PULMONOLOGY JOURNAL

Previously **Revista Portuguesa de Pneumologia**

volume 28 / Special Congress 1 / Fevereiro 2022

12.º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico

Viseu, 30 de Setembro e 1 de Outubro de 2021

ISSN 2531-0429

www.journalpulmonology.org

SPP SOCIEDADE PORTUGUESA DE PNEUMOLOGIA

PULMONOLOGY

www.journalpulmonology.org

Volume 28. Especial Congresso 1. Fevereiro 2022

12.º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico

Viseu, 30 de Setembro e 1 de Outubro de 2021

Summary

Oral Communications 1

Presented Posters 3

Pulmonol. 2022;**28(Esp Cong 1)**:1-2

PULMONOLOGY

www.journalpulmonology.org

COMUNICAÇÕES ORAIS

12.º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico

Viseu, 30 de Setembro e 1 de Outubro de 2021

CO1. DUAS PANDEMIAS - TUBERCULOSE E COVID-19. QUE RELAÇÃO?

C. Negrão, C. Alves, L. Boavida, R. Sismeiro, M. Jonet, R.P. Oliveira

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A tuberculose e a COVID-19 são duas doenças pandémicas caracterizadas por sintomas respiratórios semelhantes. O surgimento da COVID-19 em Portugal, em Março 2020, determinou uma mudança do comportamento social caracterizado por distanciamento social, confinamento e uso de máscara, com limitação do acesso aos cuidados de saúde.
Objetivos: Avaliar a influência da recente pandemia COVID-19 na milenar pandemia da tuberculose.
Métodos: Análise estatística, descritiva e comparativa, retrospetiva dos casos de tuberculose diagnosticados nos 12 meses que antecederam a pandemia COVID-19 (grupo A) e nos primeiros 12 meses da mesma (grupo B) num hospital distrital.
Resultados: Foram considerados 158 casos, 98 no grupo A (A) e 60 no grupo B (B), correspondente a uma redução de 38% nos diagnósticos de tuberculose, sendo a forma mais frequente a tuberculose pulmonar (62% no A e 50% no B) com manifestações sintomáticas semelhantes entre grupos. O diagnóstico foi atrasado, em mediana, mais 3 dias (p = 0,047) após admissão hospitalar no grupo B [2 dias (IQ 1-10) no A e 5 dias no B (IQ 2-13)] e, em mediana, 60 e 65 dias após o início de sintomas, em A e B respetivamente (p = 0,142). Os achados radiológicos mais comuns foram a presença de cavitação (A 32% e B 20%, p = 0,85) e a hipotransparência no ápex (A 22% e B 37%, p = 0,192). Os principais fatores de risco foram idênticos nos dois grupos, destacando-se ser natural ou ter viajado de região endémica (A 46% e B 35%, p = 0,177), más condições de habitabilidade (A 22% e B 7%, p = 0,014) e o diagnóstico prévio de tuberculose (A 16% e B 11%, p = 0,42). No grupo B, 18% apresentaram infeção a SARS-CoV-2 durante o período de tratamento com antibacilares.
Conclusões: Como previsto pela Organização Mundial de Saúde, verificou-se uma diminuição do número de casos de tuberculose desde o início da pandemia COVID-19, persistindo a dúvida se esta traduz uma verdadeira redução da incidência ou uma redução dos rastreios e diagnósticos. Foi significativa a coinfecção de tuberculose e COVID-19 com uma percentagem superior à de infeções cumulativas nacionais, até abril de 2021 – 8%, sugerindo uma relação de suscetibilidade interdoenças, tanto pela imunossupressão conferida por cada uma destas, como pela maior exposição ao SARS-CoV-2 nas áreas de avaliação e tratamento de doentes respiratórios.

Palavras-chave: *Tuberculose. Tuberculose pulmonar. COVID-19. SARS-CoV-2.*

CO2. DYSPNEA AND POLYDIPSIA: A CASE OF LANGERHANS CELL HISTIOCYTOSIS

I. Farinha, A.T. Cunha, F. Costa

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introduction: Langerhans cell histiocytosis (LCH) is a rare disease characterized by the uncontrolled proliferation of dendritic cells. LCH predominantly affects children with a mean age of 3 years and is more prevalent in males, with a male-to-female ratio of 2:1. Bone lesions are the most common radiographic manifestation of LCH (in approximately 80% of patients), but other organs can be involved.
Case report: A 31-year-old female, former smoker of 15 pack-years, was referenced to a Pulmonology appointment following a four-month history of severe dyspnea (mMRC 3), dry cough and polydipsia (8 litres of water a day). There were no abnormalities on physical examination. Her pulmonary function tests showed a reduction in the diffusing capacity for carbon monoxide (DLCO 55,7% and KCO 62,3%). A chest radiograph revealed a bilateral interstitial pattern, predominantly on the superior lung fields. An HRCT-scan of the thorax was then performed for a better characterization showing "(…) multiple thin-walled cysts scattered bilaterally, and reticulation on the superior lobes, middle lobe and lingula, suggesting fibrosis and bronchiectases (…)". As the patient could not tolerate fasting due to polydipsia, a flexible bronchoscopy was not performed and the patient underwent a surgical lung biopsy instead: "distortion of the lobular pattern due to the presence of lesions following the bronchovascular bundles, formed by inflammatory cells, predominantly lymphoplasmacytic cells, eosinophils, macrophages and Langerhans cells characterized by the S100 protein and the CD1a marker." MRI of the pituitary gland showed neurohypophysitis and thickening of

2531-0437/© 2021 Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

the infundibulum. Central diabetes insipidus was then confirmed and treated with desmopressin. The final diagnosis of LCH with lung and pituitary involvements was established and the patient received 12 courses of cytarabin, with a complete response.
Discussion: LCH can affect any organ in the human body. Here we describe a rare case of pulmonary LCH with pituitary involvement, resulting in central diabetes insipidus. Due to the unspecific respiratory symptoms, this diagnosis required a high clinical suspicion.

***Keywords**: Langerhans cell histiocytosis. Dyspnea. Polydispsia.*

C03. DPOC EM TEMPOS DE COVID 19

M.J. Silva, C. Costa, S. Feijó

Centro Hospitalar de Leiria.

Introdução: Em Portugal a prevalência de DPOC situa-se nos 14% e continua a representar uma das principais causas de morte. Com o primeiro estado de emergência em Portugal a 18 março de 2020 o acesso aos cuidados de saúde esteve condicionado com a necessidade de realocação de recursos.
Caso clínico: Apresenta-se a casuística dos internamentos por exacerbação da DPOC pré e pós pandemia por SARS-CoV-2 no serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Leiria. Estudo retrospetivo. Incluídos os doentes com internamento por exacerbação aguda de DPOC de junho de 2018 a junho de 2021. No período pré pandémico, registaram-se 84 internamentos por exacerbação da DPOC, correspondente a 46 doentes. Os doentes eram, na maioria, do sexo masculino (n = 46; 90,2%) com média de idade de 70 anos. A maioria dos doentes internados (n = 21) eram Gold 4, Grupo D. Trinta e três doentes estavam sob oxigenoterapia (64,7%) e 25 ventiloterapia (49%). A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 10,7% (n = 9), todos classificados como Gold 4, Grupo D. No período pandémico, registaram-se 49 internamentos (31 doentes) que eram, maioritariamente, do sexo masculino (n = 26; 83,9%) com média de idade de 70 anos. A maioria dos doentes (n = 16; 51,6%) estavam classificados como Gold 4, Grupo D e 74,2% (n = 23) estavam sob oxigenioterapia e 67,7% (n = 21) ventiloterapia. A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 22,4% (n = 11). Os doente eram maioritariamente Gold 4, Grupo D (n = 4; 36%) e Grupo 3, Gold D (n = 3; 27%). Comparando os dois períodos, verificou-se uma diminuição de internamentos (58,3%), com um acréscimo de mortalidade (209%). A diminuição do número de internamentos durante a pandemia poderá não só estar relacionada com o melhor controlo da doença de base por melhoria da higiene respiratória, menor contacto interpessoal mas também receio de recorrer aos cuidados de saúde. O aumento da taxa de mortalidade intra-hospitalar poderá refletir o internamento de doentes mais graves, com pluripatologias ou que evitaram recorrer aos cuidados de saúde, condicionando maior gravidade da sua situação.
Discussão: Este estudo preliminar levanta várias questões, nomeadamente no real motivo que condicionou a redução de internamentos por doentes com DPOC, sendo necessário mais estudos/reflexão de modo a poder antecipar o aparecimento de novas pandemias ou mesmo o agravamento da de SARS-CoV-2.

***Palavras-chave**: DPOC. SARS-CoV-2. Internamento. Mortalidade.*

Pulmonol. 2022;**28(Esp Cong 1)**:3-52

PULMONOLOGY

www.journalpulmonology.org

POSTERS

12.º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico

Viseu, 30 de Setembro e 1 de Outubro de 2021

P01. TUBERCULOSE: DETERMINANTES PARA O CUMPRIMENTO DA TOMA DE OBSERVAÇÃO DIRETA

M. Oliveira, P. Ferreira, C. Carvalho

Unidade de Saúde Pública, ACeS Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte.

Introdução: A Toma de Observação Direta (TOD) é um componente principal do tratamento utilizado para o controlo da tuberculose (TB). É importante reconhecer que fatores estão associados ao seu cumprimento, no sentido de se ajustarem estratégias para melhorar os resultados do tratamento e facilitar o caminho para a eliminação da doença.
Objetivos: Determinar quais os principais fatores associados ao cumprimento da TOD nos casos de TB-doença, em tratamento, que foram a consulta nos Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP) na área metropolitana do Porto, entre novembro de 2019 e janeiro de 2020.
Métodos: Estudo observacional transversal, incluindo casos confirmados de TB-doença, em tratamento, seguidos em consulta nos CDP entre novembro de 2019 e janeiro de 2020. Através de um modelo de regressão linear calcularam-se coeficientes B (coef.B) para descrever a associação entre as variáveis independentes (socio-demográficas, psico-sociais, económicas, acessibilidade e efeitos laterais) e a proporção de TOD cumpridas. Foi consultado o processo clínico e aplicado questionário aos doentes.
Resultados: Foram incluídos no estudo 93 doentes. A proporção de TOD cumpridas foi menor nos doentes com maior número de tratamentos prévios (coef. B: -5,7; IC95%: -8,9--2,5), infeção por VIH (coef. B: -5,9; IC95%: -10,4--1,4), doença hepática (coef. B: -5,1; IC95%: -9,4--0,8), dependência drogas IV (coef. B: -9,2; IC95%: -14,3--4,0) e população sem abrigo (coef. B: -45,7; IC95%: -53;0--38,4). A proporção de TOD cumpridas é superior nos doentes que realizam TOD nos CDP em comparação com a TOD realizada nas Unidades Funcionais (UF) dos Agrupamento de Centros de Saúde (coef. B: 11,5; IC95%: 5,5-17,4 *vs.* coef. B:10,7; IC95% :4,8-16,5). O "medo de contagiar as outras pessoas" (n = 51; 54,8%), a "tristeza" (n = 36; 38,7%) e "indignação face ao tempo de espera nas UF" (n = 5; 5,4%) foram motivos indicados para incumprimento da TOD.
Conclusões: A optimização da TOD requer a adequação de estratégias face às comorbilidades, fatores de risco e efeitos adversos. É fundamental intervir no sentido de se ultrapassarem barreiras financeiras e logísticas de acessibilidade ao local de TOD. Os serviços de saúde devem assegurar a opção de escolha do local de TOD, permitindo que os cuidados sejam tendencialmente gratuitos, oferecendo apoio psicológico e jurídico.

Palavras-chave: *Tuberculose. Toma de Observação Direta. Determinantes de saúde. Centros de Diagnóstico Pneumológico.*

P02. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: DIFERENÇAS ENTRE GÉNERO

V.G. Justino, F. Rodrigues, P. Coelho, E. Sobral

Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias-Castelo Branco.

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença respiratória de desenvolvimento gradual e lento, caracterizada por uma obstrução brônquica persistente. A DPOC está habitualmente associada aos homens, no entanto, existem cada vez mais mulheres diagnosticadas com esta patologia. Estudos anteriormente realizados, apontam para um aumento da prevalência e mortalidade nos pacientes do género feminino, observando-se algumas diferenças na forma de apresentação e evolução da doença entre géneros.
Resultados: No estudo realizado por Sorheim et al, verificou-se que as mulheres que participaram no estudo, eram mais jovens que os homens e começaram a fumar mais tarde, sendo a carga tabágica consumida menor, em comparação com os homens. O género feminino apresentava um FEV1% previsto menor (p = 0,006) e uma tendência boderline significativa para um grau de DPOC mais grave (p = 0,050) do que os homens. No estudo TORCH constatou-se que as mulheres eram significativamente (p = 0,001) mais jovens (média de 63 anos *vs.* 66 para os homens), apresentavam um FEV1 basal mais alto (47% *vs.* 44% do previsto) e piores scores de dispneia MRC (20% *vs.* 18% para os homens), obtendo piores pontuações em todos os domínios do SGRQ. No estudo NETT verificou-se que, apesar de as mulheres fumarem há menos anos, apresentavam uma DPOC tão grave quanto a dos homens.
Conclusões: Os estudos analisados, demonstraram que as mulheres são mais suscetíveis aos efeitos nocivos do consumo do tabaco, uma vez que, apesar da carga tabágica consumida pelas mulheres seja inferior, a DPOC surge mais cedo neste género. Também nos sintomas se evidenciaram diferenças entre géneros, no estudo TORCH

2531-0437/© 2021 Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

constatou-se que as mulheres apresentavam piores escores de dispneia na escala Medical Research Council (MRC), obtendo piores pontuações em todos os domínios do Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). Evidencia-se nos artigos elencados que, os pacientes do género feminino, com consumo de uma carga tabágica inferior ao género masculino, apresentam um grau de severidade de DPOC igual ou superior ao género masculino. Esta situação, pode ter origem em variáveis como uma maior suscetibilidade diferencial ao tabaco, as diferenças anatómicas e hormonais, assim como, as diferenças comportamentais às abordagens terapêuticas, pelo género feminino.

