um desafio diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 68 anos, costureira, reformada, não fumadora. Antecedentes pessoais de Neurocirurgia a estenose canal D7-D8 em 1996 com remoção de corpo vertebral e implantação de cilindro metálico com necessidade de drenagem torácica pós-cirúrgica. Medicação habitual com Cloxazolam, Pravastatina e Pantoprazol. Enviada a consulta de Pneumologia para estudo de infeções respiratórias de repetição e episódio único de hemoptises ligeiro, sem anorexia e astenia associados. Dos exames complementares de diagnóstico destaque para TC-Torax (27/03/2019) que revelou lesão a nível do Lobo Superior Direito (LSD) em íntimo contacto com a pleura com múltiplos focos de calcificação de 60 x 50 mm sem significativa captação de contraste, adjacente à lesão observavam-se bronquiectasias de tração e incipientes traços fibróticos dispersos com maior expressão a nível dos lobos inferiores, pequenas bolhas de enfisema centrilobulares sobretudo no LSD sem derrame pleural, mediastino sem alterações. Avaliação analítica e gasimetria sem alterações. Broncofibroscopia (23/05/2019): visualização direta normal, citologia de secreções brônquicas negativa para células neoplásicas, BAAR neg. Prova de Função Respiratória (12/06/2019): FVC 1,99L (86%); FEV1 1,84L (99%); DLCO 81%. PET-CT (04/06/2019): massa pulmonar heterogénea no LSD de 56x50mm com contacto pleural/invasão pleural costal posterior com hipercaptação periférica com SUVmax = 7,6 e área central hipocaptante, provável necrose ou área quística. A doente foi eletivamente intervencionada: Segmentectomia do LSD. Anatomia-patológica de peça operatória com 9,5 x 8 x 5 cm continha nódulo bem circunscrito, fibrótico e necro-hemorrágico, com 4,5 cm de maior eixo, com uma compressa

cirúrgica no seu interior. Microscopicamente de destacar granuloma de corpo estranho antigo, com fibrose e áreas de ossificação, em relação com fibras têxteis.

Discussão: Com este caso clínico, alertamos para a ocorrência rara de corpos estranhos retidos após intervenções cirúrgicas. Estes erros têm potencial para causar danos ao doente e consequências para profissionais e sistemas de saúde.

Palavras-chave: Massa pulmonar. Corpo estranho. Granuloma.

P108. GRANULOMATOSE COM POLIANGÉITE COM ENVOLVIMENTO PULMONAR

M. Costa, P. Carvalho

CHUC.

Introdução: A granulomatose com poliangéite (GPA) é caracterizada por lesões inflamatórias granulomatosas necrotizantes do trato respiratório superior e/ou inferior, frequentemente associadas a glomerulonefrite. As lesões granulomatosas do ouvido e trato respiratório superior são as manifestações mais frequentes; o envolvimento pulmonar está presente em cerca de dois terços dos doentes.

Caso clínico: Mulher, 55 anos, ex-fumadora, com antecedentes de acalásia com esofagectomia distal complicada com abscesso pulmonar com necessidade de descorticação e diagnóstico de GPA há cerca de dois anos, com atingimento cutâneo, ocular e do trato respiratório superior. Estudo de auto-imunidade positivo para cANCA e anti-PR3. Instituída terapêutica inicial com prednisolona 1 mg/kg/dia e metotrexato 25 mg/semana com resposta inicial. Internamentos repetidos por intercorrências infecciosas respiratórias, tendo realizado TC tórax de alta resolução com identificação de enfisema pulmonar bilateral, espessamento septal e formações nodulares dispersas compatível com atingimento pulmonar de novo, não presente à data do diagnóstico. Provas de função respiratória com síndrome obstrutiva grave, prova de broncodilatação negativa e diminuição da difusão de CO (FEV1/FEV: 49,51, DLCO 30%). Clinicamente com insuficiência respiratória com necessidade de oxigenioterapia. Iniciou tratamento de indução com rituximab em combinação com corticoterapia com remissão da doença e consequente melhoria clínica.

Discussão: A taxa de recidiva da GPA é elevada (cerca de 50 a 60% dos doentes aos 5 anos); a recidiva não apresenta necessariamente as mesmas manifestações do quadro inicial, podendo haver envolvimento de outros órgãos. O envolvimento pulmonar da GPA pode ser assintomático, de início insidioso ou severo e fulminante. Os sintomas mais comuns são tosse e hemoptise, seguidos de dispnéia. Os achados radiológicos mais frequentes são infiltrados pulmonares (67%) e nódulos (58%), geralmente múltiplos, bilaterais e cavitação em cerca de 50% dos casos. O tratamento com uma combinação de corticóides e imunossupressor é necessária em todos os doentes com GPA. No caso de doentes inicialmente tratados com metotrexato, refratários a esta terapêutica, a indução de remissão com ciclofosfamida ou rituximab é a primeira linha de tratamento.

Palavras-chave: Granulomatose. Poliangéite. Vasculite. Pulmão.

P109. A ESPIROMETRIA NA OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS CENTRAIS

L. Raposo, A. Oliveira, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa.

Introdução: A broncofibroscopia (Bf) é considerada o gold standard para a deteção de obstrução das vias aéreas centrais (OVAC). Este procedimento fornece informações sobre a etiologia e a localização da obstrução, mas a espirometria é útil para identificar a repercussão funcional quer pela inspeção da morfologia da curva, quer pela utilização de critérios quantitativos. Seguindo as guidelines da ATS/ERS

sobre a espirometria, o parâmetro FEF50/FIF50 ≥ 1 , é o mais apontado para a identificação quer da OVAC, quer da localização da lesão. **Objetivos:** Identificar se a espirometria é um método sensível e específico para identificação da OVAC usando critérios qualitativos e quantitativos; investigar se a morfologia da curva é facilmente detetada pelos profissionais que realizam espirometria; determinar se ambos os critérios: quantitativo e qualitativo se correlacionam com a localização da lesão.

Métodos: Oitenta e dois doentes foram submetidos a Bf para identificar a presença de OVAC e a sua localização. A espirometria foi efetuada no espaço de uma semana antes ou após a realização de Bf. As curvas foram apresentadas a quatro peritos com experiência na realização e interpretação de espirometrias (> 10 anos) para identificar a presença ou ausência de OVAC pela morfologia da curva (critérios qualitativos), sem conhecer os resultados de Bf. As respostas foram verificadas, comparadas com os resultados da Bf e com o critério quantitativo: FEF50 /FIF50 ≥ 1 .

Resultados: A sensibilidade para os critérios quantitativos e qualitativos foi de 88,8% e 78,5%, respetivamente e a especificidade de 88,9% e 30,6% respetivamente. A sensibilidade e especificidade para ambos os critérios foi de 86,1% e 95,7% respetivamente. As correlações entre os revisores quanto aos aspetos morfológicos da curva foram na mesma direção ($p < 0,005$). O FEF50 /FIF50 ≥ 1 mostrou uma correlação positiva com todos os locais de lesão ($p < 0,05$), exceto no terço médio da traqueia.

Conclusões: Os critérios quantitativos e qualitativos da espirometria mostraram boa sensibilidade e especificidade na deteção de OVAC, tendo sido correlacionados com as localizações das lesões. Os técnicos que realizam e interpretam as espirometrias mostraram estar atentos aos aspetos morfológicos da curva, conduzindo à identificação precoce dessa importante condição.

Palavras-chave: Broncofibroscopia. Vias aéreas centrais. Espirometria.

P110. ABDÓMEN AGUDO SECUNDÁRIO A NEOPLASIA DO PULMÃO

A.R. Magalhães, M. Pinto, I. Moreira, T. Sá, A.S. Santos, A. Borba, J. Cardoso

CHULC-Santa Marta.

Introdução: De acordo com a OMS, o carcinoma pleomórfico inclui-se no grupo “carcinoma com elementos pleomórficos, sarcomatóides ou sarcomatosos”. Estes tumores são raros (0,1% a 0,4% das neoplasias pulmonares) e habitualmente agressivos.

Caso clínico: Homem, 64 anos, fumador (90 UMA), antecedentes de DPOC e doença de still do adulto. Recorre à Urgência por quadro de nictúria e astenia de agravamento nos últimos meses. À palpação abdominal tinha dor difusa, sem reação peritoneal, e uma massa irregular com 20 cm de maior eixo nos quadrantes esquerdos. Avaliação analítica: anemia microcítica hipocrômica (Hb 8 g/dL), linfocitose 46.600, neutrofilia 89% e PCR 168,9 mg/L. Urina II sem sinais de infeção. Radiografia tórax: hipotransparência no campo pulmonar direito que a TC mostrou corresponder a uma massa de 10 cm com invasão mediastínica, adenopatias mediastínicas e grande conglomerado adenopático abdominal. Foi internado no Serviço de Pneumologia. A broncofibroscopia revelou invasão tumoral do brônquio lobar superior direito tendo sido realizadas biópsias. Durante o internamento houve agravamento da dor abdominal e da anemia ferropénica com necessidade de suporte transfusional. Realizou endoscopia digestiva alta com múltiplas lesões tipo vulcão com hemorragia ativa. Dois dias depois desenvolve quadro de abdómen agudo com pneumoperitoneu. Foi submetido a laparotomia de urgência que revelou múltiplos tumores ao longo do jejuno-íleon, três deles perfurados. Foi realizada enterectomia segmentar e iniciou antibioterapia para peritonite fecal. Nesta altura obtivemos o resultado da anatomia patológica das biópsias brônquicas: carcinoma pleomórfico do pulmão. A análise da peça operatória foi compatível com metástases. No

período pós-operatório o seu estado clínico deteriorou-se acabando por falecer, cerca de 1 mês após a admissão.

Discussão: O carcinoma pleomórfico do pulmão pode atingir grandes dimensões e invadir as estruturas locais do mediastino ou a parede torácica. A metastização por disseminação linfática é menos frequente sendo preferencialmente hematogénica. Atendendo à fraca resposta a quimio ou radioterapia o tratamento cirúrgico é preferencial sendo por isso fundamental o diagnóstico precoce. Este caso clínico, com uma apresentação rara e em estadió avançado, ilustra a agressividade deste tipo de tumores.

Palavras-chave: Carcinoma pleomórfico. Neoplasia pulmão.

P111. SARCOIDOSE: QUANDO SUSPEITAR?

J.M. Pacheco, M.I. Matias, A. Franco, S. Freitas, I. Ferreira

CHUC.

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de etiologia desconhecida, apresentação clínica muito variável, embora com um forte tropismo pelo aparelho respiratório. O diagnóstico baseia-se na existência de um quadro clínico compatível aliado à identificação histológica de granulomas não necrotizantes, sendo necessário excluir outras doenças granulomatosas.

Caso clínico: Homem de 40 anos, agente de execução, ex-fumador (60 UMA), recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia, tosse seca e astenia com 2 meses de evolução, sem alterações ao exame objetivo. Na radiografia de tórax, observaram-se várias densificações parenquimatosas e a TC torácica confirmou a presença de áreas de consolidação parenquimatosa com broncograma aéreo, localizadas nos segmentos posteriores dos lobos superiores, lobo médio e lobos inferiores, associadas a micronodulação com zonas de confluência, objetivando ainda reduzido derrame pleural bilateral, múltiplas adenopatias mediastínicas e esplenomegalia. Analiticamente, de salientar apenas uma SACE de 105 U/L. Realizou zaragatoa para pesquisa de SARS-CoV-2 que foi negativa. As provas funcionais respiratórias demonstraram uma síndrome obstrutiva ligeira com BD positiva e DLCO normal. Dada a imagiologia atípica e ausência de melhoria sob antibioterapia, fez videobroncoscopia com LBA que revelou uma alveolite linfocítica (38%) com uma relação CD4/CD8 de 6,9, citologia inespecífica e pesquisa de micobactérias negativa. Fez biópsia transtorácica cuja histologia mostrou múltiplos granulomas epitelióides com área focal necrosada. Neste contexto, realizou PET que revelou áreas de captação hipermetabólicas pulmonares, ganglionares e cutâneas. A biópsia excisional de gânglio supraclavicular direito permitiu o diagnóstico de linfadenite granulomatosa epitelióide sem necrose, compatível com sarcoidose.

Discussão: Dada a variabilidade clínica da sarcoidose, esta patologia obriga com frequência a um processo diagnóstico exaustivo, sendo que a suspeita diagnóstica se torna um elemento fulcral nesta abordagem. Apesar do LBA poder indiciar o diagnóstico com elevado nível de especificidade, a histologia é mandatória, num contexto clínico apropriado, e a PET é um excelente recurso na identificação de envolvimento extrapulmonar oculto e orientação para biópsia.

Palavras-chave: Sarcoidose. Granulomas. Densificações pulmonares.

P112. MEPOLIZUMAB NO TRATAMENTO DA ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA: UM ESTUDO DA VIDA REAL

D. Reis, IS. Pereira, M. Silva, D. Machado, I. Franco, I. Ladeira, I. Pascoal, R. Lima

CHVNG/E.

Introdução: Mepolizumab é um anticorpo monoclonal anti-IL5 utilizado no tratamento da asma grave eosinofílica com eficácia comprovada na redução de exacerbações e da dose de corticoterapia oral.

Objetivos: Analisar pacientes com asma eosinofílica grave tratados com mepolizumab.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional realizado num hospital central, que incluiu pacientes com asma grave eosinofílica que cumpriram pelo menos 6 meses de tratamento com mepolizumab. Dados demográficos, funcionais, clínicos e analíticos foram analisados.

Resultados: Dos 21 pacientes tratados com mepolizumab, 18 tinham completado pelo menos 6 meses de tratamento. A mediana da idade dos pacientes foi de 60 anos (idade mínima: 21 anos; idade máxima: 81 anos). A maioria dos pacientes era do sexo feminino (n = 14, 77,8%). Antes do início do tratamento com mepolizumab, o número médio de exacerbações era 3 (\pm 1,7); o FEV1 médio foi de 74,4% (\pm 27,5); a média de eosinófilos no sangue periférico era 703,5 (\pm 598,5); e o ACT médio era 10,8 (\pm 2,2). Após 6 meses de tratamento, o número médio de exacerbações era 0,4 (\pm 0,7) ($p < 0,001$); o FEV1 médio era 86,2% (\pm 13,58) ($p < 0,001$); a média de eosinófilos no sangue periférico era 98,6 (\pm 45,4) ($p < 0,001$); e o ACT médio era 21,7 (\pm 1,8) ($p < 0,001$). Também se verificou uma redução da dose média de corticosteroide oral de manutenção de 10,2 mg (\pm 3,4) para 4,1 mg (\pm 2,6) ($p = 0,003$). A maioria dos pacientes apresentava pelo menos uma comorbilidade (n = 12, 66,7%). As comorbilidades mais frequentes foram: obesidade (n = 8, 44,4%), rinossinusite crônica (n = 8, 44,4%), bronquiectasias (n = 6, 33,3%) e ansiedade / depressão (n = 6; 33,3%).

Conclusões: O nosso estudo reforça a eficácia do mepolizumab no tratamento da asma grave eosinofílica, apesar do pequeno tamanho da amostra. Para além disso, é de realçar a prevalência elevada de comorbilidades nestes doentes.

Palavras-chave: Asma grave eosinofílica. Mepolizumab.

P113. OUTCOMES OF AIRWAY STENTS IN THE PALLIATIVE CARE OF CANCER PATIENTS

M.J. Pereira, S. Saleiro, V.S. Araújo

CHUC.

Introduction: A significant proportion of patients with advanced primary or metastatic intrathoracic malignancy will eventually develop central airway obstruction. The morbidity associated with malignant airway obstruction (MAO) is considerable and the management is difficult. Our aim was to evaluate the outcomes of tracheobronchial stenting in terminal cancer patients with MAO and its role in palliative care.

Methods: This retrospective study involved a consecutive case series of advanced cancer patients with MAO who underwent tracheobronchial stenting between August 2014 and August 2019. The European Cooperative Oncology Group (ECOG) scale was used to evaluate patient functional status before and after tracheobronchial stenting. Univariate survival analysis included Kaplan-Meier curves with Log-Rank test, while Cox regression was used as a multivariate analysis.

Results: We included 28 patients with median age of 55.0 years old (interquartile range 49.3-66.5) and 89.3% male. The most frequent primary tumour was the esophagus followed by lungs. The majority of the patients (75%) expressed immediate symptom relief after stenting and there was a significant improvement in the mean ECOG performance status (PS) ($p = 0.005$). There was no intra-procedure mortality and complications were observed in six patients. The median survival after airway stenting was 39.0 days [95%CI 32.2-45.8]. Poorer PS after stent insertion was an independent factor associated with lower overall survival [HR = 2.3 (95%CI 1.1-4.9), $p = 0.030$]. Obstructive pneumonia was the main complication observed in this subgroup of patients with poorer PS. Furthermore, patient age, type of cancer, extrathoracic metastasis, grade/type of MAO, stent type/location, and related-stent complications were not predictive factors for overall survival since airway stent placement.

Conclusions: Airway stent is a safe and effective procedure that offers rapid palliation of symptoms with no major complications. Therefore, stent placement should be considered as part of the treatment of terminal cancer patients.

Palavras-chave: Airway stents. Tracheal stenosis. Airway obstruction. Palliative care.

P114. DRUG-INDUCED SARCOIDOSIS-LIKE REACTION IN A PATIENT WITH METASTATIC LUNG ADENOCARCINOMA

M.J. Pereira, B. Ramos, A. Pego

CHUC.

Introduction: Anti programmed cell death 1 (PD-1) and anti PD-Ligand 1 antibodies have showed activity in non-small cell lung cancer (NSCLC) patients with significant benefit in overall survival. Pembrolizumab blocks PD-1 receptor, thus preventing the inhibition of T cell activation. Here we report a clinical case of sarcoid-like reaction associated with PD-1 therapy.

Case report: A 56-year-old woman with a performance status of 0, ex-smoker (30 pack-years), was diagnosed with advanced lung adenocarcinoma (stage IVA) in December 2018. There were no actionable-driver mutations and tumour cells expressed 40% of PD-L1. The patient had no past pathological history and no regular medication. She started platinum-based chemotherapy followed by pemetrexed in a maintenance regimen with partial tumour response, according to RECIST criteria. Due to drug induced peripheral edema and mielotoxicity, initiated pembrolizumab in July 2019. Thoracic CT scan performed after 3 cycles of immunotherapy revealed no signs of progression. In January 2020, the patient presented with skin lesions and a biopsy was performed revealing noncaseating epithelioid granulomas surrounded by lymphocytes. The diagnosis of sarcoidosis induced by pembrolizumab was suggested. No respiratory symptoms, hypercalcemia or hypercalciuria were present. There was no evidence of cardiac or neuro-ophthalmic sarcoidosis. The patient received topic corticosteroids. Skin lesions resolved within 2 weeks. Surveillance CT scan performed in March 2020, showed significant tumour increase. PET/CT revealed FDG-avid disease in the left superior lobe, hypermetabolic mediastinal adenopathy and lung metastasis. No other organs showed altered metabolic activity. These findings were interpreted as tumour progression and the patient started docetaxel and nintedanib. Currently, she remains clinically stable, with periodic imaging surveillance.