Palavras-chave: *DPOC. Género. Fumadores. Testes de função pulmonar.*

P03. ASSESSMENT OF SLEEP QUALITY IN PATIENTS WITH SEVERE ASTHMA

J.S. Ferreira, M. Drummond

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Introduction: There is accumulating evidence for etiologic interactions between asthma and obstructive sleep apnea (OSA), apart from mere coexistence due to their common occurrence. On one hand, studies consistently report higher prevalence of OSA symptoms, or polysomnography (PSG) diagnosed OSA in asthmatic patients in relationship with asthma severity. Conversely, OSA appears to worsen asthma. However, the number of studies in this area are still limited, highlighting the need for new investigations.
Objectives: The main objective of this study was to assess the sleep quality of patients with severe asthma, as well as evaluate the prevalence of OSA in patients with severe asthma. Additionally, we aimed to identify predictors of obstructive sleep apnea (OSA) in severe asthmatic patients.
Methods: 57 patients with severe asthma were enrolled in this observational study. Pre-determined variables were collected through the database of each patient and a polysomnography was performed in 32 of the selected patients. Mann-Whitney U, Kruskal Wallis and Multiple Regression Tests were conducted to address the study goals.
Results: From the selected patients, 56.3% had sleep apnea, defined by an AHI > 5 in the polysomnography; mean sleep efficiency (%) was 81.37 ± 10.84, median REM sleep time was 11.60%, and the median time of deep sleep was 16.20%. The serum eosinophils levels showed to be statistically significant in predicting the AHI ($p < 0.05$): for each unit increase in the serum eosinophils there is a decrease in AHI of 0.062 events/h. The biologic therapy also showed to be statistically significant in predicting the AHI ($p < 0.05$): patients who undergo this therapy have 15.69 more events/h compared to those who do not.
Conclusions: More than half of the patients with severe asthma were diagnosed with sleep apnea. This study showed that there are no reliable predictors for this diagnosis, indicating that a polysomnography evaluation should be considered in every severe asthmatic patient.

Keywords: *Severe asthma. Obstructive sleep apnea. Sleep quality.*

P04. NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO, UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

A. Fabiano, M. Cabral, M. Pereira, M.I. Luz, A. Gerardo, L. Santos, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: Os tuberculomas pulmonares são nódulos pulmonares solitários benignos que representam até 25% dos nódulos pulmonares solitários removidos por cirurgia. A diferenciação entre tuberculomas pulmonares e neoplasia do pulmão bem como entre tuberculomas ativos e inativos constitui um desafio clínico.
Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente com 63 anos, trabalhador na construção cível e ex-fumador (carga tabágica: 70 UMA), sem antecedentes médicos relevantes que desenvolveu quadro de anorexia, perda de peso (8 kg em 5 meses) e astenia, sem tosse, febre, expectoração ou suores nocturnos. Foi pedida TC torácica pelo médico de família que evidenciou nódulo heterogéneo (35 × 29 mm) de limites irregulares no segmento apical do lobo superior direito (LSD), pelo que o doente é referenciado a consulta de Pneumologia. Por suspeita de neoplasia do pulmão é realizada broncofibroscopia que não revelou alterações endobrônquicas. A TC abdominal e a RMN CE não revelaram lesões secundárias. A PET corpo confirmou lesão hipermetabólica no lobo superior direito (SUV máx. 5,7) e ligeira captação hilar homolateral. Foi realizada punção aspirativa transtorácica (PATT) do nódulo que revelou infiltrado inflamatório crónico, sem evidência de neoplasia. Realizou-se posteriormente EBUS, com evidência de adenopatias em múltiplas estações, mas a citologia para células neoplásicas veio mais uma vez negativa. Posteriormente repetiu-se a PATT, mantendo apenas inflamação crónica na avaliação histológica. Por ausência de diagnóstico histológico, o doente é referenciado a cirurgia torácica. Avança-se para ressecção em cunha do LSD com sampling ganglionar por VATS, com exame extemporâneo negativo para neoplasia. Surpreendentemente, o exame histológico revelou inflamação granulomatosa necrotizante com bacilos visíveis e a PCR para *Mycobacterium tuberculosis* complex foi positiva, confirmando o diagnóstico de tuberculose pulmonar. O doente iniciou terapêutica com os anti-bacilares de primeira linha.
Discussão: Embora seja uma apresentação radiológica menos comum, a tuberculose pulmonar pode manifestar-se sob a forma de um nódulo/massa solitária, mimetizando uma neoplasia do pulmão.

Palavras-chave: *Tuberculoma. Nódulo. Neoplasia.*

P05. QUANDO A SUSPEITA DE SARCOIDOSE PULMONAR SE TRANSFORMA NUM DIAGNÓSTICO INESPERADO

A. Fabiano, R. Fernandes, A. Gerardo, M. Cabral, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: As neoplasias do pulmão podem mimetizar outras patologias pulmonares como é o caso das doenças pulmonares difusas.
Caso clínico: Apresentamos o caso de uma doente com 45 anos, fumadora ativa (30 UMA), sem antecedentes médicos relevantes, que recorreu ao serviço de urgência por quadro com 3 meses de evolução de poliartralgias de ritmo inflamatório, perda ponderal, tosse seca, e toracalgia direita de natureza pleurítica. À observação apresentava-se emagrecida e com crepitações inspiratórias bilaterais ao nível das bases pulmonares. Laboratorialmente, a destacar anemia ligeira (Hb 11,4 g/dL), e PCR de 12,43 mg/dL. Foi realizada TC torácica que evidenciou opacidades micronodulares, a maioria com distribuição peri-linfática, uma lesão nodular (22 mm) no lobo inferior direito (LID) que pareceia corresponder a micronódulos confluentes, múltiplas adenopatias hilares e mediastínicas e espessamento dos septos inter e intra-lobulares. Admitiu-se como diagnóstico mais provável o de sarcoidose pulmonar. Foi realizada broncofibroscopia, ecoendoscopia endobrônquica e criobiópsia pulmonar transbrônquica. Verificou-se alargamento do esporão de divisão do brônquio segmentar apical do LID, onde se realizaram múltiplas biópsias. Foi realizado lavado bronco-alveolar (LBA) no lobo médio, puncionaram-se as estações ganglionares sob controlo ecográfico e realizaram-se criobiópsias pulmonares ao nível da pirâmide basal. Explorou-se ainda o brônquio segmentar apical do LID com a sonda de EBUS radial, tendo-se verificado disrrupção da ecogenicidade, pelo que se realizaram criobiópsias nesta localização. Todas as biópsias realizadas foram positivas para Adenocarcinoma do pulmão com angio-invasão e linfangite marcada. A PET revelou

nódulos pulmonares bilaterais, conglomerado supra-clavicular direito e conglomerado adenopático mediastino-hilar com SUVs patológicos, confirmando o estadio IV da neoplasia.
Discussão: Este caso é particularmente interessante pois a apresentação clínica e radiológica, bem como a faixa etária, tornaram a suspeita de sarcoidose pulmonar o diagnósitco mais provável. A manutenção de um elevado índice de suspeição e a realização de biópsia pulmonar tem um papel crucial para se alcançar um diagnóstico definitivo.

Palavras-chave: *Sarcoidose. Adenocarcinoma do pulmão. Linfangite.*

P06. MASSA MEDIASTÍNICA ANTERIOR EM MULHER JOVEM – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

A.M. Gerardo, M.B. Monteiro, M. Jonet, H. Liberato, F.G. Rodrigues

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

Introdução: As massas mediastínicas são uma entidade incomum, abrangendo um amplo espectro histopatológico. Mais de 50% situam-se no mediastino anterior, sendo que destas quase 60% são malignas. Na grande maioria são assintomáticas, sendo diagnosticadas tardiamente e maioritariamente de forma incidental.
Caso clínico: Mulher de 24 anos que recorre ao SU por quadro com 1 mês de evolução de tosse produtiva, cansaço para pequenos esforços e disfagia para sólidos. Na auscultação com diminuição do murmúrio vesicular no terço inferior do hemitórax direito. O raio X de tórax objetivou hipotransparência dos dois terços inferiores do hemitórax direito. A TC tórax demonstrou uma volumosa lesão no mediastino anterior, envolvendo estruturas vasculares. Associava-se a derrame pleural loculado, com áreas nodulares suspeitas de implantes pleurais e adenomegalias mediastínicas. Realizaram-se biópsias pleurais e colocada drenagem torácica. O líquido pleural tinha aspeto turvo e citoquímica compatível com exsudado. O exame microbiológico foi negativo. Analiticamente com β-2 microglobulina 2,97 mg/L; LDH 1.285 UI/L, gonadotrofina coriónica sérica e alfafetoproteína negativas Realizou ecoendoscopia brônquica, que objetivou abaulamento extrínseco da traqueia, desde o terço proximal à carina. Realizadas biópsias transtraqueais da lesão e puncionada a estação 4R. Biópsia pleural, da massa mediastínica e do gânglio compatíveis com Linfoma não-Hodgkin Primário do Mediastino de Grandes Células B. Mielograma e biópsia óssea de estadiamento, sem infiltração medular (estadio IA de Ann Arbor). Avaliada pela Hematologia e proposta para quimiorradioterapia mediastínica.
Discussão: Os linfomas primários do mediastino correspondem apenas a 10% dos linfomas mediastínicos. O sintoma local mais frequente é a tosse. A extensão intratorácica com invasão do pulmão, pleura, pericárdico e parede torácica é comum. A biópsia é mandatória para a caracterização do tumor e as técnicas invasivas pneumológicas, como o EBUS, têm ganho um importante papel permitindo o diagnóstico e o estadiamento mediastínico de forma minimamente invasiva. Os linfomas do mediastino são geralmente agressivos, tratados com modalidades combinadas de quimiorradioterapia e com uma sobrevida aos 5 anos de 64%.

Palavras-chave: *Massa mediastínica. Mediastino anterior. Linfoma primário do mediastino. Ecoendoscopia brônquica.*

P07. AMILOIDOSE PULMONAR NODULAR – UMA ETIOLOGIA RARA DE UM PADRÃO RADIOLÓGICO COMUM

A.M. Gerardo, H. Liberato, F.G. Rodrigues

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

Introdução: A amiloidose caracteriza-se pela deposição extracelular de substância amiloide insolúvel. Classifica-se com base na sua extensão, tipo de fibrila e se a doença é adquirida ou hereditária. A amiloidose pulmonar pode ocorrer de forma isolada ou como parte da amiloidose sistémica. A apresentação pulmonar pode ser laríngea ou traqueo-brônquica, nodular ou parenquimatosa difusa. É uma entidade rara, na maioria dos casos benigna e indolente e deve ser considerada no diagnóstico diferencial de neoplasia do pulmão.
Caso clínico: Mulher de 67 anos, referenciada para consulta de Pneumologia por achado na radiografia de tórax realizada em contexto pré-operatório, de imagem nodular única, de contornos irregulares no andar médio do hemitórax direito. Doente assintomática, fumadora ativa (20 UMA), sem antecedentes pessoais ou medicação crónica. A TC de tórax confirmou uma opacidade nodular, com densidade de partes moles, contornos lobulados e limites bem definidos, medindo 2 × 1,5 cm no segmento lateral do lobo médio, sem adenopatias mediastínicas. Por suspeita de neoplasia, foi submetida a resseção pulmonar atípica por VATS e a macroscopia revelou fragmentos nodulares elásticos, amarelados, de aspecto mucóide espesso. Presença de material amorfo eosinofílico, com macrófagos vacuolizados, sem achados na microscopia compatíveis com malignidade. O estudo imunohistoquímico com coloração pelo Vermelho-Congo mostrou birrefringência à luz polarizada, achado patognemónico de amiloidose. Para exclusão de amiloidose sistémica, foi realizada uma biópsia da gordura peri-umbilical, que se revelou negativa. A doente permanece assintomática, mantendo seguimento imagiológico.
Discussão: A amiloidose pulmonar nodular, por ser uma doença rara e pela sua inespecificidade sintomática e imagiológica, é facilmente confundida com diagnósticos mais comuns, nomeadamente de etiologia neoplásica, doenças linfoproliferativas e granulomatosas. É mais frequente após os 60 anos e o diagnóstico definitivo implica a confirmação anatomopatológica, observando-se material amiloide inerte com coloração Vermelho-Congo e birrefringência verde-maçã à luz polarizada da amostra histológica. O crescimento é indolente e a evolução benigna, a resseção é raramente indicada em doentes assintomáticos, devendo manter-se controlo imagiológico.

Palavras-chave: *Amiloidose pulmonar. Nódulo pulmonar. Vermelho-Congo.*

P08. NÃO HÁ DUAS SEM TRÊS

N. Faria, B. Teixeira, C. Lacerda, M. Sucena

Centro Hospitalar e Universitário do Porto.

Introdução: Em doentes com indicação para ecoendoscopia endobrônquica (EBUS) para estadiamento de tumores sólidos é importante atender às caraterísticas das adenopatias. Embora a dimensão e aspeto ecográfico não sejam diagnósticos da etiologia das adenomegalias, quando enquadrados no contexto do doente podem ser fatores auxiliares da pertinência de envio para imunofenotipagem e/ou microbiologia.
Caso clínico: Sexo masculino, 70 anos, ex-fumador (25 UMA) e com história de consumo excessivo de álcool, é inicialmente referenciado à consulta de Cirurgia Geral por tumefação da coxa esquerda. Ecografia a descrever tumefação com 70 × 42 mm em íntima relação com músculo adutor da coxa, colocando como hipóteses diagnósticas hematoma ou lesão neoformativa. Discutido em reunião multidisciplinar, onde se optou por biópsia excisional da lesão e tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica de estadiamento. Histologia de lesão da coxa revelou sarcoma pleomórfico indiferenciado. Estadiamento imagiológico identificou nódulo no rim esquerdo com 3,2 × 3,3 mm de maior eixo, com realce heterogéneo em fase arterial. Core-biopsy de nódulo renal identificou carcinoma de células renais de baixo grau. Identificaram-se também adenomegalias mediastínicas pré-traqueais, hilares e em topografia subcarinal. EBUS

com punção ecoguiada das cadeias 10R (12,07 mm), 4L (8,46 mm) e 7 (28,89 mm), com envio para estudo imunofenotípico da subcarinal, revelou linfoma B difuso de grandes células, sem outras alterações anatomopatológicas. Posteriormente, efetuada biópsia da medula óssea, sem evidência de atingimento medular por neoplasia linfoproliferativa.
Discussão: Embora estejam descritos casos de sarcoma e carcinoma de células renais síncronos e casos deste último e linfoma síncronos, a ocorrência destas 3 neoplasias em simultâneo não está descrita na literatura indexada. Este caso reforça a importância de um baixo limiar para envio para imunofenotipagem de amostras de adenopatias mediastínicas, mesmo quando existe um diagnóstico de malignidade prévio.

Palavras-chave: *Linfoma. Neoplasia síncrona. Imunofenotipagem. EBUS-TBNA.*

P09. PNEUMOCISTOSE E COVID-19 – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

F. Canedo, I. Duarte, M.D. Silva, M. Pinto, J. Rodrigues, B. Mendes, M. Cabral, C.L. Figueiredo, A.R. Magalhães, M.I. Moreira, C. Dantas, C. Antunes, J. Cardoso

Hospital de Santa Marta-Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

Introdução: O *Pneumocystis jirovecii* causa uma pneumonia potencialmente fatal que ocorre predominantemente em imunocomprometidos. Na presença de um sistema imune íntegro verifica-se mais frequentemente colonização pulmonar sem tradução clínica. Reportamos um caso de pneumonia a *Pneumocystis jirovecii* num paciente aparentemente imunocompetente.
Caso clínico: Homem de 65 anos, melanodérmico, natural de Cabo Verde, em Portugal há 40 anos. Ex-fumador com carga tabágica 40 UMA. História de infeção SARS-CoV-2 com doença ligeira em janeiro de 2021, clinicamente com dispneia para grandes esforços, tosse produtiva, astenia e mialgias. Realizou terapêutica para alívio sintomático em ambulatório, sem necessidade de oxigenoterapia ou corticoterapia. Recorreu ao serviço de urgência 1 mês depois por persistência dos sintomas e agravamento do padrão de dispneia, com insuficiência respiratória parcial associada. Apresentava na TC torácica opacidades em vidro despolido bilaterais e adenopatias mediastínicas. Analiticamente ausência de elevação de parâmetros inflamatórios, pesquisa de BAAR na expetoração e PCR para SARS-CoV-2 em zaragatoa nasofaríngea negativas. Na videobroncofibroscopia, sem alterações endobrônquicas, detetado Pneumocystis jirovecii em PCR no LBA, sem isolamento de outros agentes e sem alterações na contagem celular, citometria de fluxo e citologia. Do estudo etiológico realizado, serologias infeciosas (VIH, HTLV, sífilis, hepatite C e B) negativas; estudo de autoimunidade e TC toracoabdominopélvica sem alterações de relevo; populações linfocitárias com défice absoluto de CD4+ (273,66 células/ul). Sem história farmacológica relevante, nomeadamente corticosteroides. Iniciou antibioterapia e corticoterapia em esquema de 21 dias. À reavaliação após término do tratamento, sem défice absoluto ou relativo de linfócitos CD4+ e sinais clínicos e imagiológicos de resolução da doença.
Discussão: A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* no imunocompetente é uma entidade rara, que requer elevada suspeição clínica e estudo exaustivo de potenciais fatores de imunossupressão. Este caso ilustra um doente sem evidência formal de imunossupressão, que desenvolveu pneumonia a *Pneumocystis jirovecii* após infeção ligeira a SARS-CoV-2. Será importante considerar o impacto imunológico da COVID-19 como fator de risco para esta patologia.

Palavras-chave: Pneumocystis jirovecii. *COVID-19. Pneumonia.*

P10. OSSIFICAÇÃO PULMONAR PRIMÁRIA – UM DIAGNÓSTICO RARO

D. Organista, C. Antunes, R. Pinto-Basto, L. Ferreira, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A ossificação pulmonar é uma doença rara na qual o osso maduro está presente nos espaços alveolares ou intersticiais. Pode apresentar-se com distribuição focal ou difusa e pode ser idiopática ou secundária a distúrbios pulmonares crónicos, cardíacos ou sistémicos.
Caso clínico: Mulher, 70 anos, não fumadora, antecedentes de insuficiência venosa de membros inferiores e osteopenia. Encaminhada a consulta de Pneumologia por uma imagem nodular única na base do hemitórax esquerdo na radiografia do tórax. Apresentava tosse não produtiva com predomínio noturno e dispneia aos esforços. A TC torácica mostrou enfisema bolhoso bilateral e múltiplos granulomas calcificados dispersos em ambos os campos pulmonares. Analiticamente, estudo de autoimunidade e serologia VIH negativos. Broncofibroscopia sem alterações, biópsias pulmonares transbrônquicas revelaram fibrose ligeira e infiltrado inflamatório moderado. Lavado broncoalveolar com linfocitose de 62% e exame citomorfológico foi negativo para células neoplásicas. Estudo funcional respiratório normal. Na ausência de diagnóstico conclusivo, foi realizada biópsia pulmonar cirúrgica que revelou extensas áreas de calcificação intersticial pulmonar com focos de ossificação dispersos envolvendo a parede bronquiolar. No estudo de causas secundárias salienta-se cálcio e fósforo séricos normais, calciúria normal, microbulina -B2 normal; mielograma normal com razão leucoeritroblástica desviada a favor da série eritroblástica por hiperplasia em série; eletrocardiograma e ecocardiograma normais. Assim, foi estabelecido o diagnóstico de ossificação pulmonar dendrítica primária. Foi iniciada corticoterapia sistémica em baixa dose, sem melhoria significativa. Ao longo dos anos a doente desenvolveu insuficiência respiratória com necessidade de oxigenoterapia de longa duração. Radiologicamente apresentou evolução para padrão de pneumonia intersticial inespecífica em áreas de parênquima não envolvidas pela ossificação pulmonar, optando-se por iniciar terapêutica com micofenolato de mofetil.
Discussão: A ossificação pulmonar é uma entidade rara que pode estar associada a outras doenças pulmonares, como pneumonia intersticial ou pneumoconiose. O diagnóstico é mais comumente feito post mortem, e o acompanhamento e a estratégia terapêutica nesses pacientes permanecem um desafio.

Palavras-chave: *Ossificação. Patologia intersticial pulmonar.*

P11. EMPIEMA NECESSITANS EM PNEUMECTOMIZADA COM FÍSTULA CUTÂNEA E ESÓFAGO-PLEURAL: CASO CLÍNICO

M.C. Silva, J.V. Lages, E. Padrão, D. Pimenta, D. Rodrigues, M.J. Araújo

Hospital de Braga.

Introdução: O Empiema necessitans é uma complicação rara de uma infeção pleural e corresponde à extensão de um empiema através da parede torácica ou tecidos moles circundantes.
Caso clínico: Mulher de 64 anos com antecedentes de pneumectomia direita há 50 anos por tuberculose pulmonar. Recorreu ao SU por astenia, anorexia, sudorese noturna com várias semanas de evolução e febre nos últimos 3 dias. Ao exame físico na admissão observou-se um orifício submamário direito com drenagem de conteúdo fétido com celulite dos tecidos circulantes e uma loca subcutânea. Realizou TC torácica que revelou uma extensa coleção intratorácica direita na cavidade de pneumectomia prévia de 13 × 6,7 × 4,5 cm com focos de calcificação e bolhas de gás, assim

como um trajeto fistuloso ao nível do 5º espaço intercostal direito até à superfície cutânea. Analiticamente apresentava anemia normocítica e aumento da PCR. O exame cultural de expetoração foi negativo e a cultura de pús cutâneo revelou a presença de *Streptococcus anginosus*, *Bacteroides*, *Prevotella* e *Candida*. Institui-se antibioterapia empírica que foi posteriormente ajustada de acordo com os resultados culturais, mas, por manter drenagem de conteúdo purulento pelo orifício cutâneo após duas semanas de antibioterapia endovenosa realizou TC com contraste endovenoso e oral que revelou redução das dimensões do empiema (3,4 × 5,1 × 9,2 cm) com nível gás-líquido e manutenção do trajeto fistuloso para a pele que preenchia com contraste oral, alterações compatíveis com fístula esófago-pleural no plano de T8. Realizou EDA que identificou orifício de fístula esófago-pleural aos 28 cm da arcada dentária superior com saída abundante de pús, que se encerrou com clip, não se visualizando extravasamento ativo de contraste em exame de trânsito esofágico realizado duas semanas depois. Apresentou boa evolução clínica com resolução do empiema à data de alta.
Discussão: O empiema necessitans é uma condição rara, e para além da extensão aos tecidos moles circundantes e à superfície cutânea pode fistulizar para outros locais como o esófago.

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

P12. QUILOTÓRAX INTRATÁVEL NA CIRROSE HEPÁTICA: CASO CLÍNICO

M.C. Silva, A.L. Vieira, E. Padrão, D. Pimenta, D. Rodrigues, M.J. Araújo

Hospital de Braga.

Introdução: Apesar de corresponder a uma causa rara de derrame pleural são várias as possíveis etiologias para o quilotórax, condição associada a uma elevada morbilidade e mortalidade.
Caso clínico: Mulher de 65 anos com antecedentes de cirrose hepática de etiologia alcoólica com hipertensão portal (ascite e varizes esofágicas), hidrotórax hepático e trombose das veias porta e mesentérica superior previamente conhecidos, seguida por gastroenterologia e com manutenção dos consumos. Foi internada por derrame pleural de grande volume à direita, tendo sido realizada toracocentese diagnóstica e colocado dreno torácico com saída de líquido pleural amarelo turvo, com caraterísticas de transudado e de quilotórax (triglicerídios de 223 mg/dl, colesterol de 35 mg/dl), com exame microbiológico estéril e estudo citológico negativo para malignidade. Realizou TC do tórax e abdómen que não demonstrou alterações para além da cirrose hepática e trombose da veia porta descritas anteriormente. Após exclusão de outras causas de quilotórax considerou-se a patologia hepática como a etiologia mais provável. Por gastroenterologia, sem possibilidade de tratamento curativo, nomeadamente a realização de shunt pleuro-peritoneal ou trans-jugular intra-hepático porto-sistémico ou transplante hepático. Durante o internamento manteve sempre drenagem de grande quantidade de líquido pleural apesar das medidas dietéticas e farmacológicas instituídas, tendo sido efetuada tentativa de pleurodese com talc slurry pelo dreno torácico, sem sucesso. Manteve necessidade de toracocenteses evacuadoras regulares e apresentou agravamento clínico progressivo com degradação do estado geral e insuficiência hepática, acabando por falecer.
Discussão: Não existe um algoritmo terapêutico para o quilotórax, condição cuja abordagem é muitas vezes difícil de estabelecer. Os autores apresentam um caso de quilotórax secundário a cirrose hepática com impossibilidade de tratamento curativo e falência da estratégia terapêutica conservadora.

Palavras-chave: *Quilotórax. Cirrose hepática.*

P13. ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO – EXPERIÊNCIA DE 20 ANOS

A. Barroso, M. Pereira, H. Ramos, B. Santos, I. Ruivo, U. Brito

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro.

Introdução: A aspiração de corpos estranhos ocorre sobretudo em crianças e adultos com patologias que prejudiquem a deglutição. É necessário um alto grau de suspeição para o diagnóstico, pois a clínica nem sempre é sugestiva e pode pôr em risco a vida dos doentes. A broncoscopia tem um papel central não só no diagnóstico, mas também no tratamento.
Métodos: Estudo retrospetivo descritivo com propósito de caracterizar os indivíduos em que se verificou a presença de corpos estranhos na via aérea entre 1 de janeiro de 2001 e 30 de junho de 2021. Para tal, analisámos os dados presentes nos relatórios das broncoscopias realizadas no Hospital de Faro durante este período.
Resultados: Registámos 39 corpos estranhos na via aérea durante o período de estudo. A maioria dos doentes era do sexo masculino (n = 28; 71,79%), sendo a média de idades de 42,92 ± 30,70 anos (mínimo 1, máximo 80 anos). Em 36 doentes (92,31%) existia história clínica compatível com aspiração. A árvore brônquica direita foi a mais envolvida (n = 24; 61,54%) e a localização mais frequente dos corpos estranhos foi o brônquio principal direito (n = 20; 51,28%). Fizemos 27 broncoscopias flexíveis e 12 broncoscopias rígidas. No total, conseguiram-se remover 36 corpos estranhos (92,31% dos doentes) e em 3 casos (7,69%) apenas foi possível remoção parcial. A maioria das broncoscopias realizou-se no bloco operatório (n = 19; 48,71%) e o material mais frequentemente extraído foi o osso de frango (n = 7; 17,95%). Nesta série, não houve complicações.
Conclusões: A história clínica e a identificação de fatores de risco para a aspiração de corpos estranhos são fundamentais para o tratamento atempado, uma vez que a sintomatologia é altamente variável e pode requerer diferentes abordagens, desde uma opção conservadora, tratamento endoscópico ou até cirúrgico. Atelectasias ou pneumonias de repetição podem mascarar a presença de um corpo estranho na via aérea, muitas vezes surgindo como a sua única apresentação clínica, pelo que é necessário ter mais atenção nos casos em que não há um episódio de engasgamento presenciado. A broncoscopia rígida mantém-se como o goldstandard. Contudo, a broncoscopia flexível afigura-se como um método eficaz na abordagem inicial, conseguindo evitar a necessidade de broncoscopia rígida em muitos casos, tal como demonstra este estudo.

Palavras-chave: *Corpo estranho. Aspiração. Broncoscopia.*

P14. TUBERCULOMA, A NEEDLE IN A HAYSTACK – A CASE REPORT

A. Barroso, P. Barros, H. Ramos, B. Santos, A. Pimenta, U. Brito

Centro Hospitalar Universitário do Algarve-Hospital de Faro.