Discussion: In this clinical case, sarcoid-like reaction (SLR) presented as a benign disease. The cutaneous sarcoid manifestations can be treated with topical steroids, thereby preventing an immune therapy discontinuation. Differentiation between SLR and progression of disease constitutes a clinical and imagiological challenge. Therefore, in some cases, the final diagnosis is only possible with biopsy.

Keywords: Adenocarcinoma. Immunotherapy. Sarcoidosis.

P115. PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE DIAGNOSTICADA EM CONTEXTO DE CORREÇÃO CIRÚRGICA A PECTUS EXCAVATUM

S.M. Cabral, B. Ramos, D. Madama

CHUC.

Introdução: O Pectus Excavatum é uma deformidade congénita da parede torácica bastante frequente. Habitualmente os doentes estão assintomáticos, embora nos casos graves a capacidade pulmonar possa estar afetada, ocorrendo queixas de cansaço, dispneia e toracalgia. Ainda que a Pneumonite de Hipersensibilidade resulte da inalação de antigénios para os quais o indivíduo se encontra sensibilizado, as queixas respiratórias podem encontrar alguma sobreposição com as de Pectus Excavatum.

Caso clínico: Doente de 23 anos, género feminino, pré-operatório de correção a Pectus Excavatum, tendo realizado TC Tórax que mostrou formações nodulares de contornos regulares, não calcificadas, algumas subpleurais e outras em localização central, a maior com 11,4 mm no lobo superior do pulmão direito. Neste âmbito foi avaliada pela Pneumologia. Não fumadora, referiu ter pássaros em casa (caturras e agapornis) há 1 ano. Queixas de tosse seca e cansaço para grandes esforços, que indicou ser o padrão habitual, embora com agravamento nos últimos meses. Negou toracalgia, pieira, febre ou perda ponderal. Ao exame objetivo, eupneica e sem alterações à auscultação cardiopulmonar. Do estudo complementar, provas funcionais respiratórias com restrição moderada, DLCO diminuída (51,3%) e precipitinas aviárias negativas. Realizou BFO com LBA que revelou 39% de linfócitos e CD4/CD8 de 2. Biópsias iterativas e pulmonares transbrônquicas indeterminadas. Assim, foi acordado com a Cirurgia Torácica realizar biópsia pulmonar no tempo operatório da correção cirúrgica. O resultado anatomopatológico mostrou Pneumonite de Hipersensibilidade, pelo que foi apresentada em reunião de Interstício Pulmonar, tendo iniciado corticoterapia 1 mg/Kg/dia. Em consulta de reavaliação às 4 semanas, referiu cumprir evicção total de exposição a aves e indicou uma melhoria evidente das queixas de tosse seca e do cansaço.

Discussão: Este caso clínico revela como condições prévias, neste caso o Pectus Excavatum, podem ser fator confusional para estabelecimento de outros diagnósticos, particularmente quando os doentes apresentam uma clínica fruste ou a relacionam com patologia prévia conhecida. A inter-relação entre especialidades e a reunião multidisciplinar foram imprescindíveis para que, de forma célere, se chegasse ao diagnóstico e à melhor decisão de tratamento.

Palavras-chave: *Pectus Excavatum. Pneumonite hipersensibilidade.*

P116. DERRAME PLEURAL ASSOCIADO A ESTATINA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

S.M. Cabral, A. Fernandes, D. Madama, J. Cemlyn-Jones

CHUC.

Introdução: O derrame pleural pode ter etiologias diversas, sendo as principais a insuficiência cardíaca congestiva, a pneumonia, as neoplasias e a embolia pulmonar. Após exclusão destas causas, outras devem ser consideradas, nomeadamente a toma de fármacos. O derrame pleural eosinofílico está descrito em associação com iatrogenia medicamentosa, sendo o grupo das estatinas um potencial responsável.

Caso clínico: Doente de 79 anos, género masculino, com derrame pleural esquerdo refratário a intensificação da terapêutica diurética, manutenção de dispneia para esforços e agravamento radiológico. Antecedentes de implantação percutânea de prótese valvular aórtica, HTA, dislipidemia, ex-fumador (CT 55 UMA) e DPOC GOLD 2 grupo B. Medicado com ramipril, carvedilol, espirolactona, furosemida, atorvastatina e salmeterol/propionato de fluticasona. Estudo analítico com eosinofilia periférica, parâmetros inflamatórios e cardíacos negativos. Toracocentese diagnóstica/evacuadora, com drenagem de 700 cc de líquido pleural amarelo com critérios de exsudato, exame cultural e citológico negativos. Estudo fenotípico com 17% eosinófilos, 7% neutrófilos, 28% monócitos e 46% linfócitos. Angio-TC Tórax sem sinais de TEP. Do estudo complementar, TC tóraco-abdomino-pélvica com recidiva de derrame pleural livre de moderado volume à esquerda, parênquima pulmonar sem lesões ou áreas de consolidação. Abdómen e pélvis sem alterações. Para melhor esclarecimento realizou toracosopia médica, com drenagem de 1.000 cc de líquido pleural seroso com características de exsudato, citologia e microbiologia negativas e estudo fenotípico mantendo eosinofilia. Biópsias pleurais revelaram pleurite crónica. Tratando-se de derrame pleural eosinofílico recidivante, entendeu-se que a iatrogenia medicamentosa pudesse ser uma potencial cau-

sa, neste caso a estatina, que foi suspensa e substituída pelo eze-timibe. Atualmente, e após 1 ano de seguimento, sem nova recidiva.

Discussão: O estudo etiológico do derrame pleural deve abordar a patologia que a ele se encontra mais associada, a cardíaca e infecciosa, bem como excluir etiologia maligna e embolia pulmonar. No entanto, como mostra este caso clínico, deve ser considerada como potencial causa a iatrogenia medicamentosa, particularmente no doente com derrame pleural recidivante eosinofílico.

Palavras-chave: *Derrame pleural. Iatrogenia medicamentosa.*

P117. DEGENESCÊNCIA CEREBELOSA PARANEOPLÁSICA - UM SÍNDROME RARO

M. Conde, C. Parra, A. Vale, D. Apolinário, A. Fernandes

CHTMAD, Hospital de Vila Real.

Introdução: As manifestações neurológicas em doentes oncológicos são normalmente resultado de invasão tumoral direta. Outras causas comuns incluem neurotoxicidade pelo tratamento, infeções, doenças vasculares ou metabólicas. Em menos de 1% dos casos verifica-se uma resposta autoimune que tem como alvo os tecidos neuronais.

Caso clínico: Doente de 70 anos, sexo masculino, autónomo. Ex-fumador (80 UMA), antecedentes de DPOC GOLD 3B, IC, HTA e AVC. Seguido em consulta de Pneumologia Oncológica por Carcinoma Epidermóide do pulmão estadio IIIC (cTNM T3-4 N3 M0) ao diagnóstico, PDL1 negativo. Decidido tratamento com Carboplatino e Vinorelbina em 1ª linha. Após o 2º ciclo recorre ao SU por desequilíbrio, parestia dos membros inferiores, incontinência urinária e astenia. O TC CE revelou: “sequelas de enfartes microvasculares; leucoencefalopatia microvascular crónica grave”. Ao E.O. com discreta descoordenação nas provas dedo-nariz e calcanhar joelho e ataxia axial. A TC cervical diagnosticou Mielopatia espondilótica cervical (MEC). Evolução para tetraparésia, ataxia axial e apendicular e compromisso sensitivo de evolução aguda/ subaguda. Assumida causalidade a Carboplatino e défice atribuídos também a MEC. Proposta realização de RMN cerebral/cervical e pesquisa de anticorpos antineuronais. A RMN confirmou MEC e revelou “múltiplos focos de hipersinal na substância branca protuberancial nos núcleos cinzentos da base e na substância branca periventricular e subcortical, bilateralmente”. Os anticorpos antineuronais com marcação na imunofluorescência foram positivos. Assim, o doente foi diagnosticado com Degenerescência Cerebelosa Paraneoplásica, iniciando Metilprednisolona seguida de imunoglobulinas, com melhoria importante da tetraparésia, mantendo alguma ataxia. Quanto ao tratamento da neoplasia foi decidido em 2ª linha Paclitaxel semanal, com progressão aos 2 ciclos, seguido de Vinorelbina oral, com progressão aos 2 ciclos, iniciando Gencitabina em 4ª linha, da qual tolerou apenas 1 ciclo, acabando por falecer.

Discussão: Este caso é relevante porque representa um síndrome paraneoplásica raro, com importantes implicações terapêuticas, principalmente quando ocorre progressão. A sua deteção e diagnóstico precoces são cruciais, com implicações prognósticas positivas se o tratamento for imediato após o início dos sintomas.

Palavras-chave: *Degenerescência cerebelosa paraneoplásica. Cancro do pulmão.*

P118. DE UMA INFEÇÃO RESPIRATÓRIA À MANIFESTAÇÃO DE UM DEFEITO CONGÉNITO

A.I. Santos, M.J. Pereira, Y. Martins, M.B. Paiva

CHUC.

Introdução: A Malformação Congénita Pulmonar e das Vias Aéreas (CPAM) é uma anomalia rara do desenvolvimento do trato respiratório da qual resulta a formação de quistos congénitos. Pode mani-

festar-se por dificuldade respiratória no período neonatal, ou permanecer assintomática até mais tarde na vida. Atualmente a realização de ecografias de rotina pré-natais permite a identificação mais precoce. Existem 5 tipos de CPAM que se distinguem pela localização anatômica e tamanho dos quistos. O tipo I é o mais frequente, correspondendo a 60-70% dos casos.

Caso clínico: Mulher, 39 anos, não fumadora, com antecedentes patológicos de fibromialgia, rim único direito, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, apresentava quadro de tosse produtiva de expectoração mucosa e cansaço com 6 meses de evolução. Recorreu ao Serviço de Urgência após realização de TC torácica em ambulatório que evidenciou obstrução do brônquio lobar inferior esquerdo (BLIE) e atelectasia do lobo inferior esquerdo (LIE). Sem alterações de relevo ao exame objetivo. Realizou broncofibroscopia onde foi visível uma formação de aspeto esbranquiçado à entrada do BLIE. No lavado bronco-alveolar foi isolado *Staphylococcus aureus*, com ausência de células neoplásicas. A broncofibroscopia rígida confirmou as alterações anteriormente descritas, sem permitir um diagnóstico. A PET-18FDG mostrou captação homogênea no local de obstrução do LIE, sugerindo alterações inflamatórias, e imagem nodular de limites mal definidos com captação aumentada de 18FDG, suspeita de neoplasia. A biópsia transtorácica guiada por TAC não foi realizada devido ao risco de complicações pela localização e vascularização, optando-se por lobectomia inferior esquerda com biópsia extemporânea. A anatomia patológica identificou a CPAM tipo I. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e a doente manteve vigilância em consulta de Pneumologia, sem novas queixas.

Discussão: Os autores apresentam este caso pela raridade da entidade clínica descrita, que neste caso se manifestou na vida adulta como foco de infeção, apesar de ser cada vez mais diagnosticada na vida intrauterina ou cedo na infância. Em geral existe o envolvimento de um único lobo e os alvéolos adjacentes são poupados. A lobectomia é a terapêutica definitiva, pois trata-se de uma lesão com potencial maligno.

Palavras-chave: CPAM. Biópsia. Lobectomia.

P119. BRONQUIECTASIAS - A MESMA PATOLOGIA, DIFERENTES APRESENTAÇÕES

A.I. Santos, J. Cemlyn-Jones

CHUC.

Introdução: As bronquiectasias consistem na distorção e dilatação anormal permanente e irreversível dos brônquios. São várias as etiologias que predispoem à ocorrência de bronquiectasias incluindo-se infeções necrotizantes, obstrução das vias aéreas, anormalidades congénitas e defeitos hereditários. No caso de não se encontrar uma causa concreta considera-se o diagnóstico de bronquiectasias idiopáticas. Tipicamente os doentes apresentam tosse, expectoração e infeções respiratórias recorrentes. O diagnóstico baseia-se na suspeita clínica e é confirmado pela TC Torácica que mostra brônquios de parede dilatada e mais tipicamente o sinal do anel de sinete, para além dos sinais indiretos de brônquios de parede espessada e impactação mucóide. As exacerbações são motivos de ida ao Serviço de Urgência e hospitalizações frequentes, sendo uma causa major de morbilidade. **Caso clínico:** Homem, 71 anos, nunca fumador, seguido em consulta de bronquiectasias por múltiplas bronquiectasias quísticas com parede espessada e colonizado por *Pseudomonas aeruginosa* provavelmente secundárias a infeção necrotizante na infância. Apresenta broncorreia persistente diária, com expectoração abundante e purulenta permanente, assim como astenia e dispneia de esforço. Sob colistina inalada e programa de cinesiterapia respiratória. Sem necessidade de O₂ de deambulação e sem registo de exacerbações há vários anos. Homem, 86 anos, não fumador, seguido em consulta de bronquiectasias, por múltiplas bronquiectasias varicosas e alterações fibróticas evidenciadas em TC torácica, com colonização brônquica por *Pseudomonas aeruginosa* de causa idiopática. Apre-

senta tosse, expectoração diária e dispneia de esforço, assim como múltiplas exacerbações infecciosas com necessidade de antibioterapia. Sob antibioterapia inalada com colistina, programa de cinesiterapia respiratória e oxigenoterapia de deambulação.

Discussão: Os autores apresentam dois casos clínicos de doentes do género masculino, de idades próximas, com múltiplas bronquiectasias colonizados por *Pseudomonas aeruginosa*, de modo a ilustrar a ampla variedade de apresentações e morbidades desta patologia. De salientar a importância do controlo das co-morbidades, assim como de excluir a sobreposição com outras patologias que possam levar a exacerbações mais frequentes.

Palavras-chave: Bronquiectasias. Colonização. Exacerbações.

P120. A RARE MASS IN THE MEDIASTINUM

R.S. Lopes, B. Ramos, P. Correia, R. Pancas

CHUC.

Introduction: Primary non-gestational mediastinal choriocarcinoma is an extremely rare germ cell malignancy that occurs predominantly in young males. It usually presents with multiple metastases in early stages, poor response to therapy and decreased survival. Clinical symptoms are atypical and a well-defined mass with rapid growth is frequently found in the mediastinum. Increased serum levels of human chorionic gonadotropin (hCG) is typical and diagnosis requires histological and immunohistochemical analysis of the tumor. The treatment has remained unclear without any standard strategies.

Case report: A 32-year-old man with no previous medical records presented to the hospital with right-sided chest pain for 3 months, bilateral hypermastia, weakness, anorexia and weight loss. Blood tests revealed anemia and impaired liver function. The computed tomography scan showed a large heterogeneous mediastinal mass, multiple bilateral pulmonary nodules and enlarged mediastinal lymph nodes. Serum tumor markers documented a high level of serum -hCG (> 100,000 mIU/mL). Transthoracic needle biopsy of the mediastinal mass failed to obtain an adequate sample. A surgical biopsy from both mediastinal mass and pulmonary metastatic lesion was done by right video-assisted thoracoscopic surgery. A large capsulated firm mass was found in the anterior mediastinum with extensive hemorrhage on cut section. There were few areas of necrosis. The immunohistochemical staining was positive for -hCG and CK7 and did not express -fetoprotein. A diagnosis of primary mediastinal choriocarcinoma was made based upon immunohistochemical staining and absence of other lesions.

Discussion: This case highlights the relevance of keeping primary choriocarcinoma in the differential diagnosis of mediastinum tumors with multiple metastases, mainly in young males. Diagnosis is a challenge due to its rare presentation, atypical symptoms and difficulty in obtaining a representative biopsy. Surgery seems to be a reasonable option to obtain an earlier diagnosis.

Keywords: Pulmonary metastases. Choriocarcinoma. Primary mediastinal choriocarcinoma.

P121. TRATAMENTO DA ESTENOSE TRAQUEAL COMPLEXA BENIGNA: COMO PODEMOS AJUDAR

R.E. Gomes, M. Barata, G.F. Santos, J.F. Soares, C. Monge, J.R. Vieira
Hospital Garcia de Orta.

Introdução: As estenoses traqueais (ET) são alterações potencialmente fatais e debilitantes. A utilização de técnicas endoscópicas tem um papel importante no alívio sintomático imediato do doente, mas não só.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 42 anos, ex-fumador. Tem história médica conhecida de pneumonia secundária ao vírus Influenza A em Novembro de 2009, com necessidade de intubação

ortotraqueal, ventilação mecânica invasiva prolongada e traqueostomia. Em Setembro de 2011 foi diagnosticado com ET subglótica secundária a traqueostomia e foi submetido a traqueoplastia cirúrgica com encerramento do traqueostoma. Em Abril de 2012, o doente foi admitido no serviço de otorrinolaringologia (ORL) por dispneia. A broncofibroscopia revelou a presença de ET complexa a 1 cm das cordas vocais com morfologia em ampolheta e condicionando redução significativa do lúmen traqueal. O doente recusou nova traqueostomia e a realização de correção cirúrgica da estenose não estava indicada. Desta forma, foi submetido a broncoscopia rígida sob anestesia geral com observação da estenose subglótica: realizada dilatação endotraqueal com balão, sem dilatação satisfatória, e, posteriormente, colocada prótese traqueal (PT) de silicone do tipo Dumon 15/50 mm, que foi fixada à parede anterior da traqueia com ponto de sutura, por ORL, através de cervicotomia mediana. O doente teve alta 3 dias após a intervenção. Em 2015, foi retirada a PT com recidiva da estenose e necessidade de recolocação. Posteriormente, desenvolveu fistula traqueoesofágica com necessidade de encerramento cirúrgico. Atualmente apresenta queixas de disfonía, sem dispneia ou estridor, e a avaliação por broncofibroscopia mostra PT patente, com presença de granulomas não estenosantes na extremidade proximal, e restante traqueia sem alterações.

Discussão: O caso clínico apresentado demonstra a aplicação das PT no tratamento definitivo das ET benignas. A sua utilização deve ser considerada apenas quando todas as outras opções estão esgotadas, uma vez que estes doentes apresentam uma esperança de vida longa e os efeitos secundários da prótese são praticamente certos. A decisão de colocar uma PT vai ter impacto na qualidade de vida do doente durante muitos anos. Não obstante ser uma opção terapêutica de última linha, esta apresenta resultados sendo importante a sua consideração.