Introduction: Intracranial tuberculoma is noted in 1% of all tuberculosis cases and behaves like any space-occupying lesion.
Case report: 37-year-old, female, caucasian, smoker (25 pack/year), HIV positive nonadherent to antiretroviral treatment, was admitted in emergency room due to dysarthria, decreased right hand distal muscle strength and asthenia for 1 month. The patient had a medical history of pneumocystosis and pulmonary tuberculosis requiring 9 months of HRZE therapy. On admission, laboratory tests showed CD4+ lymphocytes count 127 cells/mm^3 and HIV viral load 56,684 copies/ml. The chest X-ray presented a right perihilar infiltrate. A cerebral CT scan showed one left posterior frontal lesion with necrotic-chystic content and exuberant area of surrounding edema. The patient started first-line therapy for cerebral toxoplasmosis but there was no clinical/radiological response, which led to the hypothesis of cerebral tuberculomas. In the inpatient setting T. gondii serology were

negative. Despite 3 consecutive sputum samples with BAAR negatives, we decided to start antibacillary therapy (HRZE regimen) plus pyridoxine and dexamethasone. We finally had positive cultures for M. tuberculosis after 1 month and Drug Susceptibility Test revealed monoresistance for rifampicin and we changed the treatment assuming that the approach is the same as a multidrug-resistant tuberculosis. Two months later, there was a remarkable clinical improvement. The patient was discharged to complete 18 months of treatment. At the 1-year follow-up visit, the patient was compliant, asymptomatic, with few residual changes on MRI without clinical significance.
Discussion: In this case report, the tuberculoma diagnosis was mostly based on clinical findings and brain imaging. Biopsy and histopathology remain as the gold standard. However, there were mainly three reasons to fundament our choices. First of all, our high level of suspicion, given the whole context of this patient; second, the presence of exuberant cerebral edema and intracranial hypertension, which contraindicate the procedure; thirdly, the clinical and radiological improvement when adjusting the therapy. Combined, these were more than enough to treat the patient safely, without having to resort to invasive techniques that inherently have several risks.

Keywords: *Tuberculoma. Tuberculosis. HIV.*

P15. PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO – ESTUDO RETROSPETIVO

V. Fernandes, J.O. Pereira, T.M. Alfaro

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: Na patogenia do pneumotórax espontâneo primário (PEP) estão alterações pleurais apicais denominadas blebs. A abordagem do PEP tem sido objeto de discussão, sendo propostas várias estratégias incluindo a aspiração e a drenagem. Uma porção significativa dos doentes requer cirurgia, mesmo quando se trata do primeiro episódio. Não existem, no entanto, atualmente formas simples de prever quais os doentes que irão necessitar desta abordagem.
Objetivos: Caracterizar a população de doentes internados num serviço de Pneumologia com o diagnóstico de PEP.
Métodos: Foram incluídos todos os doentes internados entre 2009 e 2015 com este diagnóstico num serviço de Pneumologia. Procedeu-se a: 1) recolha de dados demográficos e clínicos; 2) medições na radiografia inicial realizada no Serviço de Urgência (SU) - tamanho do pneumotórax, largura da coluna de ar traqueal e do tórax e altura dos corpos vertebrais das três primeiras vértebras torácicas; 3) estudo comparativo entre os doentes submetidos ou não a cirurgia.
Resultados: Foram incluídos 44 doentes, com uma idade média de 24,7 anos sendo a maioria do sexo masculino (86,4%) e fumadores (59,1%). O tamanho do pneumotórax foi geralmente pequeno (< 2 cm). O lado mais frequente foi o esquerdo, diferença que se acentuou quando foram considerados apenas os pneumotórax pequenos. Todas as recorrências foram de pequenas dimensões. A duração média das queixas foi de 2,2 dias, superior nas mulheres do que nos homens (4,2 *vs.* 1,8 dias, $p < 0,05$). Não existiu diferença temporal nas queixas entre os dois lados, nem nas recorrências. Registaram-se em média 0,06 recorrências/ano por doente, sem relação com a idade ou com as medições radiográficas efetuadas. Nove doentes (20,1%) foram submetidos a cirurgia imediata. Esta necessidade não se correlacionou com o sexo, idade ou tamanho do pneumotórax. As medições radiográficas também não foram preditoras de necessidade cirúrgica.
Conclusões: O PEP é mais comum em homens e fumadores. O tempo de evolução das queixas é significativamente superior nas mulheres. Com maior frequência, quando à esquerda a sua dimensão é menor. O estudo encontra-se limitado pelo tamanho da amostra, e por nele não se incluírem os eventuais doentes internados diretamente do SU para o Centro de Cirurgia Cardio-torácica (habitualmente recorrentes).

Palavras-chave: *Pneumotórax primário. Radiografia. Tabagismo.*

P16. EMBOLIA PULMONAR SÉPTICA SECUNDÁRIA A PIELONEFRITE POR *E. COLI*

V. Fernandes, J.O. Pereira, J. Cemlyn-Jones, S. Freitas, I. Ferreira

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A Embolia Pulmonar Séptica (EPS) é uma entidade rara na prática clínica. Estão descritas algumas séries de casos, associados classicamente a endocardite infeciosa ou a flebite. Apresentamos um caso clínico associado a pielonefrite aguda.
Caso clínico: Paciente do sexo feminino, 57 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos, que recorreu ao Serviço de Urgência por astenia, anorexia e tosse seca com uma semana de evolução. Referia também polidipsia desde há 2 meses Apresentava-se febril, hemodinamicamente estável. Auscultação pulmonar com fervores em ambos os hemitóraces. Sinal de Murphy renal ausente. Úlcera necrosada do pé direito com sinais inflamatórios exuberantes. Dos exames complementares efetuados destacava-se: elevação dos parâmetros inflamatórios, valores da função renal normais e hiperglicemia com doseamento de hemoglobina glicada elevado, sugestivos de Diabetes mellitus inaugural. A radiografia torácica evidenciava múltiplos nódulos pulmonares bilaterais. Ecografia abdominal e renal com discreta dilatação pielocalicial bilateral. Efetuada videobroncoscopia, sem alterações morfológicas e com exame microbiológico negativo. Hemocultura e urocultura, ambas com isolamento de *Escherichia coli*. Foram iniciadas terapêutica insulínica e antibioterapia com levofloxacina e ertapenem com resolução do quadro clínico e melhoria dos parâmetros de infeção. Teve alta encaminhada para consulta de Pneumologia e Endocrinologia. Em ambulatório, realizou TC toráco-abdómino-pélvica, que mostrava imagens nodulares em ambos os pulmões, sendo a maioria cavitada, algumas apresentando componente hídrico central necrótico, sugestivas de embolia pulmonar séptica. A nível renal apresentava áreas de heterogeneidade e hiporrealce parenquimatoso, concordantes com pielonefrite bilateral prévia. Admitiu-se o diagnóstico de embolia pulmonar séptica secundária a pielonefrite infeciosa por Escherichia coli.
Discussão: A EPS secundária a pielonefrite aguda é extremamente rara e existe um reduzido número de casos descritos na literatura. Este relato realça a importância do enquadramento clínico na avaliação de nódulos pulmonares.

Palavras-chave: *Nódulos pulmonares. Embolia séptica.*

P17. CARCINOMA EPIDERMOIDE COM IMUNOHISTOQUÍMICA

F.P Silva, F. Luís, F. Jesus, S. Braga, J. Ribeiro, L. Ferreira

ULS Guarda.

Introdução: A imunohistoquímica pode ser aplicada na rotina diagnóstica complementar do cancro do pulmão para a identificação de marcadores biológicos diagnósticos e prognósticos. A CK7 geralmente é negativa para carcinoma epidermóide do pulmão e conforme citado na literatura, apresenta baixa reatividade. A forma de apresentação clássica do Carcinoma Epidermóide é com localização central, sendo localmente invasivo para o parênquima pulmonar associando-se a obstrução brônquica. Apresenta-se estudo analítico retrospetivo de cancro do pulmão com histologia epidermóide e estudo imunohistoquímico.
Objetivos: Caracterizar a apresentação do carcinoma epidermóide com estudo complementar por imunohistoquímica. Avaliar o impacto da expressão de CK7.

Métodos: Consulta da base dos dados do Sector de Broncologia entre Janeiro 2015 e Junho 2021. Complementaridade com processo clínico. Critérios de inclusão: diagnóstico de carcinoma epidermóide do pulmão com estudo imunohistoquímico. Variáveis analisadas: sociodemográficas, perfil tabágico, cTNM (TAC), metastização extratorácica, positividade CK7 e sobrevida mediana à data do término do estudo. Criados 2 grupos: I – CK7 positivo; II – CK7 negativo.
Resultados: 74 carcinomas epidermóides. Inclusão de 44 doentes (I: 17; II: 27). 40,5% (n = 30) sem estudo imunohistoquímico. Predomínio do género masculino. Média de idades por grupo: I - 66,00 ± 8,75; II - 71,37 ± 12,58; p = 0,131. História de tabagismo: I – n = 13, 76,5%; II – n = 25, 92,6%; p = 0,778. Estadio IV no diagnóstico: I – n = 7, 41,2%; II – n = 14, 51,9%; p = 0,353 Metastização extratorácica: I – n = 6, 37,5%; II – n = 7, 26,9%; p = 0,510. Mais frequente a nível ósseo nos dois grupos: I – n = 3, 18,8%; II – n = 6, 23,1%; p = 0,529 Sobrevida mediana: I - 12,0 ± 3,38 meses; II - 14,00 ± 5,79 meses; p = 0,961
Conclusões: A maioria apresentava negatividade para CK7. Sem diferenças inter-grupos na idade, tabagismo, estadiamento e metastização extratorácica. Sobrevida mediana superior no grupo CK7 negativo. O grupo dos doentes que efetuaram imunohistoquímica, independentemente de positividade ou negatividade para citoqueratina 7 apresentaram maior número de metastização extratorácica.

Palavras-chave: *Carcinoma epidermoide. CK7. Imunohistoquímica.*

P18. SEQUELAS DA COVID-19: O QUE ESPERAR?

F.P. Silva, F. Luís, F. Jesus, S. Braga, J. Ribeiro, L. Ferreira

ULS Guarda.

Introdução: A apresentação da COVID é extremamente variável, de assintomático a pneumonia grave com falência multiorgânica. Apesar do interesse crescente em potenciais complicações pulmonares pós-infeciosas, a morbilidade respiratória a longo prazo mantém-se pouco clara, falando-se, atualmente, da "long COVID" ou Síndrome pós-COVID-19. Esta série de casos pretende ilustrar um breve resumo da história de 3 doentes e das diferentes sequelas evidenciadas após infeção grave por SARS-CoV-2.
Casos clínicos: Todos apresentaram Pneumonia SARS-CoV-2 grave. Sem antecedentes conhecidos de patologia respiratória, não fumadores e sem exposições relevantes. Caso 1. Homem, 56 anos. Internamento de 67 dias; necessidade de ventilação invasiva. TC Tórax: vidro despolido com consolidações e distorção arquitetural com bronquiectasias e enfisema centroacinar de extensão > 70%. Espirometria: síndrome restritivo grave. Ligeira redução das zonas em vidro despolido 2 semanas após início de corticoterapia. Pneumonia Organizativa pós-infeciosa que, tal como descrito pela literatura parece ser sensível a corticoterapia. Resta estabelecer como titular as doses de corticoide e qual a duração ideal de tratamento. Caso 2. Mulher, 82 anos. Internamento de 24 dias. Polipneia e dessaturação com supinação. Resolução com decúbito, oxigenoterapia e corticoterapia. TC-tórax: exclusão de TEP; vidro despolido com predomínio nos lobos superiores. Sem possibilidade de exclusão de shunt em ecocardiograma. Possível Síndrome Platipneia-Ortodeoxia. Sem exclusão de shunts intracardíacos mas consideramos que poderá haver algum componente de mismatch ventilação-perfusão, provocado pelas alterações intersticiais sequelares. Caso 3. Homem, 70 anos. Internamento de 31 dias; necessidade de ventilação invasiva. 5 meses após alta hospitalar, detetados 2 quistos pulmonares em TC tórax. Poderá a infeção por SARS-CoV-2 constituir mais uma causa de doença pulmonar quística?
Discussão: Nesta série de casos, verificamos que 3 doentes desenvolveram sequelas completamente distintas. Tendo em conta que ainda há muito a aprender sobre as potenciais sequelas da COVID-19, consideramos relevante partilhar experiências e contribuir para o debate sobre aquilo que o futuro reserva para doentes que recuperam desta infeção e para os profissionais de saúde que os acompanham no processo de recuperação.

Palavras-chave: *COVID-19. Sequelas.*

P19. PNEUMONIA EOSINOFÍLICA – UM CASO INCOMUM

H. Cabrita, G. Portugal, J. Barbosa, P. Alves

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A pneumonia eosinofílica é uma síndrome rara e heterogénea, cuja etiologia, quando conhecida, pode ser um verdadeiro desafio diagnóstico.
Caso clínico: Mulher, 65 anos, antecedentes de hipertensão arterial, osteoporose e obesidade, medicada com perindopril + indapamina e ácido alendrónico + colecalciferol. Recorre ao serviço de urgência por quadro de astenia, dispneia, tosse com expetoração mucopurulenta e febre com 1 semana de evolução. Ao exame objetivo apresentava Taur: 38 ºC; SpO2: 91%; auscultação pulmonar com roncos dispersos. A radiografia do tórax mostrava uma opacidade na base do hemitórax direito. A gasometria arterial evidenciava insuficiência respiratória (IR) tipo 1 (pO2: 56 mmHg) e o estudo analítico não mostrava alterações de relevo. Realizou TC torácico, que evidenciava múltiplas áreas consolidativas bilaterais. Foi assumida pneumonia bilateral multifocal e iniciou antibioterapia (ATB). Durante o internamento manteve IR, com agravamento das alterações imagiológicas após 2 ciclos de ATB. Realizou broncofibroscopia com LBA, cujo resultado evidenciou apenas ligeira linfocitose (18%) e CD4+/CD8+: 2.226, sem eosinofilia ou outras alterações. Realizou posteriormente biópsia pulmonar transtoracica, e foi iniciada empiricamente corticoterapia. Na mesma altura, por apresentar perfil hipertensivo, iniciou Lisinopril, com novo agravamento da IR. O resultado anatomopatológico da biópsia revelou aspetos compatíveis com pneumonia eosinofílica de possível etiologia tóxica. A doente referiu que a dose de Perindopril tinha sido duplicada 2 meses antes do internamento, pelo que se suspendeu o IECA. Foram também excluídas outras causas de pneumonia eosinofílica. Dois dias depois do diagnóstico a doente mostrou vontade de voltar para casa, tendo tido alta contra parecer médico com altos debitos de 02, corticóide e suspensão do IECA. Durante as semanas seguintes houve redução progressiva do 02 em ambulatório pela melhoria das trocas gasosas, e resolução completa das alterações imagiológicas nos 4 meses subsequentes.
Discussão: Apesar de ser uma apresentação rara, diversos fármacos estão associados à pneumonia eosinofílica, entre os quais os IECA. Alterações recentes na medicação, associadas a consolidações pulmonares e eosinofilia sérica ou pulmonar, devem levar à suspeição de doença induzida por fármacos.

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

P20. VNI NA CIFOESCOLIOSE GRAVE – UM CASO CLÍNICO

H. Cabrita, R. Ferro, T. Abreu, L. Mota, J. Semedo, L. Ferreira

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A ventilação não invasiva (VNI) é amplamente utilizada no tratamento da insuficiência respiratória crónica (IRC) secundária a diversas patologias respiratórias. É também o tratamento de escolha nos doentes com cifoescoliose grave que apresentam hipoventilação.
Caso clínico: Jovem de 22 anos, com antecedentes de cifoescoliose grave, submetido a cirurgia ortopédica aos 13 meses, não re-operável pelo risco cirúrgico. Um dos irmãos apresentava alterações morfológicas semelhantes. O estudo genético foi inconclusivo. Aos 15 anos, foi internado no serviço de Pediatria por suspeita de pneumonia. Foi observado por Pneumologia, tendo realizado oximetria noturna que revelou uma SpO2 média de 83,9%, pelo que iniciou BiPAP

noturno com interface oronasal. Já em período estável realizou espirometria, com FVC: 25,6%, FEV1: 25,6% e FEV1/FVC: 98,9%. Aos 16 anos teve novo internamento por agravamento respiratório (gasometria em ar ambiente com pH: 7,33, pCO2: 61, pO2: 39, HCO3-: 33, SatO2: 67%), tendo sido ajustados os parâmetros da VNI acoplado a O2 noturno, que foi suspenso cerca de 24 meses após o início por melhoria da hipoxemia. Iniciou também cinesioterapia respiratória domiciliária. Manteve seguimento na consulta de Ventiloterapia, com ajustes progressivos dos parâmetros ventilatórios, tendo sido alterado para o modo IVAPS aos 18 anos, com boa adesão e adaptação. Desde então manteve-se sem novos internamentos, apresentando melhoria progressiva das trocas gasosas (gasometria em ar ambiente com pH: 7,44, pO2: 69, pCO2: 43), provas funcionais respiratórias (FEV1: 34% e FVC: 37% aos 18 anos; FEV1: 39,6% e FVC: 45,8% aos 21 anos), e recuperação parcial da morfologia da caixa torácica, com aumento da sua expansibilidade. Atualmente mantém VNI noturno, sem necessidade de oxigénio suplementar.
Discussão: Realça-se a importância do suporte ventilatório, com parâmetros de ventilação otimizados, na melhoria da morbimortalidade destes doentes, além do impacto a nível de estrutura e função pulmonar em doentes não operáveis.

***Palavras-chave**: VNI. Cifoescoliose. Insuficiência respiratória crónica.*

P21. SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD

M.I. Luz, R.R. Costa, F. Rodrigues

Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A Síndrome de Swyer-James-Macleod (SSJM) ou síndrome pulmonar hiperlucente unilateral é uma rara bronquiolite constritiva com obstrução do fluxo de ar e uma diminuição do número e diâmetro dos vasos pulmonares periféricas ipsilaterais. Esta síndrome é caracterizada por hiperlucência unilateral na radiografia de tórax, sendo que a tomografia computadorizada fornece informações adicionais úteis. A doença geralmente apresenta-se com dispnéia, diminuição da tolerância ao exercício, tosse, hemoptises, e infecções pulmonares recorrentes. SSJM pode ser confundida com asma ou embolia pulmonar devido a sintomas semelhantes e podem resultar em terapêutica inapropriada. Relatamos um caso de síndrome de Swyer-James-MacLeod diagnosticada num jovem de 19 anos.
Caso clínico: Jovem de 19 anos, sexo masculino, raça caucasiana, estudante, não fumador. História de asma brônquica desde os 5 anos. Medicado habitualmente com budesonido e formoterol. Encaminhado para consulta de pneumologia por asma brônquica. Na primeira consulta, o jovem relatou episódios frequentes de infeções respiratórias durante a infância, acompanhadas de tosse produtiva, febre, dispneia que se intensificava aos esforços, dor torácica e sibilância. Actualmente sem infecções respiratórias mas com tosse e pieira com o esforço. Ao exame, a expansibilidade encontrava-se diminuída à inspeção; e na auscultação pulmonar o murmúrio vesicular (MV) encontrava-se diminuído no hemitórax à direita. A radiografia de tórax mostrou opacidade heterogénea do pulmão direito. A tomografia computadorizada revelou pulmão direito hiperlúcido com vascularização acentuadamente reduzida. As provas de função pulmonar realizados sob terapêutica broncodilatadora mostraram um FEV1 (volume expiratório forçado em 1 segundo) de 4.280 L (102% do valor esperado) e uma capacidade vital forçada de 5.430 L (110% do valor esperado). Atendendo aos achados de imagem o caso foi discutido em reunião multidisciplinar e assumido o diagnóstico de síndrome de Swyer-James-MacLeod.
Discussão: A SSJM é uma condição rara e o seu tratamento ainda não é bem estabelecido na literatura. Broncodilatadores são utilizados para tratar os sintomas da doença. Os exames radiológicos associados à clínica são essenciais para

***Palavras-chave**: Síndrome de Swyer-James-MacLeod. Pulmão hiperlucente. Bronquiolite obliterante. Vascularização pulmonar.*

P22. PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO E ASMA

J. Martins, G. Portugal, C. Pereira, R. Macedo, C. Barbara

CHULN.

Introdução: O pneumomediastino espontâneo ou enfisema mediastínico espontâneo é uma doença rara caracterizada pela presença de ar livre no mediastino sem que antes tenha havido trauma torácico, cirurgia ou qualquer outro procedimento médico.
Caso clínico: Homem de 25 anos, não fumador, com antecedentes de asma brônquica medicado com symbicort. Recorre ao serviço de urgência por quadro de dispneia, pieira e tosse com expectoração purulenta nos últimos dias. Do exame objectivo destacava-se polipneia importante associado a grande esforço respiratório, SpO2 92% em ar ambiente e broncospasmo intenso. Sem alterações analíticas significativas, mas com hiperinsuflação na radiografia do tórax. Neste contexto e também para excluir tromboembolismo pulmonar foi realizado angio-TC tórax que mostrou enfisema dos tecidos moles cervicais, supra-claviculares e que se estendia para o mediastino (pneumomediastino). Foi aceite assim no internamento de Pneumologia com o diagnóstico de asma agudizada com pneumomenidastino e insuficiência respiratória parcial. Foi iniciado, oxigenoterapia, broncodilatadores de curta ação, corticoterapia inalada e oral, e antibioterapia com amoxicilina/acido-clavulânico com melhoria do quadro e reabsorção do enfisema ao fim de 10 dias.
Discussão: No caso que apresentamos, a gravidade da asma acabou por evoluir para uma obstrução grave com hiperinsuflação pulmonar dinâmica e consequentemente distensão e rutura alveolar acabando por criar um pneumomediastino com propagação para os tecidos moles cervicais. Em casos mais graves, o ar pode mesmo acabar por sair do mediastino e propagar-se para o pericardico, peritoneu e mesmo intestino. O prognóstico é geralmente excelente com tratamento conservador, isto é, repouso, oxigenoterapia e analgesia.

***Palavras-chave**: Asma. Pneumomediastino. Enfisema.*

P23. HAMARTOMA ENDOBRÔNQUICO

J. Martins, J. Cardoso, F. Freitas, P. Monteiro, C. Barbara

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.

Introdução: Os tumores benignos do pulmão representam menos de 1% de todos os tumores pulmonares. O hamartoma é o tumor benigno mais comum após o adenoma brônquico. Classicamente, considera-se que os hamartomas são malformações constituídas por uma mistura anormal de diferentes tecidos do órgão correspondente, devido a alterações no seu desenvolvimento embriogénico. Os hamartomas endobrônquicos são ainda mais raros que os pulmonares.
Caso clínico: Doente de 58 anos, do sexo feminino com antecedentes pessoais de melanoma, carcinoma da mama e hábitos tabágicos e alcoólicos pesados. Por quadro de tosse arrastada e dispneia foi realizado TC torácico que mostrou no parênquima pulmonar 2 micronodulos sobreponíveis e uma lesão endobrônquica no ramo segmentar anterior do lobo superior esquerdo. Neste contexto foi assim realizada uma broncofibroscopia flexível com visualização de uma massa endobrônquica de aspeto esbranquiçadana exata localização referida anteriormente. A anatomia patológica da biopsia acabou por revelar o diagnóstico de Hamartoma endobrônquico.
Discussão: Quase todos os hamartomas são assintomáticos e muitas vezes são descobertos em exames imagiológicos de rotina. A maioria são inofensivos, mas muitas vezes podem sofrer transformação maligna requerendo excisão cirúrgica. Neste caso e por os sintomas da doente serem muito leves e mais associados aos seus hábitos tabágicos pesados optou-se por não realizar nenhum tipo de tratamento.

***Palavras-chave**: Hamartoma benigno. Broncofibroscopia.*

P24. PNEUMONIA EOSINOFÍLICA – UM CASO INCOMUM

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

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

Introdução: A pneumonia eosinofílica é uma síndrome rara e heterogénea, cuja etiologia, quando conhecida, pode ser um verdadeiro desafio diagnóstico.
Caso clínico: Mulher, 65 anos, antecedentes de hipertensão arterial, osteoporose e obesidade, medicada com perindopril + indapamina e ácido alendrónico + colecalciferol. Recorre ao serviço de urgência por quadro de astenia, dispneia, tosse com expetoração mucopurulenta e febre com 1 semana de evolução. Ao exame objetivo apresentava Taur: 38 ºC; SpO2: 91%; auscultação pulmonar com roncos dispersos. A radiografia do tórax mostrava uma opacidade na base do hemitórax direito. A gasometria arterial evidenciava insuficiência respiratória (IR) tipo 1 (pO2: 56 mmHg) e o estudo analítico não mostrava alterações de relevo. Realizou TC torácico, que evidenciava múltiplas áreas consolidativas bilaterais. Foi assumida pneumonia bilateral multifocal e iniciou antibioterapia (ATB). Durante o internamento manteve IR, com agravamento das alterações imagiológicas após 2 ciclos de ATB. Realizou broncofibroscopia com LBA, cujo resultado evidenciou apenas ligeira linfocitose (18%) e CD4+/CD8+: 2.226, sem eosinofilia ou outras alterações. Realizou posteriormente biópsia pulmonar transtoracica, e foi iniciada empiricamente corticoterapia. Na mesma altura, por apresentar perfil hipertensivo, iniciou Lisinopril, com novo agravamento da IR. O resultado anatomopatológico da biópsia revelou aspetos compatíveis com pneumonia eosinofílica de possível etiologia tóxica. A doente referiu que a dose de Perindopril tinha sido duplicada 2 meses antes do internamento, pelo que se suspendeu o IECA. Foram também excluídas outras causas de pneumonia eosinofílica. Dois dias depois do diagnóstico a doente mostrou vontade de voltar para casa, tendo tido alta contra parecer médico com altos debitos de 02, corticóide e suspensão do IECA. Durante as semanas seguintes houve redução progressiva do 02 em ambulatório pela melhoria das trocas gasosas, e resolução completa das alterações imagiológicas nos 4 meses subsequentes.
Discussão: Apesar de ser uma apresentação rara, diversos fármacos estão associados à pneumonia eosinofílica, entre os quais os IECA. Alterações recentes na medicação, associadas a consolidações pulmonares e eosinofilia sérica ou pulmonar, devem levar à suspeição de doença induzida por fármacos.

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

P25. VNI NA CIFOESCOLIOSE GRAVE – UM CASO CLÍNICO

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

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

Introdução: A ventilação não invasiva (VNI) é amplamente utilizada no tratamento da insuficiência respiratória crónica (IRC) secundária a diversas patologias respiratórias. É também o tratamento de escolha nos doentes com cifoescoliose grave que apresentam hipoventilação.
Caso clínico: Jovem de 22 anos, com antecedentes de cifoescoliose grave, submetido a cirurgia ortopédica aos 13 meses, não re-operável pelo risco cirúrgico. Um dos irmãos apresentava alterações morfológicas semelhantes. O estudo genético foi inconclusivo. Aos 15 anos, foi internado no serviço de Pediatria por suspeita de pneumonia. Foi observado por Pneumologia, tendo realizado oximetria noturna que revelou uma SpO2 média de 83,9%, pelo que iniciou BiPAP noturno com interface oronasal. Já em período estável realizou espirometria, com FVC: 25,6%, FEV1: 25,6% e FEV1/FVC: 98,9%. Aos 16 anos teve novo internamento por agravamento respiratório (gasometria em ar ambiente com pH: 7,33, pCO2: 61, pO2: 39, HCO3-: 33, SatO2: 67%), tendo sido ajustados os parâmetros da VNI acoplado a O2 noturno, que foi suspenso cerca de 24 meses após o início por melhoria da hipoxemia. Iniciou também cinesioterapia respiratória domiciliária. Manteve seguimento na consulta de Ventiloterapia, com ajustes progressivos dos parâmetros ventilatórios, tendo sido alterado para o modo IVAPS aos 18 anos, com boa adesão e adaptação. Desde então manteve-se sem novos internamentos, apresentando melhoria progressiva das trocas gasosas (gasometria em ar ambiente com pH: 7,44, pO2: 69, pCO2: 43), provas funcionais respiratórias (FEV1: 34% e FVC: 37% aos 18 anos; FEV1: 39,6% e FVC: 45,8% aos 21 anos), e recuperação parcial da morfologia da caixa torácica, com aumento da sua expansibilidade. Atualmente mantém VNI noturno, sem necessidade de oxigénio suplementar.
Discussão: Realça-se a importância do suporte ventilatório, com parâmetros de ventilação otimizados, na melhoria da morbimortalidade destes doentes, além do impacto a nível de estrutura e função pulmonar em doentes não operáveis.