Palavras-chave: Estenose traqueal. Traqueostomia. prótese.

P122. RISK-FACTORS FOR PLEURAL EFFUSION RECURRENCE IN MALIGNANT DISEASE

R.E. Gomes, M. Barata, J. Portela, J. Soares

Hospital Garcia de Orta.

Introduction: Malignant pleural effusions (MPE) is the second commonest cause of exudative effusions. The majority of patients develop dyspnea at rest secondary to the effusion. Treatment aims to reduce dyspnea and ideally to minimize the number of repeated interventions. **Objectives:** The objective of the study is to identify risk factors associated with MPE symptomatic recurrence leading to repeated thoracentesis.

Methods: Retrospective unicentre study including all patients diagnosed with MPE who underwent first thoracentesis from January 2015 to December 2017. Biochemical fluid analysis was performed, and patients were screened with chest X-ray after the procedure. Study endpoint is effusion symptomatic recurrence within 90 days after the first thoracentesis.

Results: A total of 78 patients were diagnosed with MPE. Twenty-five patients died before completing 90 days follow-up and were excluded. Fifty-three patients were included: 33 (62.3%) male and 20 (37.7%) female; mean age 70.2 ± 9.3 years. MPE was secondary to lung cancer in 27 patients (51%), pleural mesothelioma in 8 (15.1%), other solid cancer in 15 (28.3%) and lymphoproliferative diseases in 3 (5.7%). Before first thoracentesis, 21 (39.6%) patients presented with extensive pleural effusion on chest X-ray (higher than the aortic arch). A mean volume of $1,389 \pm 472$ mL were drained in the first TC and 46 pts (86.8%) showed effusion maintenance on chest X-ray after the procedure. Symptomatic MPE recurrence was observed in 39 pts (73.6%) and a mean number of further 2.8 symptomatic relief thoracentesis were performed in those patients. Pleural effusions above the aortic arch at the time of the first TC were associated with higher risk of recurrence when compared to smaller effusions (19 vs

20, $p = 0.021$), as well as effusion maintenance after procedure (36 vs 1, $p = 0.004$). Higher amylase fluid values ($p = 0.005$) were also associated with higher risk of recurrence.

Conclusions: Both extensive pleural effusion and non-complete fluid drainage, as well as high fluid amylase, were associated with symptomatic MPE recurrence with need for repeated thoracentesis. Being aware of those associations should stimulate physicians for the need of a definitive treatment after first recurrence in order to avoid patient discomfort and health care facilities consumption.

Palavras-chave: pleural effusion. Recurrence. Treatment.

P123. MYCOBACTERIUM KANSASII - PORQUE UM MAL NUNCA VEM SÓ

P.N. Costa, I. Farinha, P.C. Roxo, A. Catarino

CHUC.

Introdução: As micobactérias não-tuberculosas (MNT) são ubíquas no meio-ambiente. Ainda assim, a doença pulmonar associada é relativamente incomum e causada por poucas espécies, sugerindo que a vulnerabilidade do hospedeiro e a virulência do patógeno são determinantes para a ocorrência de infeção. Os principais fatores de risco são a imunossupressão e as alterações estruturais do pulmão. O *Mycobacterium kansasii* é uma MNT de crescimento lento, considerada a espécie mais virulenta, apesar da baixa correlação entre o seu isolamento e doença de relevância clínica. Em Portugal, dados de 2008 demonstraram que correspondia a 7% de todos os isolamentos de MNT (terceira MNT mais prevalente).

Caso clínico: Sexo feminino, 46 anos, com antecedentes de tuberculose pulmonar aos 15 anos (alterações fibrocicatríciais sequelares no lobo superior esquerdo), seguida em consulta de Pneumologia por asma brônquica alérgica e consulta de Hipertensão Pulmonar por tromboembolismo crónico (submetida a endarterectomia pulmonar em 2013). Realizou eletivamente, para planeamento de intervenção cardiológica, angio-TC tórax que identificou “área de densificação com cavitação de 3 cm de diâmetro e paredes espessadas no lobo superior esquerdo”. Foi observada em consulta urgente de Pneumologia, referindo astenia e tosse produtiva com vários meses de evolução insidiosa. Efetuou colheita de expetoração e broncofibroscopia com aspirado brônquico, tendo ambas as amostras revelado a presença de micobactérias no exame direto. Foi enviada ao Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra e iniciou terapêutica anti-bacilar com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol. Após 2 semanas de tratamento, foi possível identificar em ambas as culturas a presença de *M. kansasii*, optando-se pela suspensão do Etambutol. Aos 4 meses de tratamento, sem intercorrências, observou-se a conversão cultural, tendo-se mantido o esquema terapêutico durante 14 meses, ao longo dos quais se constatou melhoria clínica e imagiológica graduais.

Discussão: As infeções por MNT são relativamente incomuns e a decisão de iniciar tratamento nem sempre é linear. No entanto, este diagnóstico deve ser tido em conta, nomeadamente em contexto de imunossupressão e de patologia estrutural pulmonar, estando o seu prognóstico intrinsecamente ligado à espécie identificada.

Palavras-chave: *Mycobacterium kansasii*. Micobactérias não-tuberculosas.

P124. TUBERCULOSE PERICÁRDICA - UMA FORMA RARA DE TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAR

P.N. Costa, I. Farinha, P.C. Roxo, A. Catarino

CHUC.

Introdução: A infeção por *Mycobacterium tuberculosis* tem vindo a apresentar diminuição da incidência em Portugal. Por outro lado,

tem-se assistido ao aumento da frequência relativa de tuberculose extra-pulmonar, um enorme desafio etiológico pelas apresentações clínicas diversas e frequente necessidade de recurso a meios complementares de diagnóstico invasivos. A tuberculose pericárdica é uma forma rara e pode apresentar um início abrupto ou insidioso, com sintomatologia inespecífica. Habitualmente, é necessária pericardiocentese ou biópsia pericárdica. Pelo desenvolvimento de derrame pericárdico pode progredir rapidamente para formas letais de tamponamento cardíaco, ou a longo prazo, desenvolver complicações como pericardite constritiva.

Discussão: Homem, 74 anos, sem contexto epidemiológico de risco, apresentou-se com queixas de dispneia para pequenos esforços, astenia e febre com 3 semanas de evolução, sem melhoria após anti-bioterapia empírica. Constatou-se aumento do índice cardiotorácico na radiografia de tórax e derrame pericárdico volumoso em ecografia abdominal. Realizou-se pericardiocentese, cuja amostra de líquido revelou critérios de exsudato, predomínio de linfócitos, adenosina desaminase de 181 U/L e exame bacteriológico e micobacteriológico direto negativos, identificando-se, na cultura, infecção por *M. tuberculosis*. De referir teste IGRA (interferon gamma release assay) e exame micobacteriológico de expetoração negativos. Tomograficamente, de realçar adenomegalias mediastínicas e ausência de alterações no parênquima pulmonar. O doente foi enviado ao Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra, e iniciou tratamento anti-bacilar com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol, que cumpriu durante 2 meses, alterando para o esquema de manutenção com Isoniazida e Rifampicina que manteve durante 7 meses, sem intercorrências. Durante o tratamento, o doente apresentou melhoria gradual das queixas de astenia e aumento ponderal de 16 kg.

Discussão: A tuberculose afeta uma multiplicidade de órgãos e, por consequência, tem diversas manifestações clínicas. Apesar da sua incidência em decrescendo, trata-se de uma entidade nosológica para a qual os médicos deverão estar despertos, tendo em conta a sua potencial morbi-mortalidade e a disponibilidade de tratamento farmacológico acessível e eficaz.

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

P125. MICRONODULAR PATTERN - NOT ALWAYS TB

A. Nunes, R. Cordeiro, C. Silvestre, C. Cardoso, N. André, T. Falcão, A. Domingos

Centro Hospitalar do Oeste-Unidade de Torres Vedras.

Introduction: The presence of multiple pulmonary nodules on chest X-ray can sometimes pose a diagnostic challenge. One of the main diagnosis to consider is that of miliary tuberculosis. However a differential diagnosis with other entities such as fungal infections, occupational lung diseases and metastatic disease has to be made.

Case report: We present a case of a 67-year-old male with a 6 month history of productive cough, weight loss and anorexia. His assistant physician ordered a chest X-ray which presented a bilateral micronodular pattern. He was sent to our emergency department with the diagnostic hypothesis of miliary TB but on chest CT a spiculated mass was detected on the left hilum as well as multiple nodules on both lungs. The diagnosis of lung adenocarcinoma was made from bronchial biopsies.

Discussion: This phenotype of metastasizing lung adenocarcinoma is rarely described in literature with the largest case series reporting a prevalence of less than 1% among Japanese patients. It has also been associated with EGFR exon 19 deletion in some reports. In this case report, we discuss the differential diagnosis of multiple pulmonary nodules as well as the potential prognostic and therapeutic implications of this pattern of lung adenocarcinoma metastaziation.

Keywords: Micronodular pattern. Multiple pulmonary nodules. Lung adenocarcinoma metastasis.

P126. TWO FOR ONE - AN ACCIDENTAL FINDING OF SYNCHRONOUS MULTIPLE PRIMARY LUNG CANCERS

A. Nunes, R. Cordeiro, C. Silvestre, C. Cardoso, N. André, T. Falcão, A. Domingos

Centro Hospitalar do Oeste-Unidade de Torres Vedras.

The occurrence of synchronous multiple primary lung cancers is very rare, but its incidence has been rising in the last few years due to better diagnostic tools and earlier diagnosis. Despite this, they still represent a significant challenge due to the difficulty in differentiating two primary lesions from intrapulmonary metastasis. The survival estimates are also very variable which can be explained by a lack of uniform diagnostic criteria. Another difficulty is the fact that the TNM classification for lung cancer does not adequately reflect the specificities associated with the staging and treatment of this kind of lung cancer. In this case report, we present a case of an incidental finding of synchronous occurrence of adenocarcinoma and squamous carcinoma in different lungs on a 61-year-old male patient that presented to our emergency department with a reversed Takotsubo syndrome. We also discuss the importance of a correct diagnosis and its implications on the treatment and prognosis of the patient.

Keywords: Synchronous multiple primary lung cancers.

Intrapulmonary metastasis. Lung adenocarcinoma. Lung squamous carcinoma.

P127. DISPNEIA MULTIFACTORIAL E A RARA CONDIÇÃO DE HÉRNIA DE MORGAGNI-LARREY'S

A.C. Pimenta, I. Rodrigues I, R. Noya, A. Fernandes

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

Introdução: As hérnias de Morgagni-Larrey's são o tipo mais raro de hérnias diafragmáticas, constituindo apenas 2% a 5% destes defeitos congénitos. São encontrados em posição retrosternal anterior e são mais frequentemente lateralizadas à direita, devido aos ligamentos pericárdicos do lado esquerdo. Quando o defeito ocorre do lado esquerdo, em aproximadamente 5% destes casos, a malformação é chamada hérnia de Larrey. Estas hérnias são geralmente diagnosticadas em adultos, uma vez que raramente se associam a perda de volume pulmonar e causam, por isso, menos sintomas.

Caso clínico: Reportamos um caso de uma mulher não fumadora de 68 anos, com diagnóstico prévio de asma, bronquiectasias, obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doença renal crónica e hipotireoidismo. Esta doente foi referenciada à consulta de Pneumologia por asma não controlada, dispneia e desconforto torácico. A doente havia sido previamente estudada por uma atelectasia do lobo médio, tendo sido descrita uma estenose do brônquio lobar médio, sem evidência de malignidade ou outras condições subjacentes. O estudo subsequente revelou provas de função respiratória com uma alteração ventilatória obstrutiva moderada sem resposta significativa a broncodilatador inalado. O ecocardiograma realizado revelou função sistólica e diastólica preservadas, com referência a significativa "gordura pericárdica". A TC de tórax mostrou um lobo ázigos, pequenas bronquiectasias dispersas, maioritariamente no lobo superior direito e lobo médio, e lipomatose mediastínica anterior, associada a um defeito diafragmático esquerdo, sugerindo hérnia de Larrey. Na revisão das TCs prévias, confirmou-se um agravamento substancial do saco herniário ao longo do tempo, resultando, à data de observação, numa importante perda de volume do pulmão esquerdo. A doente foi referenciada para avaliação por Cirurgia Torácica.

Discussão: Apesar da falta de evidência que compare a intervenção cirúrgica ao follow-up contínuo, a referencição para correção cirúrgica é mandatária, devido ao risco de complicações, nomeada-

mente encarceramento. O prognóstico é geralmente bom, com baixas taxas de recorrência.

Palavras-chave: *Dispnéia. Asma. Hérnia de Morgagni-Larrey's.*

P128. PSEUDOMONAS SPP ISOLATES FROM THE RESPIRATORY TRACT IN THE ICU SETTING

A.C. Pimenta, I. Militão, R. Pais, I. Rodrigues, F. Esteves

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

Introduction: Pseudomonas spp respiratory tract infection in the Intensive Care Unit (ICU) setting has been concerning, most commonly linked to Ventilator-associated Pneumonia (VAP). Pseudomonas infection has been reported to account for poor outcomes under the diagnosis of VAP, but few broader studies have been conducted to specifically address the epidemiology of these agents and their microbiological characterization.

Objectives: To describe the epidemiological and microbiological evolution of Pseudomonas spp isolates from respiratory samples in the ICU setting and to analyse the short-term outcomes of these patients.

Methods: We conducted a retrospective observational cohort study. We collected data of the patients admitted to the ICU department from January 2010 to December 2019 and analysed those cases with Pseudomonas spp isolates from respiratory samples.

Results: We observed 49 patients meeting the inclusion criteria, aged 63.56 ± 17.24 years and largely males ($n = 30$, 61.2%). A portion of 32.7% ($n = 16$) had a history of respiratory conditions. A great proportion of these patients was admitted for trauma (24%) or surgical conditions (38%). Patients were submitted to 14.43 ± 11.17 days of invasive mechanical ventilation (IMV) during 19.65 ± 14.39 days of ICU stay. Tracheotomy was performed in 38.8% ($n = 19$). We observed 24% ($n = 12$) of mortality after 30 days of Pseudomonas respiratory isolate. We also observed a strong antimicrobial pressure, with 28% of patients ($n = 14$) receiving 3 or more antimicrobial classes. VAP was admitted for 11 of these patients (22.4%); it was not significantly associated to longer periods of IMV (18.07 ± 10.284 vs 13.09 ± 11.469 days, $p = 0.122$), however, it showed association to the need for performing tracheotomy = 5.043, $p = 0.025$). For this sample, previously diagnosed lung disease was associated to the need for non-invasive ventilation either as first intervention or after IMV ($= 4.546$, $p = 0.033$), and death at 30 days after Pseudomonas isolates ($= 3.873$, $p = 0.049$).

Conclusions: In line with previous literature, Pseudomonas spp respiratory infections presented poor prognosis in the ICU, particularly for patients with previously known lung conditions. Although very concerning, VAP appears to represent a smaller proportion of the Pseudomonas associated respiratory conditions.

Key-words: *Pseudomonas spp. Respiratory Tract Infections. Intensive Care Unit.*

P129. CATETER PIGTAIL NA PATOLOGIA PLEURAL: UMA TENDÊNCIA PARA FICAR?

R.Q. Rodrigues, J. Silva, C. Parra, M.M. Carvalho, A. Loureiro, R. Noya, A. Fernandes

CHTMAD, Hospital de Vila Real.

Introdução: A colocação de tubos de toracostomia é a abordagem inicial no tratamento de múltiplas patologias da cavidade pleural, no entanto trata-se de um procedimento invasivo com potencial morbidade. Numa tentativa de reduzir as complicações, tem sido cada vez mais usada a drenagem com cateteres pigtail.

Objetivos: Avaliação do sucesso e complicações do uso dos cateteres pigtail no derrame pleural e pneumotórax no serviço de Pneumologia do CHTMAD.

Métodos: Recolha retrospectiva de dados do processo clínico eletrónico dos doentes submetidos a drenagem torácica com drenos pigtail de julho de 2018 a julho de 2020 no serviço de Pneumologia do CHTMAD. **Resultados:** Foram colocados 32 drenos pigtail (10-14 fr), a maioria em homens ($n = 20$; 67,5%), com idade mediana de 64,5 anos [31]. O principal motivo foi o derrame pleural ($n = 21$; 65,6%) e dentro destes o empiema foi o mais frequente ($n = 10$; 47,6%), seguido do derrame parapneumónico complicado ($n = 4$; 19,0%) e derrame maligno ($n = 3$; 14,3%), entre outros. O volume mediano drenado foi de 1.162,5 mL [1.301], com uma duração de drenagem média de $5,1 \pm 3,5$ dias. Obteve-se sucesso terapêutico em 85,7% dos doentes ($n = 18$). O pneumotórax motivou a introdução de 11 (34,4%) drenos pigtail, 4 espontâneos (36,4%), 4 secundários (35,4%) e 3 iatrogênicos (27,3%). A duração de drenagem mediana foi de $2,6 \pm 1,9$ dias. O procedimento foi bem sucedido em 63,6% dos doentes ($n = 7$). A ecografia torácica foi realizada para orientar o procedimento em todos os derrames pleurais e em 72,7% dos pneumotórax. As principais intercorrências (34,4%; $n = 11$) com estes cateteres foram a obstrução do lúmen do cateter e a desadaptação por fragilidade do sistema de drenagem. Não houve registo de hemotórax.

Conclusões: As conclusões são limitadas pelo tamanho amostral. No entanto, observam-se taxas de sucesso semelhantes às referidas na literatura, tanto nos derrames pleurais como nos pneumotórax. De realçar a sua utilidade e sucesso terapêutico nos empiemas, apesar do pequeno calibre destes dispositivos. A realização de ecografia poderá ter impacto na segurança e eficácia dos mesmos. Deste modo, os drenos pigtail poderão vir a ser uma alternativa aos drenos de maior calibre, reduzindo a morbidade e complicações associadas à colocação destes últimos.

Palavras-chave: *Pigtail. Drenos torácicos. Pneumotórax. Empiema.*

P130. SINAL DE MONOD: UM DIAGNÓSTICO ESCONDIDO POR TRÁS DE UM ACHADO IMAGIOLÓGICO

V. Pires, G. Gonçalves, S. Basso, P. Donato

CHUC.