Palavras-chave: *VNI. Cifoescoliose. Insuficiência respiratória crónica.*

P26. UM PRESENTE DE ANIVERSÁRIO – *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS*

C. Rôlo Silvestre, M.H. Monteiro, M.C. Gomes

Centro Hospitalar do Oeste.

Introdução: Identificar e tratar infeção latente por Mycobacterium tuberculosis (Mt) é uma estratégia que visa reduzir o risco de doença e da sua transmissão na comunidade. As crianças são um grupo vulnerável.
Caso clínico: Mulher de 29 anos, natural do Brasil, cuidadora de idosos. Sem antecedentes relevantes. Não fumadora. Recorreu ao serviço de urgência por quadro, com 3 meses de evolução, de tosse seca, perda ponderal de 10 Kg e febre vespertina de 38,5 ºC. Sem outras queixas. Ao exame objetivo, encontrava-se eupneica em ar ambiente, hemodinamicamente estável e apirética. Analiticamente com anemia e hiponatremia. VIH negativo. A TC do tórax revelou padrão micronodular bilateral, com inúmeras densificações predominantemente centrilobulares e cavitações. Realizou videobroncofibroscopia com lavado broncoalveolar com exame direto para micobactérias negativo e teste de amplificação de ácidos nucleicos para Mt positivo. Assumiu-se tuberculose pulmonar cavitada não bacilífera e iniciou terapêutica antibacilar com Isoniazida, Rifampicina, Etambutol e Pirazinamida em toma observada direta. A cultura com teste de sensibilidade aos antibióticos revelou Mt multissensível. No rastreio de contactos avaliaram-se 41 pessoas, destas 21 crianças e 2 adolescentes. O número elevado de crianças deve-se ao facto de 2 meses antes do diagnóstico ter ocorrido a festa de aniversário da filha, evento que decorreu em local fechado e que durou cerca de 6h. Entre o inicio dos sintomas e o diagnóstico decorreram 99 dias. A mediana de idades das crianças foi de 7 anos (min. 4 meses; max. 11 anos), a maioria do sexo feminino (n 15). Cinco crianças não tinham a vacina BCG.Identificaram-se 8 crianças, 2 adolescentes e 4 adultos com tuberculose latente (TBL). Quatro adultos não completaram o rastreio. Não se identificaram casos de doença. Por decisão parental, 1 criança e 1 adolescente não terminaram tratamento TBL. Pelo mesmo motivo 1 bebé não iniciou quimioprofilaxia. Pelo menos 4 pessoas não terminaram tratamento TBL.
Discussão: O rastreio e o tratamento da TBL é uma estratégia fundamental para a eliminação da TB.O estigma e a desinformação podem contribuir para a recusa e abandono da terapêutica. Atitude que no futuro pode traduzir-se em morbilidade e mortalidade. Informar a comunidade e promover a literacia para a saúde é crucial.

Palavras-chave: *Tuberculose. Rastreio. Crianças.*

P27- TUBERCULOSE NO DOENTE MUITO IDOSO

C. Rôlo Silvestre, M.H. Monteiro, T. Mourato, M.C. Gomes

Centro Hospitalar do Oeste.

Introdução: Os idosos são vulneráveis a adoecer pela senescência do sistema imunitário. As co-morbilidades e a polimedicação dificultam a gestão do doente.
Casos clínicos: Caso 1: Homem de 83 anos, dependente, com insuficiência cardíaca e tremor essencial. Recorreu 2 vezes ao serviço de urgência (SU) por tosse produtiva e dispneia, fez antibioterapia com pouca melhoria. Por persistência das queixas retornou ao SU, analiticamente apresentava parâmetros inflamatórios aumentados. A TC tórax objectivou nodularidades de limites imprecisos, algumas coalescentes formando focos de condensação. O exame microbiológico e o direto da expectoração foram negativos. Iniciou Piperacilina/Tazobactam com agravamento radiológico. Repetiu expectoração com exame direto positivo. Iniciou HRZE. Após 1 mês de antibacilares apresentava melhoria clínica sem evidência de toxicidade. No rastreio de contactos foi evidente o estigma familiar. Caso 2: Mulher de 85 anos, dependente, com história de Alzheimer e tuberculose pulmonar aos 40 anos com sequelas. Recorreu ao SU por dor e tumefação da parede torácica anterior direita, anorexia, febre vespertina e perda ponderal de 10 Kg em 2 meses. A TC de tórax mostrou formação de aparente natureza quística, 99 × 79 mm e calcificações pleurais extensas. Foi realizada drenagem, o exame directo do exsudado foi negativo, o TAAN positivo, com identificação de mutação inhA. Iniciou REZFQ. Apresentou fraca tolerância aos antibacilares, com queixas inespecíficas. Suspendeu terapêutica. Caso 3 Mulher de 83 anos, dependente, com diabetes mellitus e síndrome depressivo. Recorreu ao SU por anorexia, perda ponderal não quantificada e acessos de tosse produtiva, com 3 meses de evolução. Apresentava-se com 45 Kg, eupneica em ar ambiente, com MV diminuído, sem ruídos adventícios. Edema até aos 2/3 inferiores das pernas. Analiticamente com anemia, hiponatrémia e aumento parâmetros inflamatórios. A TC tórax revelou condensações parenquimatosas e áreas cavitadas. O exame directo da expectoração foi positivo, o cultural revelou *Mycobacterium tuberculosis* (Mt) multissensível. Iniciou HRZE. Apresentou queixas de parestesias nos pés que dificultavam a marcha, aumentou-se a dose de piridoxina. Concluiu o tratamento.
Discussão: A vulnerabilidade dos idosos ao Mt deve ser sempre equacionada. A gestão do doente idoso é um desafio.

***Palavras-chave**: Tuberculose. Idoso. Co-morbilidades.*

P28. QUANDO AS CAVITAÇÕES ESTÃO CAMUFLADAS: ACHADOS IMAGIOLÓGICOS NA GRANULOMATOSE DE WEGENER

V. Pires, V. Almeida, G. Goncalves, S. Basso, P. Donato

CHUC.

Introdução: A Poliangeíte Granulomatosa (Wegener) é uma doença multissistêmica rara de etiologia desconhecida, caracterizada por uma vasculite necrosante granulomatosa de pequenos vasos. O envolvimento torácico é o mais frequente, pelo que os achados imagiológicos mais típicos deverão ser reconhecidos. Trata-se de uma doença fatal se não tratada e a sua sintomatologia inespecifica torna o seu diagnostico um verdadeiro desafio.
Caso clínico: Os autores apresentam um caso clínico de um homem de 57 anos, fumador que apresenta antecedentes de Granulomatose de Wegener com envolvimento oftálmico e genito-urinário. Realizou uma radiografia torácica que na abordagem inicial deste paciente, não se podia descartar a hipótese de neoplasia pulmonar. Posteriormente foi solicitada uma TC que mostrou múltiplos nódulos, alguns cavitados e ainda várias densificações parenquimatosas em vidro despolido. Os achados referidos em associação com a história clínica, possibilitaram o diagnóstico definitivo. Os achados imagiológicos típicos desta doença incluem, mais frequentemente, a presença de nódulos pulmonares, múltiplos e bilaterais. Cerca de 25% destes nódulos podem cavitar e facilmente serem confundidos com metástases, abcessos pulmonares e embolia pulmonar séptica. Alguns nódulos podem apresentar uma densidade em vidro despolido à periferia o que sugere presença de hemorragia. A hemorragia pulmonar, também típica nesta patologia, quando isolada pode ser confundida com pneumonia. O envolvimento das vias aéreas, como estenose traqueobrônquica, é uma complicação tardia que por vezes pode mimetizar amiloidose ou mesmo carcinoma. Este estudo mostrou a interpretação dos achados imagiológicos e o seu resultado na investigação clínica que evidenciou, na verdade, um caso de granulomatose de Wegener com envolvimento pulmonar não conhecido.
Discussão: Na prática clínica são frequentemente encontrados múltiplos nódulos pulmonares cavitados em diversas patologias. Embora a GW seja uma entidade rara, o reconhecimento dos achados pulmonares mais típicos pode sugerir o diagnostico quando não há suspeita. Este caso enfatiza a importância do reconhecimento desta patologia e dos seus achados imagiológicos torácicos mais típicos permitindo assim uma breve abordagem clínica e optimização terapêutica.

***Palavras-chave**: Granulomatose de Wegener. Nódulos cavitados. Vasculite.*

P29. EFEITO DO CONFINAMENTO NA ADESÃO AO CPAP

C. Cascais-Costa, A. Vasconcelos, D. Gomes, J. Cravo

Hospital Infante D. Pedro, Centro Hospitalar Baixo Vouga.

Introdução: A infeção por SARS-CoV-2 teve uma propagação exponencial mundialmente e em Março de 2020 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde como Pandemia. Assim assistiu-se a um desenvolvimento científico intenso sobre este tema. Doentes com patologia do sono associada tem piores outcomes relacionados com a COVID-19, devido as suas comorbilidades. Existem dados contraditórios sobre a adesão ao tratamento. Deste modo, os autores propuseram-se a investigar diferenças na adesão a terapêutica com CPAP antes e após a Pandemia numa amostra de utentes do CHBV.
Métodos: Realizou-se um estudo descritivo e retrospetivo dos dados relatórios de adesão de 100 utentes, a realizar terapêutica com CPAP para tratamento de Síndrome Apneia Obstrutiva do Sono, antes e após o primeiro confinamento devido a Pandemia COVID-19. Para analise estatística utilizou-se o programa IBM SPSS Statistics versão 26®.
Resultados: Foram analisados um total de 100 doentes, 75% do sexo masculino, com média de idades de 62,51 ± 9,95. Nos relatórios de adesão pré COVID-19, a P95 média foi de 10,65 ± 2,25, IAH residual médio 3,664 ± 5,30, IMC médio 32,05 ± 4,75 kg/m^2 e adesão média 79,69 ± 25,53%. Nos relatórios de adesão pós COVID19, P95 média foi de 10,48 ± 1,96, IAH residual médio 4,15 ± 7,42, IMC médio 31,77 ± 4,74 kg/m^2 e adesão média 82,71 ± 26,96.% A idade e o sexo dos utentes não se correlacionaram com os parâmetros de adesão ao tratamento. Verificou-se correlação positiva entre o P95 e IMC pré (r = 0,204) e pós pandemia (r = 0,231). Quanto maior é adesão ao tratamento pré pandemia, menor o IAH residual pré (r = 0,347), e pós pandemia (r = 0,390). A adesão ao tratamento pré COVID-19 tem uma correlação forte com a adesão pós pandemia (r = 0,767).
Conclusões: Na amostra descrita, o confinamento teve um efeito positivo na adesão a terapêutica, que pode ser explicado por uma melhoria da qualidade do sono devido a diminuição de atividades sociais e ausência de horário estrito de trabalho ou pelo medo de ficar infetado com COVID19. Sendo a adesão prévia um fator importante na participação ativa do doente no tratamento. O impacto desta pandemia, incluindo do período de quarentena, é muito vas-

to e pode ser prolongado e ainda não está completamente esclarecido. Assim, estudar este tema é muito pertinente, sobretudo aplicando-o a nossa população.

Palavras-chave: *COVID-19. Pandemia. Sono. SAOS. Adesão.*

P30. MOTIVAÇÕES, MOTIVOS E MEDOS NA CESSAÇÃO TABÁGICA

C. Cascais-Costa, C. Valente, G. Teixeira, L. Andrade

Hospital Infante D. Pedro, Centro Hospitalar Baixo Vouga.

Introdução: A prevalência mundial de tabagismo diário que ronda os 25%, a taxa de sucesso na redução dos hábitos tabágicos não é consistente com a área geográfica, o grau de desenvolvimento do país ou o género. É assim necessário identificar das motivações e medos associados a uma etapa desafiante, e fundamental na vida dos fumadores.
Objetivos: Identificar as principais motivações para deixar de fumar e os medos auto-referidos por utentes numa primeira consulta de cessação tabágica.
Métodos: Realizou-se um estudo descritivo e retrospetivo das respostas aos questionários de 218 utentes durante a primeira consulta de cessação tabágica. O questionário inclui o teste de Fagestrom, o teste de Richmond, HAD-ansiedade, HAD-depressão, e os principais motivos que levam os utentes a fumar. Foram ainda questionários sobre os principais motivos e medos associados a cessação tabágica. Para analise estatística utilizou-se o programa IBM SPSS Statistics versão 26®.
Resultados: Analisamos os questionários de 218 utentes, com idade média de 52,9 ± 11,43. O teste de dependência de nicotina de Fagerstrom revelou um valor medio de 5,11 ± 2,17 e o teste de motivação de Richmond revelou uma motivação intermédia de 6 .78 ± 1,67. O teste HADS revelou um predomínio de ansiedade (valor medio de 9,09 ± 4,29) sobre a depressão (valor medio de 5,68 ± 3,25). As principais motivações para deixar de fumar foram a saúde (92,7%) os custos do consumo (28%) e a família (11,9%). Apesar de 33,9% dos fumadores não terem medo de deixar de fumar, os restantes revelam algumas preocupações relevantes: 66,1% receiam um aumento de ansiedade ou depressão (38,1%), aumento de peso (19,3%), medo de falhar (8,3%) ou perderem um prazer que consideram fazer falta (1,8%). A idade do primeiro cigarro correlaciona-se inversamente (rho = -0,162), a carga tabágica (rho = 0,272), o teste HAD ansiedade (ro = 0,204) e HAD depressão (rho = 0,167) positivamente, com o teste de Fagerstrom. O sucesso da cessação tabágica correlaciona-se inversamente com a escala de depressão do HADS (rho = -0,177) e faltar a segunda consulta (rho = -0,154).
Conclusões: Conhecer as motivações, receios e associações de consumo aos hábitos da vida diária, é fundamental, para os profissionais de saúde personalizarem a abordagem do utente, nos programas de cessação tabágica.