Introdução: A aspergilose é a micose pulmonar mais comum. O aspergiloma é o resultado da colonização do Aspergillus numa cavidade pulmonar pré-existente, mais frequentemente por tuberculose. O sinal do crescente aéreo é típico do aspergiloma mas também pode ser encontrado noutras patologias como carcinoma broncogénico. No aspergiloma, a “bola fúngica” geralmente move-se dentro da cavidade para a área dependente, conhecido como sinal de monod, o que confirma assim o diagnóstico de micetoma.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso clínico de uma mulher de 79 anos, sem sintomatologia torácica. Tem antecedentes de tuberculose pulmonar há 40 anos. Realizou uma radiografia torácica que evidenciou uma imagem cavitada com espessamento da parede inferior. A tomografia computadorizada (TC) torácica mostrou, no lobo superior direito, uma cavitação com cerca de 4 cm e no seu interior uma formação nodular medindo 2 cm, rodeada por ar “em forma de crescente”, conhecido como sinal do crescente aéreo. Esta formação nodular mostra-se móvel para posição dependente na aquisição em supinação e pronação, pelo que designamos por sinal de monod, compatível com presença de micetoma. Posteriormente, verificou-se presença de IgG específica para Aspergillus fumigatus, confirmando assim o diagnóstico de aspergiloma. A doente mantém-se estável há 15 anos e é seguida em consulta externa de Pneumologia. **Discussão:** Em pacientes com antecedentes de tuberculose as infeções fúngicas devem ser equacionadas. A “bola fúngica” move-se de acordo com posição dependente, pelo que a TC deve ser realizada em supinação e pronação, o que ira ajudar excluir micetomas de outras patologias. Este caso mostra a importância do reconhecimento de um achado imagiológico típico e sua interpretação clínico-laboratorial, afim de evitar exames adicionais desnecessários e erros no seu diagnóstico.

Palavras-chave: *Aspergiloma. tuberculose. Achado imagiológico. Sinal de Monod.*

P131. RADIOGRAFIA DE TÓRAX NA AVALIAÇÃO DA PNEUMONIA COVID-19

C.O. Mira, G. Freire, P. Sousa, M. Ataíde, J. Calha.

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: A infecção por SARS-Cov 2 certamente irá manter-se como importante diagnóstico diferencial em doentes com sintomatologia gripal. O diagnóstico definitivo implica um resultado RT-PCR positivo. Apesar dos exames de imagem não serem diagnósticos, podem ser importantes para avaliar a extensão das alterações e presença de eventuais complicações. Pela sua fácil acessibilidade, a radiografia de tórax é normalmente o primeiro a ser realizado. Neste poster, destacamos as manifestações e padrões mais comuns neste método de imagem.

Objetivos: Rever as indicações para estudo radiográfico em suspeita de infecção COVID-19. Descrever os achados suspeitos de infecção. Reconhecer possíveis diagnósticos diferenciais. Assinalar as indicações para realização de TC.

Métodos: Através de uma revisão da literatura, ilustram-se os achados de imagem da pneumonia COVID-19, com iconografia da nossa instituição.

Resultados: Indicações para estudo radiográfico. As indicações para estudo radiográfico são bastante variáveis entre instituições, contudo usualmente recomendado em doentes com sintomas respiratórios marcados, como dispneia moderada/grave e hipoxemia. Achados suspeitos. Os achados mais comuns incluem opacidades focais, com distribuição bilateral e periférica, e com predomínio nos andares inferiores. Diagnósticos diferenciais. Os achados descritos podem também ser causados por um vasto leque de patologias, incluindo pneumonias atípicas, edema pulmonar, vasculites, hemorragia alveolar e doenças inflamatórias. Indicações para TC. A TC poderá ser considerada em doentes com dispneia, SpO₂ < 95% e radiografia de tórax normal ou indeterminada para COVID-19. Poderá ser considerado estudo dirigido à avaliação de tromboembolismo, já que este é mais frequente em doentes graves.

Conclusões: Pela sua fácil acessibilidade, a radiografia de tórax é um exame frequentemente utilizado na avaliação de doentes com sintomas respiratórios. Pode revelar padrões sugestivos de infecção COVID-19 e pode permitir a estratificação de gravidade com base na extensão dos achados. O diagnóstico definitivo apenas é possível por RT-PCR.

Palavras-chave: *Pneumonia COVID-19. Radiologia. Radiografia de tórax.*

P132. PNEUMONIA CRIPTOGÉNICA ORGANIZATIVA: REVISÃO PICTÓRICA

C.O. Mira, A.M. Primitivo, G. Freire, M. Ataíde, J. Calha

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: A pneumonia criptogénica organizativa (POC) está incluída no grupo das pneumonias idiopáticas intersticiais, apresentando-se normalmente com uma evolução subaguda, normalmente com sintomas incluindo tosse e dispneia. O diagnóstico inicial é muitas vezes de pneumonia, já que um achado comum na radiografia torácica é de consolidação, contudo os doentes não respondem à antibioticoterapia. A maioria recupera completamente após administração de corticoides, todavia com recaídas frequentes.

Objetivos: Rever sumariamente a fisiopatologia e clínica da pneumonia criptogénica organizativa (PCO). Descrever os achados clássicos na TC de alta resolução. Reconhecer padrões atípicos da PCO. Assinalar diagnósticos para cada forma de apresentação.

Métodos: Através de uma revisão da literatura, ilustram-se os achados de imagem da pneumonia criptogénica organizativa, com iconografia da nossa instituição.

Resultados: POC Clássica. Cerca de três quartos dos doentes apresentam consolidações multifocais, normalmente periféricas e migratórias, modificando a sua localização e morfologia, mesmo sem tratamento, no espaço de semanas. Massa ou nódulo solitário focal. Esta forma de apresentação é mais comum nos lobos superiores e muitas vezes impõe diagnóstico diferencial com lesão neoformativa. Padrão Nodular. O padrão nodular pode estar presente em até um terço dos doentes e co-existir com outros padrões de imagem. Raramente, podem apresentar-se com nódulos centrilobulares. Padrão fibrótico progressivo. Alguns casos evoluem para fibrose, com reticulação basal e distorção arquitetural, e associam-se a um prognóstico desfavorável.

Conclusões: O diagnóstico de PCO é desafiante, exigindo um trabalho multidisciplinar, que integre dados clínicos, radiológicos e patológicos, de forma a poder instituir uma terapêutica adequada, o mais precocemente possível.

Palavras-chave: *Pneumonia criptogénica organizativa. TC alta resolução. Pneumonias Idiopáticas Intersticiais.*

P133. INFILTRADOS PULMONARES RECIDIVANTES - UM CASO CLÍNICO

M.P. Valério, F.T. Lopes, N. Melo, A. Morais

CHUC.

Introdução: A presença de infiltrados pulmonares recidivantes pode ter variadas causas. A hemorragia alveolar é uma delas, ocorrendo por capilarite associada a doenças auto-imunes, toxicidade farmacológica, entre outras.

Caso clínico: Doente 56 anos, corticeiro. História de vários internamentos por expectoração hemoptóica/hemoptises de pequeno volume, infiltrados pulmonares bilaterais e insuficiência respiratória com boa resposta a antibioterapia e corticoterapia, interpretados no contexto de infeção. Realizou broncofibroscopia com LBA para estudo microbiológico que foi negativo e estudo celular que evidenciou contagem celular total elevada com contagem celular diferencial normal. O estudo analítico mostrou anemia de agravamento progressivo, marcadores inflamatórios elevados, sem alterações da função renal ou do sedimento urinário, imunoglobulinas normais, marcadores víricos negativos e estudo imunológico normal, com exceção de anticorpo anti-membrana basal intermitentemente positivo. Posteriormente efetuou biópsia pulmonar (BTT) transtorácica tendo sido descritas alterações inespecíficas. Atendendo ao quadro de infiltrados recorrentes e migratórios e boa resposta ao corticóide foi assumido diagnóstico provável de pneumonia organizativa e o doente iniciou tratamento com corticoterapia sistémica em ambulatório. Contudo apresentou novo internamento com insuficiência respiratória grave, infiltrados bilaterais de novo e marcadores inflamatórios elevados. Manteve dose de corticóide (1 mg/Kg/dia) e iniciou anti-biótico com melhoria. Apresentado caso em reunião multidisciplinar de doenças do interstício pulmonar com revisão histológica (presença de hemorragia alveolar na biópsia), tendo sido efetuado diagnóstico de Doença de Goodpasture sem envolvimento renal. Efetuou ciclos de ciclofosfamida com redução progressiva da corticoterapia, sem nova recorrência de sintomatologia ou alterações imagiológicas.

Discussão: A Doença de Goodpasture é uma vasculite auto-imune rara, potencialmente fatal com envolvimento renal em 80 a 90% dos casos e alveolar em 50% dos casos. Numa percentagem muito baixa ocorre envolvimento pulmonar isolado. Deste modo, o diagnóstico desta patologia neste contexto é difícil e reforça a importância de uma avaliação por equipa multidisciplinar experiente para um diagnóstico mais atempado.

Palavras-chave: *Infiltrados pulmonares. Hemorragia Alveolar. Vasculite.*

P134. IMUNOTERAPIA E ENTEROCOLITE: A IMPORTÂNCIA DE ESTAR ALERTA!

M.P. Valério, S. Sousa, D. Rodrigues, A. Figueiredo, F. Barata

CHUC.

Introdução: Nos últimos anos a investigação científica na área do cancro do pulmão mostrou avanços muito significativos, sendo a imunoterapia uma das opções terapêuticas atuais. Apesar de cursar, na maioria dos casos, com boa tolerância, existem efeitos secundários a considerar. Apresentamos um caso clínico a propósito.

Caso clínico: Doente, sexo masculino, 57 anos, ex-fumador, motorista de pesados. Diagnóstico de carcinoma epidermoide do pulmão (estadio IIIC - T4N3M0), com expressão de PDL-1 de 70%, após história arrastada de expetoração hemoptoica e perda ponderal. Inicia Pembrolizumab em 1ª linha. Após 5º ciclo de imunoterapia refere dor e distensão abdominal, dejeções diarreicas e vômitos pós-prandiais com vários dias de evolução. É encaminhado para o serviço de urgência e realiza TC-abdominal que revela distensão de ansas do delgado, sem evidente ponto de transição. É assumido quadro sub-occlusivo e o doente é internado no serviço de Cirurgia Geral. Na primeira semana de internamento apresenta melhora parcial sob tratamento conservador, com pausa alimentar inicial e introdução posterior de dieta de consistência progressiva. Verifica-se, no entanto, novo agravamento com recusa alimentar por náuseas e disfagia, iniciando-se alimentação parentérica. Após discussão do caso com a Pneumologia Oncológica repete TC-abdominal que demonstra marcado espessamento difuso e estratificação da parede do intestino delgado e cólon, configurando o sinal em “alvo”, associando-se a discreta densificação da gordura peri-cólica e mesentérica, aspetos que sugerem alterações inflamatórias. É assumido diagnóstico de enterocolite, como efeito secundário da imunoterapia em curso, e iniciada corticoterapia (bólus de metilprednisolona 250 mg, seguida de prednisolona 1 mg/kg/dia). Verifica-se melhora clínica lenta e progressiva ao longo do internamento, que foi prolongado e associado a várias intercorrências graves.

Discussão: Qualquer sintomatologia “de novo” num doente sob imunoterapia deve alertar-nos para possíveis efeitos secundários desta terapêutica. O atraso no diagnóstico e na realização de tratamento dirigido adequado pode associar-se a agravamento clínico significativo com internamentos prolongados e co-morbilidade significativa.

Palavras-chave: Cancro do pulmão. Imunoterapia. Enterocolite.

P135. AUTOANTICORPOS NA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA E PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÓNICA

G. Gonçalves, V. Fernandes, T. Alfaro, S. Freitas, C.R. Cordeiro

CHUC.

Introdução: A presença de autoanticorpos é característica das doenças do tecido conjuntivo. Este estudo tem como objetivo caracterizar a prevalência de autoanticorpos na fibrose pulmonar idiopática (FPI), assim como na pneumonite de hipersensibilidade crónica (PHc), e analisar se a sua presença tem relação com idade, género, hábitos tabágicos ou perfil celular no lavado broncoalveolar (LBA). **Métodos:** Estudo retrospectivo onde foram selecionados doentes com seguimento em consulta externa de Interstício Pulmonar num hospital terciário. Os autoanticorpos analisados foram os anticorpos antinucleares (ANA), fator reumatóide (FR), anticorpo anticitoplasmático de neutrófilo (ANCA) e o anticorpo anti-peptídeo citrulinado (anti-CCP). Análise estatística realizada pelos testes qui-quadrado e t de Student. **Resultados:** Foram incluídos 49 doentes, 26 (53,1%) com FPI e 23 (46,9%) com PHc. A idade média era de 72,7 ± 8,7 anos; 67,3% eram do género masculino e 28,9% eram ex-fumadores. A presença de pelo menos um anticorpo foi detetada em 63,3% dos doentes, estando presente em 69,2% dos doentes com FPI e em 56,5% dos doentes com

PHc. O autoanticorpo mais prevalente foram os ANA (63,3%), sempre com titulação igual ou inferior a 640, seguidos do FR (5,3%) e ANCA (2,2%). Não foram detetados anticorpos anti-CCP. Não foi encontrada relação entre a presença de autoanticorpos e a idade (72,3 vs 73,3 anos, $p = 0,693$), género (68,8% género feminino vs 60,6% género masculino, $p = 0,754$), hábitos tabágicos (63,6% ex-fumadores vs 48,1% não-fumadores, $p = 0,485$) ou perfil celular do LBA.

Conclusões: Foi detetada uma prevalência significativa de autoanticorpos na FPI e PHc. O autoanticorpo mais prevalente foram os ANA. Não foi encontrada relação entre a presença de autoanticorpos e a idade, género, hábitos tabágicos ou perfil celular do LBA.

Palavras-chave: Autoanticorpos. Fibrose pulmonar idiopática. Pneumonite de hipersensibilidade crónica.

P136. VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA. EXISTEM DIFERENÇAS SE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA PRÉVIA?

G. Gonçalves, L.C. Aleman, V.M. Perez, P.B. Delis, A.A. Luengas, A.M. Moure, L.L. Gomez, A.H. Cañigral, A. Esquinas, A.C. Alcaraz

CHUC.

Objetivos: Analisar as diferenças clínicas e evolutivas de doentes com insuficiência cardíaca aguda (ICA) tratados com ventilação não-invasiva (VNI), diferenciando os pacientes com e sem insuficiência cardíaca prévia.

Métodos: Estudo observacional e retrospectivo sob uma base de dados prospetiva. Incluídos todos os pacientes com ICA admitidos numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) entre Janeiro de 1997 e Dezembro de 2017 por falência respiratória com necessidade de VNI, separados em dois grupos: ICA “de novo” e insuficiência cardíaca crónica agudizada (ICCA). Falência da VNI foi definida como necessidade de intubação endotraqueal ou morte na UCI. Comparação de variáveis usando o teste qui-quadrado e o teste t de Student.

Resultados: Incluídos 1.009 pacientes, 535 (53%) com ICA “de novo” e 474 (47%) com ICCA. No grupo ICA de novo e ICCA, a média de idade foi 73,5 ± 10,9 e 75,5 ± 8,7 ($p = 0,001$), SAPS II 38,8 ± 10,9 e 41,1 ± 9,7 ($p < 0,001$), 56,3% e 50,8% homens ($p = 0,085$), índice de Charlson 1 (1-2) e 2 (1-2) [$p < 0,001$]. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo foi de 36,8 ± 11,8% e 36,1 ± 11,7% ($p = 0,379$), respetivamente. A presença de ordem de não intubação ocorreu em 6,5% dos pacientes com ICA “de novo” e 24,5% dos ICCA ($p < 0,001$) e a causa desencadeante da ICA foi o síndrome coronário agudo em 58,1% dos ICA “de novo” e 19,4% dos ICCA ($p < 0,001$). A frequência respiratória foi de 37 ± 4 na ICA “de novo” e de 36 ± 5 na ICCA ($p = 0,006$), a PaO₂/FiO₂ de 126 ± 31 e 131 ± 35 ($p = 0,010$) e a PaCO₂ de 45 ± 20 e 52 ± 21 ($p < 0,001$). O índice SOFA inicial foi de 4,3 ± 1,6 na ICA “de novo” e de 4,8 ± 1,9 ($p < 0,001$) na ICCA. Complicações relacionadas à VNI ocorreram em 11,6% dos pacientes com ICA “de novo” e em 20,3% dos pacientes com ICCA ($p < 0,001$). A falência da VNI foi observada em 10,3% das ICA “de novo” e em 14,8% de ICCA ($p = 0,031$) e a mortalidade na UCI foi de 6,5% e 13,1% ($p < 0,001$), respetivamente.

Conclusões: Os pacientes com ICCA diferem em múltiplas variáveis dos pacientes com ICA “de novo”, o que pode ajudar a explicar os piores resultados da VNI e do prognóstico destes doentes.

Palavras-chave: Ventilação não-invasiva. Insuficiência cardíaca.

P137. PROVA DE PROVOCAÇÃO INALATÓRIA COM METACOLINA E ATOPIA EM IDADE PEDIÁTRICA

T. Oliveira, L. Cunha, P. Pinto, V. Almeida, R. Carvalho, M.J. Fernandes, H. Falcão, J. Gomes

Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Introdução: As provas de provocação inalatória inespecífica (PPII) avaliam hiperreatividade brônquica a estímulos diretos/indiretos.

Está descrito na literatura que a presença de atopia a aeroalergénios pode associar-se a função pulmonar deteriorada em crianças asmáticas e que os resultados de PPII com metacolina podem diferir consoante a estação do ano.

Objetivos: Analisar os resultados de PPII com metacolina em doentes pediátricos mediante padrões de atopia a aeroalergénios e sazonalidade.

Métodos: Estudo retrospectivo de todos os doentes pediátricos submetidos a PPII com metacolina (março/2017-março/2020) e que realizaram testes cutâneos a aeroalergénios (N = 79) num Centro Hospitalar Universitário. Utilizou-se o programa informático IBM® SPSS® Statistics para análises estatísticas; nível de significância = 0,05.

Resultados: Os doentes foram divididos em três grupos com base nos padrões de atopia a aeroalergénios identificados em testes cutâneos - grupo 1 (G1): pólen(es) (41,8%, n = 33); grupo 2 (G2): apenas alergénio(s) perene(s) (32,9%, n = 26); grupo 3 (G3): não atópicos (25,3%, n = 20). No G1, atopia a: pólenes de ervas 27,3% (n = 9); pólenes de gramíneas 87,9% (n = 29); pólenes de árvores 39,4% (n = 13). No G2, atopia a: ácaros 96,2% (n = 25); fungos 7,7% (n = 2), animais 23,1% (n = 6). Globalmente, 51,9% (n = 41) das PPII foram realizadas na época primavera-verão e as restantes na época outono-inverno. Nos três grupos, as proporções de PPII realizadas na época primavera-verão foram: G1 60,6% (n = 20); G2 38,5% (n = 10); G3 55% (n = 11) (p = 0,228). Nos três grupos, as médias dos parâmetros de espirometria basal avaliados (VC MAX, FVC, FEV1, FEV1/FVC, FEV1/VC MAX, PEF e MMEF 75/25) não se mostraram significativamente diferentes. A proporção de PPII positivas não foi significativamente diferente nos três grupos: G1 48,5% (n = 16), G2 46,2% (n = 12), G3 35% (n = 7), p = 0,615. Os três grupos também não diferiram significativamente na proporção de PPII positivas na época primavera-verão: G1 56,3% (n = 9), p = 0,619; G2 41,7% (n = 5), p = 1; G3 85,7% (n = 6), p = 0,07.

Conclusões: Não encontramos relações significativas entre resultados de PPII com metacolina, padrões de atopia a aeroalergénios e sazonalidade; outros fatores contribuindo para hiperreatividade brônquica na idade pediátrica, nomeadamente vírus respiratórios, deverão ser considerados.

Palavras-chave: Asma. Hiperreatividade brônquica. Aeroalergénios. Broncoprovocação inespecífica.

P138. COINFEÇÃO RESPIRATÓRIA PASTEURELLA MULTOCIDA - MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS NUM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE COM SILICOSE CRÓNICA

T. Oliveira, H. Cruz, F. Guedes

Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Introdução: As bactérias do género *Pasteurella* (P.) são cocobacilos Gram-negativos da flora do trato respiratório superior de animais (cães, gatos, porcos). A espécie *P. multocida* associa-se a infeções humanas de pele e tecidos moles após mordeduras/arranhadelas de animais; existem alguns relatos de infeções respiratórias em doentes imunocomprometidos, idosos e/ou com doença pulmonar estrutural. Relatamos um caso raro de coinfeção respiratória *P. multocida* - *Mycobacterium tuberculosis* num paciente imunocompetente com silicose crónica, sem história de mordedura/arranhadela de animal; a identificação de *P. multocida* foi realizada com acurácia por método microbiológico automatizado.

Caso clínico: Um homem de 71 anos, não fumador, reformado de trabalhador de pedreiras, com contacto diário com ovelhas, galinhas e patos, foi enviado a consulta de Pneumologia por dispneia progressiva, pieira e tosse produtiva diária com cerca de 6 meses de evolução; negados outros sintomas. TC de tórax evidenciou múltiplas adeno-patias mediastino-hilares calcificadas, micronódulos pulmonares aleatórios e massa do lobo superior do pulmão direito. Videobroncofibroscopia com lavado broncoalveolar (LBA) identificou alveolite neutrofílica e macrófagos com inclusões de partículas birrefringen-

tes. Assumida silicose crónica pseudotumoral. Entretanto, no LBA, isolou-se *P. multocida* multissensível em cultura pura (água chocolate). Identificada a espécie por sistema automatizado de identificação microbiana por espectrometria de massa (VITEK® MS), com confiança de 99,9%. O doente teve admissão hospitalar subsequente por dispneia agravada, expetoração purulenta e febrícula com cinco dias de evolução. Documentada cavitação de parede espessa, com nível hidroaéreo, no lobo superior direito. Realizada antibioterapia dirigida a *P. multocida* com amoxicilina/clavulanato durante 7 dias. Iniciada também terapêutica antibacilar por identificação de *Mycobacterium tuberculosis*. Evolução clínica favorável. O doente foi orientado para conclusão de terapêutica antibacilar em ambulatório.

Discussão: *P. multocida* deve ser considerado como etiologia importante de infeção pulmonar potencialmente grave em imunocompetentes com exposição zoonótica, mesmo sem mordedura/arranhadela de animal. A espectrometria de massa permite a identificação fiável do agente.

Palavras-chave: *Pasteurella multocida*. Tuberculose pulmonar. Silicose. Espectrometria de massa.

P139. UM CASO DE SILICOPROTEINOSE: ACHADOS EM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUÇÃO

D. Barros, AC. Costa, M. Rodrigues, C. Costa, V. Mendes

Hospital de Braga.

Caso clínico: Um homem de 40 anos, marmorista de profissão e com exposição conhecida desde os 14 anos, é internado em julho de 2020 por quadro de insuficiência respiratória tipo 1 com impossibilidade de desmame de VNI. Realizou tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) e broncofibroscopia com lavado e recuperação de material PAS positivo, que revelaram Silicose e Proteínose Alveolar secundária. A silicose é a doença ocupacional mais comum que afeta os pulmões e é causada pela inalação de sílica livre cristalizada. Na maioria dos casos ocorre após décadas de exposição a quantidades relativamente pequenas de sílica, causando dano pulmonar crónico. Já a silicoproteínose, uma forma aguda de silicose, pode ocorrer após exposição relativamente curta a níveis muito altos de finas partículas de sílica. O curso rápido da doença geralmente leva a um comprometimento respiratório progressivo. A TCAR tem um papel importante no diagnóstico da doença pulmonar difusa, permitindo uma melhor caracterização das alterações face à radiografia torácica.

Discussão: Os achados na TCAR consistem em consolidações bilateralmente, normalmente envolvendo os segmentos pulmonares mais posteriores, com padrão "crazy paving" ocasional e numerosos nódulos com distribuição centrilobular. Calcificações punctiformes em áreas de consolidação e gânglios linfáticos calcificados também são comumente encontrados. Estes doentes costumam evoluir para fibrose com distorção arquitetural severa, bolhas e pneumotórax.

Palavras-chave: Silicose. Silicoproteínose.

P140. PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO SUBMETIDO A TORACOSCOPIA MÉDICA - UMA CASUÍSTICA

D. Amorim, S. Silva, R. Viana, M.J. Silva, C. Pimentel, S. Feijó

Centro Hospitalar de Leiria.

Introdução: Apesar de ser uma patologia pulmonar muito comum, os fatores de risco e o tratamento do pneumotórax espontâneo primário (PEP) não estão totalmente estabelecidos. O tratamento ideal continua controverso, tendo as indicações para a toracoscopia médica (TM) evoluído bastante nos últimos anos, pela sua segurança e baixa percentagem de recorrência de pneumotórax. Pretende-se com este estudo caracterizar os pacientes com pneumotórax espontâneo primário submetidos a TM com "talc poudrage", na nossa unidade, e avaliar a sua recorrência.

Métodos: Foram revistos, retrospectivamente, os doentes submetidos a TM para tratamento de PEP, entre setembro de 2016 e julho de 2020. Os dados foram retirados dos registos médicos e foram analisadas as características destes doentes, as complicações da TM e a sua recidiva até agosto de 2020.

Resultados: No total, 39 pacientes com PEP foram submetidos a TM, não tendo sido realizada “talc poudrage” num doente, por se ter visualizado alteração vascular a carecer orientação por cirurgia torácica, tendo sido excluído da nossa série. A média de idades foi de 26,13 anos (14 aos 40), 94,7% eram homens, 55,26% eram fumadores e 7,89% eram ex-fumadores. Dos fumadores, um paciente era fumador de cigarros eletrónicos, 1 fumador de tabaco aquecido e 5 fumadores de cannabis. Catorze pacientes já tinham tido pneumotórax anterior, 8 deles homolateral (nenhum submetido a talcagem). A recorrência ipsilateral após TM ocorreu apenas num paciente, 2 meses após o procedimento. Em 2 pacientes, a expansão pulmonar completa não foi conseguida. Estes 3 doentes foram referenciados para cirurgia torácica. Em 2 casos houve complicação infecciosa pós procedimento (num com pneumonia, noutro com infeção no local da sutura), ambos com boa resposta a antibioterapia.

Conclusões: Conforme explicitado na literatura, também na nossa série se confirma que a maioria dos indivíduos com PEP são homens e fumadores, desconhecendo-se ainda se há ligação com as novas formas de tabagismo, como os cigarros eletrónicos e o tabaco aquecido. Quanto ao tratamento, verificou-se uma taxa de recorrência muito baixa de pneumotórax após toracoscopia, o que vai de encontro à literatura, que considera a TM uma boa primeira opção de tratamento de PEP.

Palavras-chave: *Pneumotórax Espontâneo Primário. Toracoscopia Médica. Talc Poudrage.*

P141. AGE'S EFFECT IN AUTO-CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE TREATMENT COMPLIANCE IN THE PORTUGUESE

D. Canhoto, MF. Teixeira, J.J. Moita

CHUC.

Introduction: Continuous positive airway pressure (CPAP) is the mainstay of treatment for obstructive sleep apnoea (OSA), with automated pressure titration having largely benefited compliance. Albeit controversial, most studies point to a lack of effect of age in auto-CPAP (APAP) adherence, but this remained unproven for the Portuguese population. **Objectives:** Evaluate the effect of age in APAP compliance in the Portuguese population.

Methods: A longitudinal prospective cohort study design was employed. Patients with OSA (diagnosed by polysomnography) absent of another form of sleep pathology were sampled by convenience at the Coimbra Sleep Medicine Centre between the dates of 01/06/2020 and 31/08/2020 at their first follow-up appointment after APAP therapy was initiated. At this point, subjects' treatment adherence rates and times were recorded. They were then stratified by age groups: 18 to 35 (n = 10), 36 to 65 (n = 24), and above 65 years of age (n = 22), and their compliance outcomes compared.

Results: Adherence rates were maximal amongst the group aged 36 to 65 (74.49% ± 31.45), and these were statistically different from those in the younger group (46.11% ± 32.26). A trend towards significance was observed for greater adherence rates in the middle-aged group when compared with the elderly patients (62.94% ± 41.18). Variability in adherence rates within the same stratus was also lesser for the middle-aged group, while the elder individuals proved the least homogenous. Interestingly, a significant fall in median nightly treatment duration occurred with age, and this pattern was paralleled by a decrease in variability in treatment time amongst individuals of similar age strata.

Conclusions: The effect of age on APAP compliance in the Portuguese population was to this date unaddressed. The findings of a

greater adherence rate between ages 35 to 65 contrast with those of studies showing a drop-out from treatment for patients reaching the seventh decade. This was compounded by the fact that the greatest consistency among individual adherence was found for this age group. Lastly, an age-dependent decrease in nightly treatment time and its variation amongst similarly aged individuals is likely multifactorial and owed to, among other causes, lesser total sleep times and predisposition to CPAP intolerance.

Keywords: *Auto-CPAP. Age. Compliance.*

P142. THE COMORBIDITY SPECTRUM OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA SLEEP DISTURBANCE

D. Canhoto, A.C. Brás, M. Ferreira, MF. Teixeira, J.J. Moita

CHUC.

Introduction: The obstructive sleep apnoea syndrome (OSAS) comorbidity spectrum encompasses illnesses equally as detrimental to quality of life and challenging to treat. A case of OSAS compounded by restless legs syndrome (RLS) and REM sleep behaviour disorder ultimately contextualized in a cryptic diagnosis is presented.

Case report: A 73-year-old male patient with a history of hypertension and obesity had an extensive (> 10 years) follow-up record in Sleep Pathology for an OSAS treated with auto-CPAP 7/14 cmH₂O, with correction of respiratory events. Despite this, symptoms of asymmetric sensorimotor RLS predominantly on the lower limbs occurred throughout the night, resulting in complaints of sleep fragmentation and excessive diurnal sleepiness. Initially refractory to clonazepam, they partially subsided with the add-on of ropinirole, which required titration to progressively higher dosing (up to 4 mg). Four years later, the patient was referred to a Sleep Neurology consultation for a recrudescence of the symptomatic limb movements, which had shifted in pattern, having become predominantly of the superior limbs. Further inquiry revealed progressive worsening late-night dream enactment over the years, with episodes of heteroaggression towards the patient's wife and surrounding objects, as well as nightly falls from bed. According to the patient's wife, his posture and gait had changed over the years and memory lapses became more frequent. On the neurological examination, grade 2 bradykinesia and right side rigidity were apparent. The patient's gait showed troncular anteroflexion and decreased balancing of the right upper limb. No changes in taste, smell or signs of dysautonomy were present. A polysomnography-based diagnosis of REM sleep behaviour disorder and incipient Parkinson's disease was made and levodopa + carbidopa therapy started.

Discussion: A dopamine agonist brought about an improvement in the patient's RLS symptoms. This long-term treatment was responsible for the shadowing of the motor manifestations of an incipient Parkinson's disease. The superior limbs movements that later appeared and that could be mistaken for a change of RLS pattern, were in fact related to the REM sleep behaviour disorder, which has recently been reported as an early presenting feature of Parkinson's disease.

Keywords: *Obstructive sleep apnoea syndrome. Restless legs syndrome. REM without atonia. Parkinson's disease.*

P144. PESQUISA DE MUTAÇÕES EGFR - A RECOMPENSA DA PERSISTÊNCIA NA ONCOLOGIA DE PRECISÃO

S.R. Sousa, M.P. Valério, D.M. Rodrigues, J.N. Caldeira, A. Figueiredo, F. Barata

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: As mutações EGFR e os respetivos inibidores da tirosina quinase (TKI) mudaram radicalmente a abordagem terapêutica e o prognóstico do CPNPC. No entanto, a resistência inevitavelmente

desenvolve-se e superá-la é um desafio. As rebiópsias permitem detetar mutações secundárias de resistência e orientar terapêuticas dirigidas.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 72 anos, nunca fumador, diagnosticado com adenocarcinoma do pulmão estadio IVA (T1cN0M1a) por metastização pleural. Tratamento inicial com quimioterapia (cisplatino/pemetrexed) com controlo da doença durante 3 meses, altura em que se objetivou progressão ganglionar. A análise molecular de biópsias pleurais identificou mutação no exão 19 do EGFR, pelo que o doente iniciou terapêutica com erlotinib (150 mg/dia). Manteve resposta sustentada durante 20 meses, altura em que a reavaliação imagiológica demonstrou progressão por metastização pulmonar. Com o intuito de pesquisa da mutação T790M de resistência a TKI de EGFR realizou biópsia líquida, que foi negativa. Proce- deu-se então a rebiópsia do tecido tumoral através de biópsia transtorácica, para exclusão de transformação histológica e nova oportunidade de análise molecular que, no entanto, se revelou novamente negativa para mutações de resistência. Dada a ausência de alterações genéticas susceptíveis de terapêutica dirigida, foi iniciada quimioterapia com docetaxel e nintedanib. A repetição de imagem após 5 meses revelou nova progressão pulmonar. Nesta altura foi repetida a pesquisa da mutação T790M em biópsia líquida que foi novamente negativa, mas tal não impediu a repetição de biópsia tumoral transtorácica, onde foi finalmente identificada a mutação T790M. O doente iniciou osimertinib (80 mg/dia) com resposta parcial notável após um mês de terapêutica, que mantém actualmente após 6 meses, associada a um excelente estado geral.

Discussão: O perfil clínico do doente (não fumador) e as opções terapêuticas limitadas após quimioterapia, impulsionaram a repetição de várias biópsias usando várias amostras (tecido/sangue). Este caso ilustra como a persistência no estudo em doentes com elevada suspeita clínica de mutações de resistência pode dar a oportunidade da realização de uma terapêutica alvo sequencial adequada com consequente recompensa na qualidade de vida e sobrevivência prolongada do doente.

Palavras-chave: Mutação EGFR. Mutação T790M. Rebiópsia. Osimertinib.

P145. REVISÃO PICTÓRICA DAS ALTERAÇÕES TORÁCICAS NAS DOENÇAS AUTO-IMUNES - O PAPEL DA RADIOLOGIA

C.A. Baraças, B. Cabrita, M.C. Tavares

Hospital Pedro Hispano.

Introdução: As doenças sistémicas auto-imunes são responsáveis por diferentes alterações torácicas, que são determinadas pelas características patofisiológicas de cada uma destas patologias. Algumas manifestações podem ser detetadas em radiogramas torácicos. Contudo, a tomografia computadorizada (TC) é o meio de diagnóstico mais adequado para documentar as alterações parenquimatosas pulmonares, das vias aéreas e da pleura, para além das presentes em outras estruturas torácicas.

Objetivos: O presente trabalho pretende reunir de forma sistematizada as manifestações imagiológicas torácicas das doenças sistémicas auto-imunes.

Métodos: Para a ilustração das doenças sistémicas auto-imunes foram utilizados casos clínicos avaliados no Serviço de Imagiologia da nossa instituição.

Resultados: Foram pesquisados casos clínicos de doenças sistémicas auto-imunes, nomeadamente doenças vasculares do colágeno, vasculites sistémicas, granulomatose com poliangeíte e síndrome de Churg-Strauss.

Conclusões: A avaliação imagiológica das doenças sistémicas auto-imunes é muito importante, não só como auxiliar no estabelecimento de um diagnóstico, como também para o seguimento destes doentes. A distribuição das manifestações torácicas está dependente do tipo de doença auto-imune. Na avaliação destes doentes pri-

vilegia-se a utilização de TC de alta resolução para uma melhor documentação das alterações parenquimatosas. As aquisições em expiração e em decúbito ventral permitem fazer a avaliação de eventual obstrução das pequenas vias aéreas e de vidro despolido. A imagiologia é um pilar importante na avaliação multidisciplinar das doenças sistémicas auto-imunes. É pois, por isso, muito importante conhecer as principais manifestações imagiológicas de cada uma das doenças sistémicas auto-imunes, por forma a obter um diagnóstico célere e a fazer um follow-up mais rigoroso.

Palavras-chave: Imagiologia. Auto-imune. Manifestações torácicas. Tomografia Computorizada.

P146. ADENOCARCINOMA PULMONAR - O ESPECTRO DAS ALTERAÇÕES IMAGIOLÓGICAS

C.A. Baraças, B. Cabrita, M.C. Tavares

Hospital Pedro Hispano.

Introdução: O adenocarcinoma pulmonar é o tipo histológico mais comum de cancro pulmonar, e o seu aparecimento tem aumentado de forma significativa em não fumadores. Existem formas de apresentação típicas no estudo tomodensitométrico, facilmente identificáveis. Contudo, o adenocarcinoma pulmonar é responsável por um espectro alargado de manifestações imagiológicas. Estas vão desde alterações expressivas e agressivas, até formas de apresentação indolentes, e até mesmo de aspeto não maligno.

Objetivos: Este trabalho reúne várias formas de apresentação imagiológica do adenocarcinoma pulmonar.

Métodos: Para a ilustração das formas de apresentação do adenocarcinoma pulmonar, foram utilizados casos clínicos avaliados no Serviço de Imagiologia da nossa instituição.

Resultados: Os adenocarcinomas podem apresentar-se como lesões de crescimento rápido ou muito lento. Podem documentar-se na forma de nódulos sólidos ou massas pulmonares, nódulos parcialmente sólidos ou em vidro despolido. Estes nódulos podem ser solitários ou múltiplos. Podem surgir inicialmente como lesões císticas / bolhosas, lesões cavitadas ou com calcificações. Podem ainda mimetizar pneumonias, infeções fúngicas, enfartes pulmonares ou lesões cicatriciais. O adenocarcinoma pulmonar pode também assemelhar-se a outros tipos de lesões malignas torácicas, como o linfoma.