Palavras-chave: *Cessação tabágica. Motivações. Medos.*

P31. INTERVENTIONAL PULMONOLOGY PROCEDURES IN TIMES OF COVID-19 – A PATIENTS' PERSPECTIVE

A. Alfaiate, M.I. Pereira, J.P. Boléo-Tomé, F. Rodrigues

Centro Hospitalar de Setúbal EPE.

Introduction: COVID-19 (CV19) pandemic has significantly impacted healthcare services and patients' behaviors, requiring a significant adjustment. Patients' perspectives regarding healthcare services can help professionals understand whether they are effectively meeting their needs.
Objectives: We developed a survey at the Interventional Pulmonology Unit (IPU) of Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca aiming for a better understanding of our patients' experience and concerns during the most challenging months of the CV19 pandemic in Portugal so far.
Methods: Data were obtained applying a survey to outpatients who were submitted to one/more procedures in IPU between 1st January and 31st March 2021.
Results: 186 patients attended IPU and 31 of them fulfilled selection criteria. Ten (32.3%) patients referred difficulty in accessing their attending physician and 3 (9.7%) admitted a delayed medical demand due to pandemic-related matters. The primary delay motivators were anxiety about contracting CV19, consider most important to avoid possible exposure to CV19, fear of public transport dislocations, worry of going out and delays and/or cancellation of medical appointments. Most patients had anxiety factors during this period, mainly regarding their lifestyle changes (17; 54.8%). The other most-cited considerations were interruption of familiar/social life (15; 48.4%), fear of being infected with CV19 (14; 45.2%), fear of being isolated with respiratory disease (11; 35.5%), and economic troubles (11; 35.5%). The highest level of concern was with the Emergency Department visits (15; 48.4%). When going to the IPU, most patients revealed no fears (17; 54.8%) and the greatest concern was the worry of being infected by other patients (5; 16.1%). With key safety measures in place, patients showed less apprehension, as most respondents (22; 80.0%) considered that proper compliance with infection control measures, adequate measures in the waiting and recovery rooms, regular health professional and patients related CV19 symptoms screening, masks supply and mandatory CV19 tests before the procedures made the IPU visits safer.
Conclusions: The survey responses demonstrate hesitancy about routine care. Long-term success will center on patient confidence that all necessary provisions are being taken.

Keywords: *COVID-19. Survey. Interventional Pulmonology Unit.*

P32. CARCINOMA NUT TORÁCICO – UMA ENTIDADE EXCECIONALMENTE RARA E COM UMA ABORDAGEM DESAFIANTE

A. Alfaiate, C. Padrão, J. Patrício, V. Clérigo, I. Fernandes, P. Duarte

Centro Hospitalar de Setúbal EPE.

Introdução: Os carcinomas NUT (Nuclear Protein in testis) são excecionalmente raros e agressivos, com incidência desconhecida. Apesar da sua descrição inicial em jovens, atualmente reconhece-se um amplo leque de idades de apresentação, afetando igualmente ambos os géneros. Não está descrita associação com fatores hereditários ou ambientais e a sua origem é, em cerca de 50%, torácica.
Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 25 anos, sem antecedentes pessoais, medicação habitual ou hábitos tabágicos. Foi observado pela Pneumologia por quadro de tosse seca com um mês de evolução. O exame objetivo era incaracterístico. Na radiografia de tórax, destacava-se alargamento do mediastino. Foi submetido a TC de tórax, descrevendo-se uma massa mediastínica infra-carinal (64 × 50 mm). Na videobroncofibroscopia, observaram-se pequenas lesões nodulares no brônquio principal esquerdo (BPE) e estreitamento do brônquio lobar médio, com a presença de uma lesão "em couve-flor". Foram realizadas biópsias brônquicas e EBUS com punção aspirativa da estação ganglionar 7. As amostras brônquicas e ganglionares revelaram estudo imunohistoquímico positivo para proteína NUT e negativo para TTF-1, napsina-A, sinaptofisina, cromogranina e CD34. A avaliação subsequente, incluindo PET/TC, evidenciou uma extensa lesão infiltrativa do lobo médio (94 × 69 mm); adenopatias hilares à direita, infra-carinais, esofágicas e diafragmáticas; lesão hepática; nódulo na supra-renal direita; e lesões osteo-medulares. Assumiu-se um carcinoma NUT torácico estadio IV-B e o doente foi integrado num ensaio clínico, tendo falecido seis meses após o diagnóstico.

Discussão: Independentemente da idade e da ausência de fatores de risco, quando a evolução clínica é agressiva, a hipótese de carcinoma NUT deve ser incluída no diagnóstico diferencial de massas torácicas. Devido ao seu rápido crescimento no mediastino, uma dúvida recorrente é se o envolvimento pulmonar é primário ou secundário, pelo que na edição mais recente da classificação dos tumores da WHO, estes são descritos globalmente como carcinomas NUT torácicos. O prognóstico é desfavorável pela refractoriedade aos tratamentos convencionais, estando a ser testadas terapêuticas dirigidas promissoras.

Palavras-chave: *Carcinoma NUT torácico.*

P33. COPD PATIENTS: WHAT DO THEY DIE FROM?

A. Duarte-de-Araújo A, A.R. Osório

Hospital Guimarães.

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is currently the 3rd cause of death worldwide, but age-standardized mortality rates have been declining in many world regions. This has led some authors to argue that, in the future, patients will die with COPD but not from COPD. In the present study we aimed to understand the circumstance of death in patients suffering from COPD, by identifying the disorders that contributed and were present at the time of death. A total of 303 stable COPD patients over 40 years of age, diagnosed according to GOLD criteria, were recruited consecutively between March 2016 and May 2017. Five years after the start of recruitment and one year after the declaration of the COVID-19 pandemic by the World Health Organization, patients who have died were identified. Their clinical notes, by the time of death and in the days preceding its occurrence, were analysed. Sixty one patients (20.13%) died, the majority during hospitalization or in the emergency department. Thirty-two patients presented COPD exacerbation (ECOPD) with acute-on-chronic respiratory failure (RF) by the time of death. In 10 patients, ECOPD with RF was the single identified cause of death, but 22 also presented one or two more other conditions related to death: 11 pulmonary infection (PI), 9 advanced stage lung cancer (LC), 8 decompensated heart failure (HF) and 3 kidney failure (KF). In 19 other patients a single different cause of death was also identified: HF in 5, KF in 4, PI in 3, LC in 3, and advanced non-lung cancer, stroke or acute pulmonary embolism in 4. Three patients died because of both PI and LC, one because of PI and HF and only one patient died due to COVID 19 pneumonia, with acute respiratory failure and heart failure. COPD exacerbation with acute-on-chronic respiratory failure was the most important cause contributing to death, suggesting that the majority of these patients have died, in fact, because of COPD. Surprisingly, ischemic heart disease, stroke and COVID-19 pneumonia were not significant causes of death.

Keywords: *COPD. Mortality. Causes of death.*

P34. FORMA RARA DE INVASÃO PLEURO-PULMONAR POR CARCINOMA EPIDERMOIDE CUTÂNEO

A. Dias, A. Marques, J. Pereira, C.R. Cordeiro

CHUC.

Introdução: O carcinoma epidermóide cutâneo tem habitualmente bom prognóstico com uma percentagem de cura aos 5 anos superior a 90%, e taxa de metastização inferior a 4%, no entanto, existe um subgrupo definido, que devido às suas características clínicas e histopatológicas apresenta maior probabilidade de metastização e mortalidade.
Caso clínico: Homem de 62 anos, com antecedentes de pênfigo bolhoso e tabagismo pesado, foi encaminhado da consulta de Dermatologia para o Serviço de Urgência por astenia, anorexia, perda ponderal superior a 10 Kg e toracalgia póstero-superior esquerda. No exame físico identificou-se uma massa dorsal para-vertebral esquerda, e abolição do murmúrio vesicular ipsilateral. Realizou radiografia do tórax que mostrou uma opacidade ápicocaudal em toalha, do hemitórax esquerdo. Foi submetido a toracocentese com drenagem de líquido pleural exsudativo e cuja citologia identificou células compatíveis com carcinoma epidermoide. Após colocação de dreno torácico, o doente apresentou hidropneumotórax que nunca reverteu mesmo sob aspiração. A broncofibroscopia não evidenciou alterações significativas e foi dificultada por atelectasia do lobo inferior esquerdo, por compressão extrínseca. A citologia do lavado broncoalveolar e do aspirado brônquico foram concordantes com o diagnóstico de carcinoma epidermóide. A tomografia computorizada torácica evidenciou invasão e destruição de corpos vertebrais, invasão do canal medular , dos músculos eretores da espinha, e extensão à pleura, com espessamento difuso da mesma, e provável atingimento pulmonar esquerdo. O diagnóstico final foi obtido por biopsia ecoguiada da massa dorsal de 8 × 9 × 10 cm heterogénea com extensão intratorácica, cuja histologia confirmou tratar-se de um carcinoma epidermóide da pele.
Discussão: Os cancros do pulmão e cutâneo não-melanoma, são frequentes na população geral, no entanto apresentam prognósticos e mortalidade muito diferentes. Este caso constituiu um desafio diagnóstico, uma vez que o carcinoma epidermoide podia ter origem cutânea ou pulmonar, dado que o doente apresentava fatores de risco para ambos. Apesar do carcinoma epidermoide cutâneo apresentar geralmente um comportamento indolente, existe um subgrupo mais agressivo e associado a pior prognóstico, no qual consideramos enquadrar-se este caso.

Palavras-chave: *Derrame pleural. Invasão pleuro-pulmonar. Carcinoma cutâneo.*

P35. CARCINOMA ADENÓIDE QUÍSTICO – APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA RARA EM LOCALIZAÇÃO INCOMUM

M. d'Almeida, T. Câmara, C. Giesta, A. Norte, G. Vasconcelos, O. Santos, C. Lousada

Centro Hospitalar do Médio Tejo.

Introdução: O Carcinoma adenoide quístico é uma neoplasia maligna rara das glândulas secretórias, usualmente salivares, de crescimento lento e elevada taxa de recorrência. A histologia é típica e diagnóstica. A invasão linfática regional é infrequente.
Caso clínico: Trata-se de uma mulher, de 72 anos, não fumadora, obesa, que recorreu ao Serviço de Urgência com um quadro de dispneia, pieira e estridor com alguns meses de evolução e agravamento progressivo. Mantinha seguimento em Pneumologia por Asma e SAOS grave. Medicada com broncodilatadores, corticoide inalado, aminofilina e montelucaste. Cumpria ventiloterapia com autoCPAP. Ao exame objetivo apresentou murmúrio vesicular rude com sibilância dispersa bilateralmente. Analiticamente, demonstrou leucocitose com neutrofilia e aumento ligeiro da Proteína C Reativa; gasimetricamente, apresentava insuficiência respiratória global. A radiografia torácica mostrou uma hipotrasnparência difusa do campo pulmonar direito e subida da hemicúpula diafragmática ipsilateral. Para melhor esclarecimento diagnóstico realizou TC Tórax que detetou uma massa infracarinal pré-vertebral com 65 × 44 mm e compressão/envolvimento da bifurcação dos brônquios principais. A TC crânio-encefálica e abomino-pélvica eram normais. O ecocardiograma demonstrou boa função sistólica e o ECG era normal. A doente foi submetida a broncoscopia rígida com identificação de massa traqueal a 4cm das cordas vocais com extensão ao longo de toda a traqueia com redução do seu lúmen a 5%, extensão ao longo de toda a carina e brônquios principais. Foram colhidas biópsias da lesão, laserização com repermeabilização do lúmen e colocou de prótese em Y. O diagnóstico histoló-

gico foi de Carcinoma Adenoide Quístico (PDL1 0%; Ki67 19%). Realizou cintigrafia óssea que mostrou focos hipercaptantes no 9º e 10º arcos costais direitos e na articulação esternoclavicular direita, a esclarecer. Teve alta com OLD 1,5L/min permanente. Aguarda decisão terapêutica multidisciplinar.
Discussão: A clínica persistente e disruptiva motivou a realização de exames complementares que culminaram no diagnóstico deste tipo de neoplasia, rara, em localização incomum dado não ter sido detetada qualquer outra lesão noutro local, nomeadamente nas glândulas salivares.