Conclusões: O adenocarcinoma pode simular várias alterações torácicas, nomeadamente não malignas, o que obriga a uma avaliação apertada e ao conhecimento deste espectro imagiológico por parte do radiologista. As reuniões multidisciplinares, a história clínica do doente e os exames anteriores são peças fundamentais no diagnóstico destas lesões. O espectro imagiológico de apresentação do adenocarcinoma pulmonar vai desde lesões tipicamente malignas até processos que simulam alterações não malignas. É essencial que o radiologista saiba identificar estas alterações.

Palavras-chave: Imagiologia. Adenocarcinoma. Pulmão.

P147. A IMPORTÂNCIA DA CLÍNICA NA ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA!

B. Ramos, M.J. Pereira, A. Pego

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O cancro do pulmão constitui a principal causa de morte por cancro, sendo o subtipo não pequenas células o mais comum. Ilustra-se o caso de um doente com adenocarcinoma (ADC) do pulmão em que a resposta clínica evidenciada levou, apesar de não terem sido identificadas mutações, a uma exaustiva investigação adicional.

Caso clínico: Homem, 58 anos, com diagnóstico de ADC do pulmão em estadio IVA a 11/16 (cT4N3M1a). Mutações EGFR, ALK, BRAF e

ROS1 negativas e sem expressão de PDL1. Sem outros antecedentes pessoais ou medicação habitual. Ex-fumador, 30 UMA. Performance status 0. Medicado inicialmente com duplete de platino e pemetrexed, seguido de manutenção com pemetrexed até 8/17. Por progressão imagiológica foi proposto para nivolumab, que manteve durante 8 ciclos (9/17-4/18) mas por agravamento clínico, foi alterado para docetaxel (4-7/18). Apresenta nova progressão e a 11/18 inicia erlotinib como terapêutica de resgate, com excelente resposta sintomática e em exames complementares. Cerca de 12 meses depois, por agravamento clínico e imagiológico sob erlotinib, e atendendo à boa resposta aos inibidores do EGFR de 1ª geração, apesar de não haver identificação desta mutação, tentou-se pesquisar mutações de resistência. Foi sujeito a 3 biópsias de tecido, mas atendendo à localização do tumor, as amostras obtidas foram sempre escassas. Optou-se por realizar biópsia líquida, pese embora a metastização que apresenta seja torácica, o que minimiza a sensibilidade desta, sem deteção de mutações. Foi então submetido a EBUS que demonstrou deleção no exão 19. De acordo com o evidenciado no estudo AURA, em que a taxa de resposta ao osimertinib foi de 30% em doentes com esta deleção e mutação T790M negativa, foi solicitado este fármaco, que iniciou a 2/20.

Discussão: A deleção no exão 19 constitui cerca de 40-50% de todas as mutações EGFR e prediz boa resposta a estes inibidores. Apesar de ter iniciado o erlotinib como terapêutica de resgate, a melhoria clínica evidenciada levantou desde cedo a possibilidade de estarmos perante esta mutação, apoiada pela existência de heterogeneidade tumoral, levando-nos a uma pormenorizada investigação complementar. A confirmação da mutação em biópsia ganglionar permitiu iniciar o osimertinib com boa tolerabilidade, excelente resposta clínica e imagiológica.

Palavras-chave: Adenocarcinoma do pulmão. EGFR. Deleção exão 19. Mutação T790M.

P148. METÁSTASE SELAR DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

D.D. Rodrigues, J.F. Cruz, B. Fernandes, F. Aguiar, M.J. Araújo, L. Ferreira

Hospital de Braga.

Introdução: Metástases pituitárias do cancro de pulmão são raras e quando surgem, envolvem preferencialmente a hipófise posterior. O atingimento da hipófise anterior é pouco frequente.

Caso clínico: Homem de 75 anos, ex-fumador (5 UMA), com antecedentes de adenocarcinoma da próstata aos 61 anos tratado com radioterapia e hormonoterapia. Diagnosticado com adenocarcinoma pulmonar do lobo superior esquerdo estadio IIIB, sem mutações-alvo e com expressão de PD-L1 < 1%. Submetido a tratamento radical com carboplatino/vinorelbina e radioterapia concomitante. Apresentou progressão da doença oncológica com adenopatias mediastínicas contralaterais e metastização pulmonar bilateral, tendo sido proposto para quimioterapia com pemetrexed. Foi internado no serviço de Pneumologia por tonturas, desequilíbrio na marcha e dor lombar. Objectivamente encontrava-se hipotenso (TA 90/54 mmHg), pálido e com desequilíbrio na marcha. Sem outras alterações ao exame objetivo. Realizou ressonância magnética da coluna lombar que mostrou infiltração neoplásica difusa com fractura patológica recente a nível de L4 e L5. A ressonância de crânio revelou uma lesão ocupante de espaço na região selar esquerda condicionando afundamento do pavimento selar, com desvio marcado da adenohipofise. Dado o rápido crescimento foi considerado tratar-se de lesão secundária. Analiticamente mostrou alterações compatíveis com hipotireoidismo, hipogonadismo e insuficiência adrenal. Os valores de sódio e osmolaridade urinária excluíram diabetes insípido. O doente realizou radioterapia cerebral dirigida à hipófise e iniciou terapêutica com levotiroxina e hidrocortisona (sob orientação de Endocrinologia), com resolução gradual dos sintomas de tonturas e

desequilíbrio. Concomitantemente realizou radioterapia paliativa à região lombar, com melhoria das queixas álgicas. Teve alta orientado para a consulta de Pneumologia Oncológica com o intuito de iniciar quimioterapia, no entanto, por agravamento do estado geral, foi decidido tratamento de suporte.

Discussão: Este caso clínico evidenciou uma situação rara de metastização envolvendo a hipófise anterior que originou um quadro de panhipopituitarismo. Os sintomas do doente foram condicionados pelas alterações endocrinológicas, sem défices neurológicos associados, o que se deveu, em parte, ao um diagnóstico e tratamento atempados.

Palavras-chave: Adenocarcinoma pulmão. Metástase selar.

P149. TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DA PLEURA

D.D. Rodrigues, R. Pereira, L. Meira, F. Aguiar, M.J. Araújo, L. Ferreira

Hospital de Braga

Introdução: Os tumores fibrosos solitários da pleura são tumores mesenquimatosos raros, constituindo menos de 5% dos tumores da pleura. A maioria dos casos são assintomáticos ou apresentam sintomas respiratórios inespecíficos.

Caso clínico: Homem de 75 anos, fumador de 60 UMA, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, cardiopatia isquémica e portado de rim único. Recorre ao serviço de urgência encaminhado pelo Médico de Família por apresentar, em radiografia de tórax, hipotransparência de todo o hemitórax esquerdo. Referia quadro de astenia e dispneia de esforço com 2 meses de evolução e agravamento da tosse seca habitual. Concomitantemente com anorexia e perda ponderal de 1,5 Kg. Ao exame objectivo diminuição do murmúrio vesicular à esquerda. Analiticamente sem alterações de relevo. O TC de tórax revelou a presença de uma massa pleural esquerda com 18 cm, heterogénea, com componente necrótico adjacente à vertente posterior dos lobos superior e inferior esquerdos, com atelectasia parcial do parênquima adjacente. Associadamente apresentava derrame pleural de moderado volume homolateral, com desvio contralateral do mediastino, sem adenomegalias. Realizou PET-FDG que mostrou captação heterogénea e discretamente aumentada de FDG (SUV Max = 2,20) na referida massa pleural. O derrame pleural esquerdo não tinha tradução metabólica significativa. Foi realizada toracocentese diagnóstica e biópsia pleural cega, ambas com alterações compatíveis com inflamação e negativas para neoplasia. A broncofibroscopia mostrou alargamento dos esporões do brônquio lobar superior esquerdo e mucosa edemaciada com aspecto inflamatório. As biópsias brônquicas e a citologia do aspirado brônquico foram negativas para células neoplásicas. Foi submetido a biópsia transtorácica que revelou uma de neoplasia de padrão estoriforme e fasciculado, com células fusiformes com atipia citológica discreta, sem evidência de atividade mitótica nem áreas de necrose. A imunohistoquímica foi positiva para CD34 e STAT 6, compatível com tumor fibroso solitário. Foi discutido caso em consulta de grupo oncológico, ficando a aguardar avaliação por cirurgia torácica.

Discussão: Os tumores fibrosos da pleura apresentam crescimento indolente, com bom prognóstico a longo prazo. A ressecção cirúrgica é considerada o tratamento de 1ª linha nestes tumores.

Palavras-chave: Pleura. Tumor mesenquimatoso.

P150. EXPERIÊNCIA COM AFATINIB NO TRATAMENTO CANCRO DO PULMÃO DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS

D. Rodrigues, S. Sousa, M. Valério, A. Figueiredo, F. Barata

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Os inibidores da tirosina cinase (TKI) do recetor do fator de crescimento epidérmico (EGFR), como o Afatinib, consti-

tuem o tratamento de primeira linha no cancro do pulmão de não pequenas células (CPNPC) com mutação no gene do EGFR. A literatura descreve melhores sobrevidas livres de progressão (SLP) e menor perfil de toxicidade em comparação com esquemas de quimioterapia.

Objetivos: Caracterização dos doentes com CPNPC submetidos a tratamento com Afatinib em primeira linha e avaliação da eficácia e segurança da sua utilização na nossa população de doentes.

Métodos: Estudo retrospectivo, que incluiu todos os doentes com diagnóstico de CPNPC em tratamento com Afatinib em primeira linha, durante o período de 01/01/2017 a 01/08/2020 no Serviço de Pneumologia do Hospital Geral - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Foram recolhidos dados demográficos, clínicos e anatómico-patológicos, posteriormente processados em Microsoft Excel e SPSS.

Resultados: Foram incluídos 17 doentes, com mediana de idade de 70,4 anos (52 a 87 anos). A maioria do sexo feminino (76,5%) e com performance status de 0-1 (94,1%). Todos apresentavam diagnóstico de adenocarcinoma com mutação do EGFR (dos quais 52,9% no exão 19). Em termos de estadiamento TNM, a maioria era T4 (52,9%), N2 (70,6%) e M1 (88,2%, dos quais 41,2% M1c). O tratamento com Afatinib foi iniciado, na maioria dos doentes, na dose de 40 mg, com posterior ajuste em função da tolerância. Catorze doentes (82,4%) apresentaram toxicidade, dois dos quais com necessidade de suspensão do tratamento. A taxa de resposta foi de 70,6% (12 casos). Observou-se progressão em sete doentes (41,2%), com SLP de 10,7 meses (4 a 27 meses). Destes, quatro faleceram, dois passaram a esquema de quimioterapia e um para Osimertinib. Dos doentes que não evidenciaram progressão, cinco mantêm tratamento com Afatinib, três faleceram e dois, por toxicidade, suspenderam o Afatinib. A sobrevivência média global da amostra foi de 16,7 meses (1 a 42 meses).

Conclusões: Apesar da dimensão da amostra, o Afatinib demonstrou, em concordância com os ensaios clínicos, ser um tratamento eficaz em doentes com CPNPC avançado, com mutação EGFR, apresentando boa taxa de resposta e longa sobrevida. Os efeitos secundários, embora frequentes, não implicam, na maioria dos casos, limitação ao uso do fármaco.

Palavras-chave: Afatinib. CPNPC. EGFR. TKI.

P151. PNEUMONITE POR ALECTINIB - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

D. Rodrigues, S. Sousa, M. Valério, A. Figueiredo, F. Barata

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O Alectinib, um inibidor do Anaplastic Lymphoma Kinase (ALK) de segunda geração, é um fármaco chave no tratamento do adenocarcinoma do pulmão com mutação do ALK. Apesar da eficácia documentada pela literatura, o fármaco apresenta vários efeitos secundários, dos quais a pneumonite constitui um evento raro, mas grave.

Caso clínico: Mulher, 64 anos, ex-fumadora, com seguimento em consulta de Ortopedia por lesão óssea no fémur direito, cuja biópsia sugeriu tratar-se de metástase de neoplasia do pulmão. Realizada tomografia computadorizada (TC) do tórax que identificou lesão pulmonar passível de abordagem por via transtorácica. A biópsia revelou um Adenocarcinoma do pulmão, com expressão de PD-L1 de 30% e rearranjo ALK positivo. Estádio IVB (T1b N0 M1c). Procedeu-se a cirurgia da lesão femoral seguida de radioterapia. Paralelamente foi iniciado tratamento com Alectinib em primeira linha. Dois meses após início de Alectinib, a doente foi encaminhada ao Serviço de Urgência por queixas de dispneia e tosse seca, com quatro dias de evolução e agravamento progressivo. Foi internada no Serviço de Pneumologia do CHUC, onde realizou AngioTC do tórax, que evidenciou extensa densificação parenquimatosa bilateral, com broncograma aéreo, traduzindo alterações inflamatórias. O diagnóstico de

Pneumonia foi assumido e a doente completou tratamento com antibioterapia. Seis dias após alta, desenvolveu dispneia, tosse seca e desconforto torácico, pelo que foi novamente internada e medicada com antibiótico e corticóide sistémico. Realizou TC Tórax que evidenciou padrão NSIP, pelo que se assumiu o diagnóstico de Pneumonite relacionada com Alectinib. Perante os achados, repetiu-se TC Tórax e realizou PET-TC. Ambos evidenciaram estabilidade da lesão tumoral e melhoria progressiva do padrão inflamatório. Foi então decidido, em reunião multidisciplinar, a suspensão definitiva do Alectinib, mantendo-se corticoterapia em esquema de redução progressiva até 10 mg/dia.

Discussão: O diagnóstico e tratamento precoce da pneumonite associada ao uso de inibidores da tirosina cinase constitui um enorme desafio, com forte impacto na morbi-mortalidade. Embora se trate de um evento raro, é expectável que, com o crescente uso destes fármacos, a sua frequência aumente, pelo que o seu conhecimento deverá fazer parte da bagagem do pneumologista.

Palavras-chave: Adenocarcinoma. ALK. Alectinib. Pneumonite.

P152. APRESENTAÇÃO RADIOLÓGICA E FATORES DE RISCO DO SÍNDROME DE DIFERENCIAÇÃO

J. Borges¹, I. Farinha², F. Fradinho¹, E. Faria²

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A síndrome de diferenciação (SD) é uma complicação potencialmente fatal do tratamento da leucemia promielocítica aguda (LPA) com ácido transretinóico (ATRA), que ocorre em até 25% dos casos e geralmente 7 a 12 dias após o seu início. Diagnostica-se pela presença de três ou mais achados clínicos (como febre, ganho ponderal, hipotensão e dispneia) e/ou radiológicos na ausência de outra causa.

Objetivos: Caracterização clínica e radiológica dos casos de SD dos doentes com LPA admitidos num hospital central durante 10 anos.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes internados com LPA que foram tratados com ATRA.

Resultados: Foram identificados 44 casos com uma idade média de 50,2 anos, dos quais 54,5% do sexo feminino. A SD foi diagnosticado em três doentes (6,8%) dos quais duas mulheres e que apresentavam 40, 44 e 68 anos de idade. A SD desenvolveu-se entre o 5º e 15º dias de tratamento. No início da apresentação, os doentes apresentavam em média: leucocitose de 64,5 G/l; creatinina 0,8 mg/dL; LDH de 487 U/l; e contagem de blastos periférica de 64%. Comparativamente aos doentes que não desenvolveram SD, a contagem de leucócitos (M = 11,8) e de blastos (M = 37,7) era superior. A apresentação clínica incluiu dispneia e febre em todos, ganho de peso em dois e hipotensão num doente. Nenhum dos doentes apresentou lesão renal aguda. A radiografia torácica apresentava opacidades reticulares difusas em dois doentes e consolidação parenquimatosa, aumento do índice cardiotorácico e derrame pleural em um doente cada. O derrame pleural tratava-se de um exsudato com predomínio de linfócitos, sem blastos. Foi suspenso o fármaco suspeito em todos e iniciada corticoterapia com dexametasona 10mg de 12 em 12 horas. Recorreu-se a ventilação mecânica não invasiva em dois doentes e a oxigenoterapia em todos.

Conclusões: A incidência na amostra encontra-se dentro do descrito na literatura. A apresentação clínica mais comum foi com dispneia e febre e todos os doentes tiveram uma boa evolução que poderá ter relação com a sua deteção precoce. Os fatores que prevêm o desenvolvimento do SD ainda não estão definidos. Os fatores sugeridos na literatura foram comparados e, apesar do pequeno número de casos, parece haver um risco aumentado de SD quanto maior a leucocitose e contagem de blastos ao diagnóstico.

Palavras-chave: Leucemia promielocítica. Síndrome de diferenciação. ATRA.

P153. SUSPEITA DE ASPERGILOSE INVASIVA EM IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA

J. Borges¹, I. Farinha², F. Fradinho¹, E. Faria²

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A Doença Granulomatosa Crónica (DGC) é uma doença heterogénea por defeitos na NADPH oxidase, que resultam na incapacidade dos fagócitos em destruir certos microorganismos. Caracterizada por infeções bacterianas e fúngicas graves como aspergilose pulmonar.

Caso clínico: Homem de 19 anos que recorreu à urgência por febre, tosse produtiva e emagrecimento. De referir antecedentes de DGC ligada ao X, previamente sob Sulfametoxazol/Trimetoprim 800/160 mg e Itraconazol 200 mg. Fumador e trabalhava na separação de plásticos contaminados. À admissão com PCR elevada e sem insuficiência respiratória. A radiografia do tórax evidenciava infiltrados nodulares bilaterais de novo. Foi iniciada antibioterapia empírica. Durante o internamento, a tomografia computadorizada (TC) do tórax revelava múltiplos nódulos com sinal do halo em todos os lobos pulmonares, alguns apresentando cavitação. A videobroncofibroscopia não apresentava alterações endobrônquicas e a citologia do aspirado brônquico (AB) apresentava células inflamatórias predominantemente PMN. Sem isolamento de agentes microbiológicos na expectoração, AB, lavado broncoalveolar, hemoculturas, urina e fezes, por exame cultural ou por biologia molecular. Dada elevada suspeita de Aspergilose invasiva, foi iniciado voriconazol endovenoso e pesquisada a PCR para *Aspergillus* (A.) e outras estirpes fúngicas na expectoração e Galactomannan sérico que foram negativos. Identificaram-se anticorpos IgE e IgG específicos contra *A. Fumigatus*. Foi realizada biópsia torácica guiada por TC a uma lesão com alterações compatíveis com DGC e sem fungos e/ou micobactérias. Após 6 semanas teve alta com melhoria clínica e analítica embora não radiológica. Um mês depois foi alterado antifúngico para Posaconazol por fotosensibilidade. Após 6 meses de terapêutica antifúngica apresentou redução e desaparecimento de algumas lesões, não se identificando nódulos cavitados.

Discussão: Salienta-se o desafio diagnóstico desta entidade infecciosa em doentes com DGC devido à baixa sensibilidade de estudos como Galactomannan sérico. É importante o reconhecimento de infeções fúngicas assim, mesmo uma suspeita forte, motiva terapêutica agressiva. Este caso implicou uma equipa multidisciplinar com seguimento de opinião de peritos, já que permanece controversa na literatura sobre a terapêutica.

Palavras-chave: Doença granulomatosa crónica. *Aspergillus*.

P154. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASSIVO EM JOVEM COM SÍNDROME DO OVÁRIO POLIQUÍSTICO

S.C. Martins, J. Barata, M. Baptista, A. Craveiro, D. Pimenta, I. Vicente, E. Magalhães, M.J. Valente, M.S. Valente

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma doença multifatorial e uma causa comum de mortalidade cardiovascular. Uma possível condição predisponente, embora ainda incompletamente caracterizada, é a Síndrome do Ovário Poliquístico (SOP), uma das endocrinopatias mais comuns nas mulheres em idade reprodutiva. Estudos indicam um risco de incidência de eventos trombóticos 1,5-2,0 vezes superior ao da população saudável, independentemente do uso de anticoncepcional oral (ACO) ou de excesso ponderal, explicado, em parte, por um desequilíbrio da hemostase, a favor de hipofibrinólise. Permanece controverso se o uso concomitante de ACO condiciona risco adicional de complicações.

Caso clínico: Jovem de 20 anos, com história de SOP manifestada por irregularidades menstruais e hirsutismo exuberante, sob Cipro-

terona 2 mg/Etinilestradiol 0,035 mg, IMC 20,2 Kg/m² e sem antecedentes pessoais ou familiares de coagulopatias; não fumadora, mas sedentária desde há 1 mês no âmbito do confinamento pela pandemia de SARS-CoV-2. Desenvolve um quadro súbito de precordialgia e lipotimia ao fim de 2 dias com dor e edema do membro inferior direito, apresentando-se hemodinamicamente instável, em taquicardia sinusal, taquipneia e hipoxemia. Analiticamente, com D-dímeros de 36.895 ng/mL e elevação de marcadores de necrose do miocárdio. O diagnóstico de TEP bilateral extenso, complicado com disfunção do ventrículo direito, foi confirmado por angio-TC e ecocardiograma, respetivamente, classificando-se como condição com alto risco de mortalidade segundo Pulmonary Embolism Severity Index (PESI 110). Foi submetida a trombólise sistémica, com boa evolução. Posteriormente, iniciou anticoagulação oral com edoxabano 30 mg id e suspendeu terapia hormonal exógena.

Discussão: Este caso clínico ilustra como um TEP agudo inaugural se pode manifestar de forma extensa, grave e potencialmente fatal em doentes jovens, aparentemente saudáveis, o que enaltece a importância de um reconhecimento precoce de fatores de risco associados a este evento. Compreender a SOP como uma condição predisponente é uma questão clinicamente relevante e que deve ser considerada na abordagem de doentes com este distúrbio, devendo os clínicos estar alertas para a adoção de estratégias preventivas, necessidade de discussão multidisciplinar sobre tratamento a longo prazo e gestão dos múltiplos fatores de risco.

Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar massivo. Síndrome do ovário poliquístico.

P155. DILEMAS DE DIAGNÓSTICO - PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÓNICA OU FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA?

M.M. Baptista, J. Barata, S. Martins, A. Craveiro, D. Rocha, M.J. Valente, M.S. Valente

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Introdução: A Pneumonia eosinofílica crónica (PEC) caracteriza-se pela acumulação anormal de eosinófilos no interstício e alvéolos. O seu diagnóstico baseia-se na apresentação clínica, imagiológica e no lavado broncoalveolar (LBA), mas pode ser necessária biópsia cirúrgica.

Caso clínico: Mulher, 53 anos, ex-fumadora de 60 UMA, com dispneia de esforço e tosse não produtiva com 2 anos de evolução. Antecedentes de enfarte agudo do miocárdio, hipertensão arterial e dislipidemia. Apresentava insuficiência respiratória parcial e crepitações inspiratórias bibasais à auscultação. A TC torácica revelou padrão reticular difuso e áreas de favo de mel de predomínio subpleural. Provas funcionais respiratórias inicialmente normais, exceto diminuição da DLCO (59,2%). Analiticamente, linfocitose, sem eosinofilia, PCR, VS, IgE total, imunoglobulinas e precipitinas aviárias normais. LBA com alveolite linfocítica, 2,5% eosinófilos e relação CD4/CD8 de 0,6, citologia e exame microbiológico negativos. Colocada hipótese diagnóstica de fibrose pulmonar, mas na biópsia cirúrgica o diagnóstico histopatológico foi de PEC. Foram excluídas outras causas, como drogas ou infeções parasitárias, sugerindo origem idiopática. Verificou-se ligeira melhoria clínica com corticoterapia sistémica e inalada e dupla broncodilatação, com introdução posterior de azatioprina para redução de dose de corticoide. Apesar destas medidas, a doente apresentou deterioração progressiva clínica, funcional e imagiológica, com padrão restritivo (FVC 54,3%, FEV1 55,55%, TLC 59,3%), DLCO 41,8% e áreas extensas de favo de mel e enfisema na TC torácica. 10 anos após o diagnóstico a doente apresentava grande limitação das atividades de vida diária com dispneia e dessaturação para mínimos esforços e necessidade de oxigenoterapia contínua e de deambulação. Foi proposta para transplante pulmonar, mas veio a falecer antes.

Discussão: Neste caso clínico, o exame histopatológico foi diagnóstico de PEC, apesar da ausência de eosinofilia periférica ou

alveolar, questionando o valor destes achados no diagnóstico. Apresentamos este caso pelo comportamento progressivo e agressivo desta patologia, mais característico da Fibrose pulmonar idiopática. Esta evolução poderá ser explicada, em parte, pelo elevado grau de fibrose presente na TC e biópsia ao momento do diagnóstico.

Palavras-chave: *Pneumonia eosinofílica. Fibrose pulmonar.*

P156. ATROFIA DE SISTEMAS MÚLTIPLOS: SUSPIROS INSPIRATÓRIOS COMO CHAVE PARA UM DIAGNÓSTICO PRECOZE?

J.N. Caldeira, A.C. Brás, SR. Sousa, J. Serra, F. Teixeira, J. Moita

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A atrofia dos sistemas múltiplos (MSA) é uma doença neurodegenerativa rapidamente progressiva do adulto caracterizada por disfunção autonómica associada a ataxia cerebelosa, parkinsonismo ou sinais piramidais. Está frequentemente associada a perturbações do sono, em particular o distúrbio comportamental do sono REM (RSBD), mas também distúrbios respiratórios, como SAOS ou estridor. A determinação de achados polissonográficos precedentes do estridor poderá permitir a adoção de estratégias que mitiguem o surgimento desta complicação potencialmente fatal.

Caso clínico: Os autores reportam o caso de uma mulher de 63 anos, hipertensa, com seguimento em Psiquiatria do Sono de longa data por insónia inicial em relação com síndrome depressiva. Estava medicada com quetiapina e sertralina. Após início de atividade motora relacionada com os sonhos vividos e agressivos, fez PSG para exclusão de RSBD. A PSG apresentava um índice de microdespertares 42,4%, RDI de 18,9/h, índice de PLMS de 67,5/h, e ausência de atonia no sono REM, com gesticulação e soniloquos - fez-se o diagnóstico de SAOS associada a PLMS e RSBD, e iniciou terapêutica com APAP e clonazepam. Em avaliações posteriores, foram objetivadas políminimioclonias distais e dismetria bilateral dos membros superiores, disartria escândida e marcha atáxica. Assumiu-se o diagnóstico provável de MSA do tipo cerebeloso e iniciou levodopa com carbidopa. Uma revisão da PSG, com vista a melhor caracterização dos eventos respiratórios e despiste de estridor, além de ter confirmado a presença de hipopneias e apneias em número moderado, concluiu a existência de frequentes suspiros inspiratórios nas diferentes fases do sono.

Discussão: Reportamos um caso de MSA com um achado polissonográfico pouco conhecido da doença - suspiros inspiratórios. O seu significado é ainda incerto. Contudo, estes suspiros poderão preceder o estridor, pelo que o Pneumologista /Especialista do Sono deve estar alerta para a sua existência. Uma avaliação cuidada da PSG dos doentes com MSA, em particular dos eventos respiratórios, é fundamental, com vista não só à adoção de estratégias que minimizem o risco de morte súbita nestes doentes, mas também no diagnóstico precoce de uma doença neurodegenerativa.

Palavras-chave: *Suspiros inspiratórios. Atrofia de sistemas múltiplos. SAOS. Polissonografia.*

P157. SÍNDROME DE PRADER-WILLI: UM CONJUNTO DE PREDISPONETES PARA UM SONO DESREGULADO

J.N. Caldeira, A.C. Brás, S.R. Sousa, F. Teixeira, J. Moita

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A síndrome de Prader-Willi é uma doença multissistémica originada pela perda da expressão génica no cromossoma 15q11-q13. Está associada a alterações morfológicas, anormalidades no controlo ventilatório e disfunção hipotalâmica que, no seu conjunto, facilitam o surgimento de complicações respiratórias e distúrbios do sono.

Caso clínico: Os autores reportam o caso de uma jovem de 25 anos, com síndrome de Prader-Willi, obesa, amigdalectomizada, com diagnóstico prévio de síndrome de resistência das vias aéreas superiores. Iniciou seguimento em consulta de Patologia do Sono por sonolência diurna excessiva (SDE) e roncopatia. Realizou PSG nível I que revelou excesso de sono lento profundo, eficiência de 92% e RDI de 5/h (em sono REM, 12,1/h); MSLT com latência ao sono de 10,3 minutos e 3 soREM, levantando a suspeita de uma narcolepsia secundária. A capnografia revelou um valor máximo de 52 mmHg. Uma irregularidade nos horários do sono foi confirmada por actigrafia. Após discussão em reunião multidisciplinar, a doente foi observada na Consulta de Psicologia do Sono com vista à otimização dos horários do sono. Apesar das melhorias verificadas a este nível, mantinha SDE, pelo que, após nova reunião multidisciplinar, foi optado por, do ponto de vista neurológico, iniciar modafinil e, pela SAOS, colocar DAM. Embora com melhoria da roncopatia, a doente manteve SDE, pelo que iniciou metilfenidato, com melhoria significativa dos sintomas diurnos. Atualmente, a doente encontra-se com discreta sonolência diurna residual não limitativa para as atividades de vida diária ou rebate na sua qualidade de vida.

Discussão: Este caso ilustra a necessidade de uma abordagem multissistémica nos doentes com Síndrome de Prader-Willi, na medida em que vários fatores concorrem para a hipersonolência diurna. Demonstra o papel não só do pneumologista, mas também de um acompanhamento multidisciplinar especializado, evidenciando a importância dos Centros de Medicina do Sono.

Palavras-chave: *Síndrome de Prader-Willi. SAOS. Sonolência diurna excessiva.*

P158. VANISHING LUNG SYNDROME: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R.J. Cordeiro, A. Nunes, C.R. Silvestre, N. André, A. Domingos

Centro Hospitalar do Oeste.

Introdução: O enfisema bolhoso idiopático de grandes bolhas (vanishing lung syndrome) é uma entidade rara descrita sobretudo em fumadores, que se comprova pela presença em TC-Torácica de extenso enfisema parasseptal que progressivamente se funde em bolhas de grandes dimensões. Os factores de risco incluem sexo masculino, tabagismo, deficiência de alfa-1-antitripsina e consumo de cannabis. A distribuição das bolhas é geralmente unilateral e assimétrica. O pneumotórax hipertensivo é uma das complicações das potencialmente fatais. O tratamento de eleição é a bulectomia.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma doente, 52 anos, melanodérmica. Antecedentes de hipopituitarismo secundário, asma brônquica, conjuntivite alérgica. Ex-fumadora de 20UMA com consumos moderados de álcool e seguida na consulta de pneumologia por ACO (asthma-copd overlap) associada a enfisema bolhoso. As provas de função respiratória constataavam obstrução moderada sem resposta a broncodilatação e com compromisso moderado da DLCO. A TC-Torácica da 1ª consulta em 2015 mostrava enfisema parasseptal bilateral com maior incidência nos apices pulmonares. Do estudo laboratorial efetuado destacava-se IgE total 287 UI/ml, testes sensibilidade cutânea negativos e doseamento de alfa1-antitripsina normal. Em 2019 objetivou-se agravamento progressivo das bolhas enfisematosas, com confluência das bolhas no ápex direito e formação de bolha gigante (> 1/3 ocupação do campo pulmonar direito). O caso foi discutido com a Cirurgia Torácica e dados os riscos optou-se por tratamento conservador. A doente recorreu ao SU em março de 2020 por tosse, toracalgia e dispneia. A imagiologia de tórax mostrou pneumotórax à direita com colapso pulmonar completo. Foi efetuada drenagem torácica sem expansão pulmonar, mesmo sob aspiração. A doente foi transferida para o serviço de Cir. Torácica para realização de bulectomia cirúrgica que decorreu sem complicações. Consulta de seguimento com melhoria clínica e expansão pulmonar completa.

Discussão: A principal causa da formação de bolhas enfisematosas gigantes é o tabagismo. O verdadeiro papel da ruptura de bolhas como causa de pneumotórax espontâneo ainda não é conhecido. Apresentamos assim um caso raro de uma doente com síndrome de “vanishing-lung” complicada de pneumotórax e com boa resposta à intervenção cirúrgica.

Palavras-chave: *Enfisema. Bolhoso. Vanishing. Lung.*

P159. EXPECTORAÇÃO SALGADA - SEMIOLOGIA ESQUECIDA DOS CARCINOMAS BRONQUIOALVEOLARES

A. T. Cunha, I. Farinha, S. Pereira, A. Figueiredo, F. Costa

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A “pneumonia” arrastada caracteriza-se pela persistência de alterações radiológicas para além do tempo esperado, existindo várias causas possíveis que devem ser investigadas. Os autores apresentam um caso clínico de um doente cuja história clínica atenta permitia ajudar a direcionar a investigação diagnóstica.

Caso clínico: Homem, 85 anos, ex-fumador de 80 UMA, hipertenso e com apneia obstrutiva do sono. Recorreu à urgência por dispneia para esforços e pieira com dois meses de evolução, sem melhoria após amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Por opacidade arredondada no lobo superior direito (LSD) foi encaminhado para consulta de pneumologia. Na consulta mantinha as queixas anteriores, tosse com expectoração mucopurulenta e anorexia; agravamento radiológico com opacidade heterogénea delimitada inferiormente pela cisura, pelo que foi medicado com levofloxacina após colheita de expectoração (que revelou posteriormente crescimento polimicrobiano). TC torácica com adenomegalia pré-vascular, consolidação de grande parte do LSD limitada pela cisura maior, com broncograma aéreo, focos de consolidação/ vidro despolido nos restantes lobos pulmonares, tendo sido considerado como mais provável o diagnóstico de pneumonia lobar com disseminação endobrônquica. Por agravamento clínico com insuficiência respiratória hipoxémica grave e novo agravamento radiológico foi internado. Durante a anamnese, o doente descrevia tosse com expectoração abundante salgada e perda ponderal, além dos outros sintomas. Colocou-se a hipótese de pneumonia criptogénica organizante e carcinoma bronquioalveolar. Foi realizada broncofibroscopia, tendo a citologia do lavado broncoalveolar revelado células neoplásicas compatíveis com adenocarcinoma primitivo do pulmão.

Discussão: As neoplasias são exemplo de situações que podem condicionar uma resolução radiológica mais lenta. A broncorreia com expectoração salgada era um dado semiológico classicamente descrito como associado ao carcinoma bronquioalveolar. Apesar da disponibilidade e fiabilidade dos meios de diagnóstico disponíveis atualmente, uma história clínica cuidada continua a ser fundamental para o direcionamento e obtenção rápida do diagnóstico, podendo muitas vezes obviar o pedido de alguns exames complementares.”

Palavras-chave: *Semiologia. Adenocarcinoma. Expectoração salgada.*

P160. A RELEVÂNCIA DA ETIOLOGIA NA HEMORRAGIA ALVEOLAR

A. T. Cunha, I. Farinha, S. R. Sousa, J. Rua, J. Fortuna

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A hemorragia alveolar (HA) é uma síndrome rara e uma urgência médica que pode ser causada por vários distúrbios de etiologia imune (HAI) e não imune (HANI). A tríade diagnóstica clássica engloba hemoptises, queda de hemoglobina (Hb) superior a 1 g/dl e infiltrado radiológico de novo.

Objetivos: Comparar fatores demográficos, clínicos, analíticos e a evolução hospitalar segundo a etiologia.

Métodos: Os registos clínicos de doentes admitidos no Hospital dos Covões por HA nos últimos 9 anos foram analisados retrospectivamente. Critérios de HA (1+2 ou 3; 1+4): 1-pelo menos um dos achados da tríade de HA; 2-lavado broncoalveolar progressivamente hemorrágico ou presença de hemossiderófagos; 3-preenchimento alveolar em TC compatível com HA; 4-ausência de bronquiectasias, sequelas de tuberculose pulmonar, traumatismo torácico ou malformação arteriovenosa.

Resultados: Foram incluídos 38 doentes, 60,5% doentes do sexo masculino e a média de idades foi de 61,05 ± 18,9 anos (p > 0,05). Dezanove doentes (42%) apresentavam HAI: Poliangeíte Microscópica (n = 7), Granulomatose de Wegner (n = 6), vasculite secundária ao propiltiouracilo (n = 2) e Lúpus Eritematoso Sistémico (n = 1), e os restantes 58% apresentavam HANI: disfunção ventricular esquerda (n = 1), estenose mitral severa (n = 1), edema agudo do pulmão (n = 1), enfarte pulmonar (n = 1), edema pulmonar por pressão negativa (n = 1), coagulopatia (n = 2), inalação de drogas (n = 2), fármacos (n = 2), ARDS (n = 1), infeção (n = 7), mieloma múltiplo (n = 1), leucemia mieloide aguda (n = 1), idiopático (n = 2). A duração dos sintomas foi significativamente maior nas HAI com 26,5 vs 14,0 dias (U = 64, p < 0,05). A tríade ocorreu em 42,1% dos doentes, queda Hb ≥ 1 g/dl em 76,3%, hemoptises em 86,8% e todos os doentes apresentavam infiltrados radiológicos de novo (p > 0,05). O atingimento renal ocorreu em 81,25% das HAI. A necessidade de cuidados intensivos ocorreu em 18,4% dos doentes e o tempo de internamento foi de 22,9 ± 24,5 dias (p > 0,05).

Conclusões: Os doentes com HAI apresentam sintomas com um tempo de evolução mais longo e, frequentemente, incluem queixas não respiratórias. A tríade clássica está presente em menos de metade dos doentes, dificultando o diagnóstico. É necessário elevado grau de alerta de forma a iniciar tratamento dirigido e evitar a falência respiratória aguda e morte.

Palavras-chave: *Hemorragia alveolar. Vasculite.*

P161. RASTREIO DE CANCRO PULMONAR - TC DE BAIXA DOSE UMA ARMA EFICAZ?

A. A. Ferreira, J. Macedo, P. Gomes, P. Donato

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O cancro do pulmão é o tipo mais comum de todos os tumores malignos, com uma incidência crescente em Portugal, tal como se sucede a nível mundial. É o cancro mais mortal e apesar dos avanços no tratamento, permanece incurável em muitos doentes devido ao estadio avançado na altura do diagnóstico. Perante este cenário, as formas mais eficazes de diminuir a mortalidade pela doença são por meio da prevenção primária e secundária, no qual a tomografia computadorizada (TC) de baixa dose tem um papel relevante no diagnóstico precoce. Em Portugal não existe nenhum exame de imagem padronizado para o rastreio do cancro do pulmão, havendo nos últimos anos um interesse crescente no uso de técnicas de TC de baixa dose pela sua sensibilidade na deteção de neoplasias do pulmão.

Objetivos: Discutir o papel da TC de baixa dose no rastreio e diagnóstico do cancro pulmonar. Pretende-se abordar as vantagens da TC de baixa dose, no rastreio e diagnóstico do cancro do pulmão, comparativamente a outros métodos de imagem.

Conclusões: A TC de baixa dose é um exame que apresenta doses de radiação próximas de uma radiografia simples. Esta técnica de imagem apresenta maior sensibilidade na identificação de nódulos pulmonares suspeitos e permite uma deteção mais precoce quando comparada com a radiografia do tórax. A utilização como método de rastreio poderá abrir novas perspectivas no diagnóstico precoce desta doença, com um impacto expectável no prognóstico, nomeadamente aumento da sobrevida.

Palavras-chave: Cancro do pulmão. Tomografia computadorizada. Rastreio.

P162. DOENÇA PULMONAR DIFUSA E NEFROPATIA IGA - QUE ASSOCIAÇÃO?

V. Fernandes, G. Gonçalves, S. Freitas, T.M. Alfaro, C.R. Cordeiro
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: As doenças autoimunes renais são entidades raras com apresentações clínicas diversas e prognósticos variáveis. Algumas, de que são exemplo as vasculites, podem cursar com manifestações pulmonares importantes.

Caso clínico: Senhora de 57 anos enviada a consulta de Nefrologia por hematuria e proteinúria 9 anos de evolução, associadas a elevação da creatinina. Do estudo complementar destaca-se ANA positivos, anti-dsDNA, ANCA e anti-cardiolipina negativos, C3 e C4 normais; biópsia renal: glomerulonefrite mesangial e glomeruloclerose - padrão de nefrite intersticial crónica com depósitos IgA, IgM e C3; radiografia torácica normal. Admitiu-se o diagnóstico de Nefropatia IgA. Cumpriu 6 meses de corticoterapia com subsequente desmame, verificando-se estabilidade da função renal. Seis anos depois, referenciada a consulta de Pneumologia por tosse e cansaço com vários meses de evolução. Apresentava positividade cANCA e pANCA de novo (anti-PR3 6,8 U/mL, anti-MPO 14 U/mL). TCAR com nódulos infracentrítricos cavitados em ambos os lobos inferiores. Culturas de lavado broncoalveolar e aspirado brônquico negativas. Na presença de imagens sugestivas, e face à suspeita de vasculite com envolvimento pulmonar, admitiu-se o diagnóstico provável de Granulomatose com Poliangeíte, mantendo-se vigilância pela estabilidade funcional e imagiológica. Por quadro de hemoptises, repetiu broncofibroscopia - não sugestiva de hemorragia alveolar. Houve isolamento de *Mycobacterium avium* complex pelo que iniciou tratamento antibacilar, com melhoria das alterações inflamatórias intersticiais. A doente apresentou deterioração progressiva da função renal tendo iniciado programa de diálise peritoneal, sem tratamento imunossupressor adjuvante.

Discussão: A associação entre Nefropatia IgA e vasculite, particularmente Granulomatose com Poliangeíte, é incomum. O diagnóstico de nefropatia IgA é geralmente posterior ao de vasculite, estando esta em fase de remissão. O caso aqui apresentado é raro, uma vez que o diagnóstico de nefropatia IgA precedeu o de vasculite. A correlação entre as duas entidades é ainda desconhecida. A elevação de IgA sérica pode estar presente em até 70% dos doentes com Granulomatose com Poliangeíte, o que sugere um mecanismo imunitário comum entre as patologias.

Palavras-chave: Nefropatia IgA. Nódulos pulmonares cavitados. Vasculite. Hemoptises.

P163. TRAQUEOBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA - DESCRIÇÃO DE 3 CASOS

V. Fernandes, J.O. Pereira, S.M. Cabral, T.M. Alfaro
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A traqueobroncopatia osteocondroplástica (TBOP) é uma doença rara frequentemente assintomática, e por esse motivo subdiagnosticada. Quando sintomática, associa-se a hemoptises e dispneia. A evolução é geralmente benigna podendo condicionar, nos casos graves, estenose com necessidade de tratamento dirigido. Fazemos o relato de 3 casos clínicos.

Casos clínicos: Doente 1 - senhor de 79 anos, não fumador. Queixas de hemoptises. TC torácica: projeções luminais traqueobrônquicas e vidro despolido disperso. Broncofibroscopia: lesões de TBOP dispersas na árvore traqueobrônquica, associadas a divertículos tra-

queias. Biópsia: hiperplasia de células basais e tecido ósseo com espaços de osteócitos (ossificação cartilaginosa). Manteve-se em vigilância clínica, sem intercorrências. Doente 2 - senhor de 65 anos, fumador passivo. Queixas de infeções respiratórias de repetição. TC tórax: irregularidade nodular da traqueia e bronquiectasias do lobo médio (LM). Broncofibroscopia: protusões brancas de consistência pétrea em toda a traqueia. Biópsia: inflamação crónica e hiperplasia epidermoide. Mantém seguimento em consulta de Bronquiectasias por infeção crónica. Doente 3 - senhora de 69 anos, não fumadora. Queixas de dispneia para esforços. TC tórax: estenose traqueal com 8m de menor calibre; dismorfia dos anéis traqueais; bronquiectasias do LM. Broncofibroscopia: estenose na transição dos 1/3 superior e médio da traqueia por lesões brancas das faces anterior e laterais; espessamento parietal traqueal posterior; lesões semelhantes nos brônquios principais. Biópsia: hiperplasia de células basais; fragmento de cartilagem com ossificação. A doente mantém vigilância imagiológica e endoscópica apertada.

Discussão: Os doentes encontravam-se entre as 7ª e 8ª décadas, sendo a idade superior à descrita. Obteve-se diagnóstico histológico em 2 doentes. Também 2 exibiam lesões traqueais dispersas e uma doente alterações mais localizadas. Em todos os casos a evolução foi indolente, sem necessidade de tratamento dirigido. Apesar disso, pelas diferentes apresentações clínicas, localizações, distribuição das lesões e alterações parenquimatosas associadas, este trabalho ilustra a heterogeneidade desta patologia.

Palavras-chave: Traqueobroncopatia osteocondroplástica. Estenose traqueal. Broncofibroscopia.

P164. PULMONARY ARTERY ATRESIA: A SINGULAR PRESENTATION FOR A RARE DIAGNOSIS

J.O. Pereira, V. Fernandes, T.M. Alfaro, M. Afonso
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introduction: Unilateral pulmonary artery atresia is a rare anomaly and is commonly accompanied by congenital heart disease, such as tetralogy of Fallot and septal defects.

Case report: 55-year-old female admitted to the ER with productive cough, dyspnoea and fatigue with progressive worsening in the previous 4 days. She reported a history of systemic hypertension treated with enalapril, but denied any other medical history, including respiratory symptoms and recurrent chest infections. On physical examination she was polypneic, febrile and her lung auscultation revealed scattered ronchi. Her lab tests showed profound hypoxemia and elevation of inflammatory markers. Chest X-ray demonstrated right lung volume loss and mediastinal enlargement, with no clear parenchymal opacities. Nasopharyngeal swab confirmed influenza A. The patient was started on oseltamivir but her condition deteriorated, and she required invasive mechanical ventilation. Chest-CT showed scattered areas of ground glass opacities and consolidation, bronchial thickening, emphysema and loss of volume of the right lung with a suspicion of right pulmonary artery atresia, which was later confirmed with CT pulmonary angiography. Despite the isolation of *Staphylococcus aureus* from the bronchial aspirate, endorsing a diagnosis of bacterial superinfection, her clinical condition evolved favourably and she was discharged from the hospital after 41 days. She reported no breathing difficulties and had normal oxygenation at the time of discharge. She was referred to a congenital heart disease clinic.

Discussion: The authors report this case of pulmonary artery atresia incidentally diagnosed in an adult patient with a severe respiratory infection but no previous respiratory medical history. Even when isolated, this entity is rarely diagnosed in adults.

Keywords: Pulmonary artery atresia. Pulmonary vascular disease. Pneumonia. Influenza A virus.

P165. ORGANIZING PNEUMONIA: UNCOMMON PRESENTATION OF NON-TUBERCULOUS MYCOBACTERIAL INFECTION

J.O. Pereira, V. Fernandes, T.M. Alfaro

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introduction: Organizing Pneumonia may emerge as response to lung injury in several contexts, including infections, drug toxicity, autoimmune and neoplastic diseases. When idiopathic, it is called cryptogenic organizing pneumonia (COP). The wide range of differential diagnosis may pose as a major clinical challenge in the management of these patients

Case report: 58 year-old male referred for pulmonology consultation due to a nodular opacity on chest radiography. He was asymptomatic, had no remarkable findings on physical examination and had a history of post-intubation tracheal stenosis, successfully intervened two decades ago. Chest CT revealed a spiculated mass with pleural extension and PET/CT showed high 18F-FDG uptake, endorsing the high suspicion of neoplasm. Bronchoscopy was non-diagnostic and the patient was submitted to two transthoracic needle biopsies, which revealed inflammatory lesions in the presence lymphoplasmocytic infiltration, Langerhans giant cells and myofibroblastic proliferation, with no findings suggestive of neoplastic disease. Follow-up chest CT revealed regression of the lesion and a diagnosis of cryptogenic organizing pneumonia was assumed, so the patient was kept on clinical and imaging surveillance. After one year of follow-up, the reappearance of the lesion on chest CT triggered a multidisciplinary decision for bronchoscopic reassessment. Even though transbronchial biopsies were again unspecific, bronchial aspirate was positive for *Mycobacterium gordonae*. Classical histological and immunohistochemical staining methods were used for the evaluation of the performed biopsies, with negative results. Therapy with oral steroids therapy and anti-bacillary drugs was started.

Discussion: We report the case of an asymptomatic male diagnosed with cryptogenic organising pneumonia with an isolation of *Mycobacterium gordonae* on bronchial aspirate on follow-up. The association of organizing pneumonia and nontuberculous mycobacterial infection has been rarely reported. Response to treatment might help clarifying whether this association is causal or fortuitous.

Keywords: *Organising pneumonia. Interstitial lung disease. Non-tuberculous mycobacterial lung disease.*

P166. IMMUNOSUPPRESSION FACTORS IN ACTIVE TUBERCULOSIS PATIENTS

I. Farinha, P.N. Costa, P. Cravo Roxo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introduction: Immunosuppression is a known risk factor for tuberculosis (TB), since the susceptibility to infection and clinical manifestations depend on the immunological status of the host.

Objectives: The goal was to evaluate the prevalence and impact of immunosuppression factors at the time of active TB diagnosis.

Methods: Data on demographic information, comorbidities, site of TB and microbiological tests were collected from records of adult patients with active TB diagnosed in Coimbra Hospital and University Centre, Portugal, during a 10-year period (31/12/2009 to 31/12/2019). Immunosuppression was defined as the presence of at least one of the following factors at the time of diagnosis: long-term use of corticosteroid, biological or immunomodulatory drug, chemotherapy agent, cancer, autoimmune disease, diabetes, chronic kidney or hepatic disease, hepatitis C or HIV, splenectomy or genetic immunodeficiencies. Comparison between patients with and without immunosuppression factors was performed using SPSS. For descriptive statistics, median, mean and standard deviation (SD) were used. Chi-square test or Fisher exact test were used to com-

pare categorical variables. A value of $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: 350 active TB patients were included, 66.9% males. The median age was 54.00y (SD 19.50). The most common sites of disease were pulmonary (70.9%), pleural (8.6%) and lymph node TB (7.7%). *M. tuberculosis* was the most common agent identified (98.5%). Approximately one third of patients ($n = 126$) had at least one factor of immunosuppression, 76.2% of which were male, compared to 61.6% in the non-immunocompromised group ($p = 0.005$). Patients in the immunocompromised group were older (mean age 57.2 vs 52.6 years ($p = 0.031$)). No statistically significant differences were found when comparing for the site of active TB. However, in the immunocompromised group, there was an increased prevalence of the lymph node (9.5% vs 6.7%) and intestinal (2.4% vs 0.4%) sites.

Conclusions: In these patients with active TB, we found a high prevalence of immunosuppression factors at the time of diagnosis. Although no significant differences were found regarding both immunological states, the search for factors associated with a higher susceptibility to infection remains crucial in clinical practice.

Keywords: *Tuberculosis. Infectious diseases. Immunosuppression.*

P167. PERIPHERAL BLOOD EOSINOPHILIA IN CYSTIC FIBROSIS EXACERBATIONS - IS THERE A ROLE?

I. Farinha, P.N. Costa, F. Gamboa

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introduction: Cystic fibrosis (CF) is an autosomal recessive disease characterized by frequent pulmonary exacerbations and pancreatic insufficiency. The role of eosinophilia requires clarification in CF.

Objectives: This study had the goal of evaluating the prevalence and impact of peripheral blood (PB) eosinophilia in CF patients hospitalized due to pulmonary exacerbations.

Methods: Data on demographics, genotype, duration of hospital stay, symptoms, PB eosinophil count, pulmonary function tests, number of subsequent exacerbations and mortality were collected from medical records from 01-01-2015 to 31/12/2019. PB eosinophilia was defined as > 300 cells/uL and/or $> 3\%$ of total leukocyte count. Comparison between patients with and without PB eosinophilia was performed using SPSS. For descriptive statistics, median, mean and standard deviation (SD) were used. Statistical analysis regarding the duration of hospital stay and the incidence of new exacerbations consisted of Mann-Whitney U tests. The Wilcoxon test was used to compare the evolution of lung function parameters. Chi-square test or Fisher exact test were used to compare categorical variables. A value of $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: A total of 20 patients were included (57.1% females). The median age was 22.00y (SD 7.99). Eosinophilia was found in 42.9%. Homozygosity for F508del was the most frequent genotype (42.1%). No significant differences between eosinophilic and non-eosinophilic patients were obtained regarding the median duration of hospital stay (16.0 days (SD 3.8) vs 16.5 (SD 34.0) days, $p = 0.740$) and the mean incidence of new exacerbations (0.36/y vs 0.84/y, $p = 0.240$). The decline in pulmonary function test parameters (FEV1 (%), FVC (%) and FEV1/FVC (%)) was similar in both groups, before and after the first exacerbation, with no significant differences obtained. No patients died on the first exacerbation evaluated; 3 died in subsequent hospitalizations due to pulmonary exacerbations. No significant differences were found in both groups regarding mortality ($p = 0.553$).

Conclusions: In our study, the presence of eosinophilia did not seem to influence the lung function, duration of hospital stay and mortality in a significant manner.

Keywords: *Cystic fibrosis. Pulmonary exacerbations. Eosinophilia.*

P168. TUBERCULOSE ENDOMETRIAL: UM CASO RAROF.G. Oliveira¹, F. Nogueira², C. Gomes²¹Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. ²Centro Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches.

Introdução: A tuberculose pode afetar qualquer órgão, apresentando uma morbimortalidade globalmente elevada. A tuberculose pulmonar bacilífera é a forma mais comum de tuberculose, sendo a forma genitourinária rara nos países desenvolvidos e subdiagnosticada nos países em desenvolvimento, geralmente crónica, responsável por sintomas raros ou ligeiros, cuja afecção das trompas de falópio e do endométrio podem determinar infertilidade nas mulheres.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 63 anos, professora primária, natural de Angola, residente em Lisboa desde 12/2019, com hipertensão arterial e dislipidémia. Negava tuberculose prévia; contacto com doente com tuberculose pulmonar há 27 anos. Realizada primeira inoculação BCG, desconhecendo realização de revacinação. Sendo a doente assintomática, é avaliada em consulta de Ginecologia de rotina, realizando uma ecografia endocavitária com observação de lesão inespecífica do endométrio, cuja biópsia revelou endométrio atrófico, necrótico, descamativo. O exame directo

para micobactérias foi negativo e o cultural positivo para *Mycobacterium tuberculosis* complex multisensível. A doente foi referenciada para o Centro de Diagnóstico Pneumológico. Não apresentava alterações da avaliação laboratorial realizada, destacando-se evidência de bronquiectasias cilíndricas difusas na tomografia computadorizada do tórax. Iniciou terapêutica com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol por 2 meses, seguida de fase de manutenção de 4 meses com Isoniazida e Rifampicina, verificando-se uma evolução favorável, sem sequelas aparentes.

Discussão: O caso clínico pretende alertar para a suspeita clínica e desafio diagnóstico desta patologia rara nos países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, embora a incidência de tuberculose endometrial seja mais elevada, o diagnóstico é dificultado pelo acesso limitado a técnicas invasivas. Verifica-se o subdiagnóstico ou diagnóstico tardio, responsável por sequelas importantes (lesões endometriais avançadas, distorções uterinas, infertilidade). Destaca-se a importância do reconhecimento precoce das doentes com tuberculose endometrial, da instituição correcta e atempada da terapêutica dirigida, assegurando um adequado tratamento em fases precoces da doença, prevenindo complicações.

Palavras-chave: Tuberculose endometrial. *Mycobacterium tuberculosis*.