Palavras-chave: *Neoplasia rara. Apresentação. Diagnóstico.*

P36. DAS UNHAS AO PULMÃO

P. Fernandes, A. Novais, J. Capelo, J.P. Silva

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A histiocitose pulmonar de células de Langerhans (HPCL) é uma doença rara do interstício pulmonar de etiologia e patogénese desconhecidos. Surge predominante em jovens fumadores, com pico de incidência entre os 20-40 anos. A infiltração de células de Langerhans leva à formação granulomas, com consequente cavitação e destruição do parênquima pulmonar. O diagnóstico definitivo requer uma biópsia pulmonar, embora um diagnóstico imagiológico possa ser feito com um elevado nível de confiança.
Caso clínico: Homem de 70 anos, epilético, fumador de 45 UMA, referenciado a consulta após intercorrência não relacionada que motivou internamento médico hospitalar (rabdomiólise secundária a crise convulsiva), para estudo etiológico de hipocratismo digital detetado no internamento. Como sintomatologia, apresentava queixas de dispneia para esforços vigorosos (MMRC 1). Ao exame objetivo salientava-se hipocratismo digital e unhas em vidro de relógio, que o doente referia ter desde há longa data, à auscultação pulmonar sem alterações. Realizou provas de função respiratória, sem critérios de patologia obstrutiva nem restritiva. Fez TC-tórax que revelou formações quísticas de parede fina e regular de dimensões variáveis (alguns de morfologia bizarra, predominantes nos andares superiores) e pequenos nódulos mal definidos de localização centrilobular com pequenas áreas de cavitação no seu interior, compatível com HPCL. Realizou subsequentemente broncofibroscopia com lavado broncoalveolar, que revelou 1,2% células positivas para CD1a. Foram excluídas outras etiologias. Feito o diagnóstico de HPCL recomendou-se a cessação tabágica, prescreveu-se vacinação antigripal e antipneumocócica e foi instituída terapêutica broncodilatadora, para alívio dos sintomas e manteve-se seguimento expectante em consulta externa. Trata-se de diagnóstico de HPCL realizado tardiamente num doente com provável doença estável de longa data. O hipocratismo digital foi o sinal que despoletou o estudo, sendo manifestação clínica rara desta doença. Foi feito o diagnóstico por TC-tórax, com características típicas da doença. O LBA foi auxiliar no diagnóstico por exclusão de etiologias mais frequentes, embora sem células positivas a CD1a >5%. Optou-se por não realizar biópsia pulmonar e manter atitude expectante, dada a clínica ligeira de longa data apresentada.

Palavras-chave: *Histiocitose de células de Langerhans. Hipocratismo digital. Patologia do interstício pulmonar. Quistos pulmonares.*

P37. ESTENOSE SUBGLÓTICA PÓS ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: RELATO DE CASO

P. Fernandes, J.P. Silva

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A estenose subglótica é uma complicação rara e grave da entubação orotraqueal. Resulta na proliferação de tecido de granulação e fibrose na área compreendida entre as cordas vocais e a cartilagem cricoideia. Constituem fatores de risco: entubação traumática, múltiplas intubações e extubações não planeadas, duração prolongada de entubação, infeção respiratória nos primeiros 14 dias de entubação, diabetes mellitus, obesidade e doença de refluxo gastroesofágico.
Caso clínico: Homem de 76 anos de idade, com antecedentes de obesidade e SAOS grave, internado por pneumonia SARS-CoV-2 grave com necessidade entubação orotraqueal e internamento nos cuidados intensivos. Realizou traqueotomia com necessidade de conversão em traqueostomia cirúrgica por hemorragia. Cumpriu 17 dias de ventilação mecânica invasiva. Apresentou como intercorrências pneumonia associada ao ventilador no nono dia de entubação, tendo cumprido vancomicina dirigida, infeção do estoma da traqueostomia para o qual realizou cefotaxima dirigida e candidíase esofágica para o qual cumpriu fluconazol. Realizou broncofibroscopia flexível que revelou estenose de aproximadamente 70% do lúmen, no 1/3 superior da traqueia e acima da cânula, à custa da parede anterior da traqueia por provável tecido de granulação. Não foi possível retirar a cânula dadas as queixas de dispneia e estridor, pelo que realizou mais tarde broncofibroscopia rígida no qual foi efetuada laserterapia YAG, remoção mecânica e biópsias da lesão. O doente manteve a cânula após avaliação por otorrinolaringologia com indicação para treino de descanulação e se progressão sem intercorrências posterior remoção.
Discussão: O doente apresentava múltiplos fatores de risco com processos de inflamação local. O tratamento pode ser cirúrgico ou endoscópico, no entanto o tratamento endoscópico apresenta um risco maior de recidiva da estenose, pelo que pode ser necessária, mais tarde, tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: *Estenose subglótica. Ventilação mecânica invasiva. Estridor.*

P38. MAIS UM CASO DE FEBRE EM PERÍODO PANDÉMICO

I. Barreto, F.G. Oliveira, F. Freitas, F. Caeiro, A. Manique, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A pandemia por SARS-CoV-2 tem imposto ao clínico um particular desafio no diagnóstico diferencial de muitas entidades em que a febre domina o curso clínico. A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de etiologia desconhecida que afecta sobretudo indivíduos jovens e cursa frequentemente com febre.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 32 anos, natural da Austrália e residente em Portugal, que foi internado para investigação de quadro com 3 semanas de evolução de febre, artralgias, eritema nodoso, dispneia, toracalgia anterior, sudorese nocturna e perda ponderal (10 Kg). Avaliação analítica: VS 86 mm; PCR 24,5 mg/dL; procalcitonina negativa. Função renal, ionograma, função tiroideia, cálcio sérico, calciúria, enzima conversora da angiotensina, LDH e beta 2 microglobulina sem alterações. Teste IGRA e monoteste negativos. TASO normal. Estudo da auto-imunidade negativo. Os exames microbiológicos e serologias virais e para microrganismos atípicos foram negativos. A pesquisa de SARS-CoV-2 por RT-PCR no exsudado nasofaríngeo foi negativa em três avaliações. TC de tórax com adenopatias mediastínicas e hilares pulmonares bilaterais e simétricas e opacidade subpleural focal lobo inferior esquerdo, de natureza indeterminada. O doente recusou a realização de broncofibroscopia com EBUS, tendo sido admitido diagnóstico de sarcoidose estádio I com síndrome de Löfgren, e tendo tido alta para ambulatório com terapêutica sintomática, com follow-up a dois meses a revelar melhoria clínica, sem necessidade subsequente de terapêutica.
Discussão: Este caso pretende salientar a importância da suspeição clínica de formas agudas e subagudas de sarcoidose, como a síndrome de Löfgren, em que as apresentações clínico-radiográficas são

suficientes para estabelecer o diagnóstico, sem necessidade de diagnóstico histopatológico. Trata-se de uma entidade clínica auto-limitada, que resolve espontaneamente em 3 semanas a 4 meses na maioria dos casos, podendo evoluir para doença crónica activa em 8% e recorrer em 6%. O prognóstico destes doentes é geralmente favorável, sobretudo naqueles de descendência europeia.

Palavras-chave: *sarcoidose. Febre. SARS-CoV-2. Síndrome de Löfgren.*

P39. TUBERCULOSE, A GRANDE IMITADORA

I. Barreto, F.G. Oliveira, F. Freitas, F. Caeiro, A. Manique, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A tuberculose é frequentemente denominada a "grande imitadora", uma vez que a sua apresentação clínica é variável, podendo confundir-se com outros diagnósticos. O diagnóstico diferencial inclui doenças linfoproliferativas, neoplasias, patologia inflamatória e outras doenças infecciosas.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 61 anos, fumadora (50 UMA), avaliada em consulta de Pneumologia por quadro com 6 meses de evolução de cansaço e perda ponderal (6 Kg), com avaliação complementar a sugerir o diagnóstico de tuberculose pulmonar não cavitada – PCR para *Mycobacterium tuberculosis* positiva nas secreções brônquicas obtidas por broncofibroscopia; exame directo e cultural negativos para *Mycobacterium tuberculosis* no exame de expectoração, secreções brônquicas e lavado broncoalveolar. Broncofibroscopia com EBUS sem granulomas nem tecido de neoplasia. Dada a elevada suspeição clínica, foi realizada terapêutica antibacilar durante 9 meses, verificando-se agravamento radiológico de consolidações pulmonares e persistência de clínica de astenia, anorexia, perda ponderal e sudorese nocturna, apesar de ter completado esquema antibacilar de primeira linha. A PET-TC mostrou alterações sugestivas de doença linfoproliferativa ou granulomatosa. O estudo da auto-imunidade foi negativo. Foi repetida broncofibroscopia com EBUS, sem granulomas nem tecido de neoplasia. Provas de função respiratória sem alterações significativas. A electroforese de proteínas revelou hipogamaglobulinémia. Foi realizada biópsia percutânea guiada por ecografia de gânglio axilar esquerdo, não conclusiva, tendo sido posteriormente realizada biópsia excisional, compatível com linfoma da zona marginal, com predomínio axilar, pélvico e inguinal. Foi avaliada pela Hematologia, não apresentando, à data, critérios para tratamento, mantendo vigilância clínica.
Discussão: Este caso reforça a importância da investigação de diagnósticos alternativos e adicionais à tuberculose pulmonar, sobretudo em situações de persistência sintomática e agravamento radiológico apesar da terapêutica antibacilar, ou de diagnóstico duvidoso, em que a suspeição clínica deve manter-se elevada. A biópsia excisional é o gold-standard para o diagnóstico de linfoma, permitindo a avaliação histopatológica e imunohistoquímica.

Palavras-chave: *Tuberculose. Linfoma. Biópsia.* Mycobacterium tuberculosis.

P40. HILOS PULMONARES: ÁREA CRÍTICA EM RADIOGRAFIA TORÁCICA

M. Manso, I. Delgado, C.O. Mira, G. Freire, J. Calha

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: Os hilos pulmonares representam uma área de difícil avaliação na radiografia torácica. A sobreposição de estruturas e a interpretação de alterações ténues com significado patológico tornam a sua avaliação um desafio.
Objetivos: Sistematização da avaliação hilar e das suas dificuldades.
Métodos: Através de uma revisão da literatura, descrevem-se as principais alterações hilares, ilustrando-se patologias frequentes com iconografia da nossa instituição.
Resultados: Na avaliação hilar interessa valorizar alterações morfológicas, posição, simetria e densidade. Em termos morfológicos, importa verificar a regularidade dos contornos hilares e a presença da normal concavidade do ângulo hilar. Em casos de atelectasia a simetria pode estar alterada. Um sinal importante que se pode observar em radiografia de tórax é o Sinal S de Golden (atelectasia do lobo superior associada à presença de uma massa hilar). É também importante compreender se determinada alteração se localiza de facto na região hilar e, para isto, devemos estar atentos à presença do Sinal da sobreposição hilar, em que a observação de vasos por trás de uma massa, indica que a massa é anterior ou posterior ao hilo. Como patologias mais frequentemente associadas a alterações hilares destacam-se lesões vasculares (hipertensão pulmonar), infecções (tuberculose), tumores (linfoma, metastização), sarcoidose e silicose. Para destacar a importância dos achados específicos de cada patologia, refere-se o sinal 1-2-3 ou tríade de Garland (adenopatias hilares esquerda, direita e paratraqueal direita), associado a sarcoidose e as calcificações em casca de ovo, associadas à sarcoidose, mas também à silicose. Os hilos normais devem diminuir de tamanho do centro para a periferia. Quando isto não se verifica, é provável que a origem da alteração seja vascular, valorizando-se o Sinal da convergência hilar (os vasos pulmonares convergem e juntam-se à artéria pulmonar dilatada).
Conclusões: A correcta avaliação dos hilos pulmonares e a identificação de sinais importantes associados às diferentes etiologias vão permitir uma melhor compreensão de achados que podem passar despercebidos e que, na maioria das vezes, são relavantes.

Palavras-chave: *Hilos pulmonares. Adenopatias hilares.*

P41. AFINAL ERA SARCOIDOSE

R. Queirós Rodrigues, L. Nascimento, A.I. Loureiro, C. Parra, M.M. Carvalho, A. Fernandes

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

Introdução: A sarcoidose é uma doença incomum que, embora se apresente tipicamente com linfadenopatias mediastino-hilares bilaterais simétricas e micronodulação, pode ter uma variabilidade de manifestações clínicas, simulando várias patologias. O diagnóstico é baseado em achados clínico-radiológicos compatíveis e histologia a mostrar granulomas não caseosos, depois de excluídas outras doenças granulomatosas.
Caso clínico: Homem, 51 anos, raça negra, não fumador, com antecedentes de hipertensão. Tosse com 18 meses de evolução, agravada nos últimos 11 meses. Desconforto retroesternal, hipersudorese noturna de longa evolução e perda ponderal de 4% nos últimos meses. Estudo complementar com radiografias torácicas e espirometria sem alterações. TC torácica evidenciou conglomerados adenopáticos hilares, subcarinal e do mediastino anterossuperior de grandes dimensões (sugestivos de doença linfoproliferativa), parênquima com espessamentos de septos e vidro despolido de predomínio nos lobos inferiores. Analiticamente com ECA elevada e aumento de IgG, IgA e β2M. Reavaliação clínica com surgimento de adenopatias supraclaviculares direitas palpáveis, a maior com 4 cm. Biópsia aspirativa de um destes gânglios foi inconclusiva. A broncofibroscopia mostrou ligeiro abaulamento da parede da traqueia, com aspirado brônquico sem isolamentos microbiológicos. O lavado broncoalveolar mostrou alveolite linfocítica (38×10^5/mL, 87% linfócitos), com relação CD4/CD8 de 0,6 e imunofenotipagem sem alterações. Biópsia excisional de gânglio supraclavicular veio a revelar linfadenite granulomatosa não necrotizante, sem isolamentos micobacteriológicos ou alterações suspeitas de doença linfoproliferativa na imunofenotipagem. Assumido o diagnóstico de sarcoidose, iniciou corticoterapia sistémica com regressão das adenopatias e

das alterações parenquimatosas. A presença de conglomerados adenopáticos exuberantes, adenopatias periféricas sintomáticas e o padrão parenquimatoso pulmonar levaram a equacionar como primeira hipótese de diagnóstico o linfoma. O LBA não ajudou no diagnóstico.
Discussão: Chama-se a atenção para as apresentações atípicas da sarcoidose e para a importância da sua marcha diagnóstica adequada, uma vez que esta doença mimetiza diversas patologias, nomeadamente malignas. Deve ser considerada um diagnóstico de exclusão, com necessidade de confirmação histológica.

Palavras-chave: *Sarcoidose. Linfoma. Linfadenopatias.*

P42. PSEUDOQUILOTÓRAX COMO APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE TUBERCULOSE PLEURAL

E. Seixas, P.G. Ferreira, B. Rodrigues

Centro Hospitalar Baixo Vouga.

Introdução: O pseudoquilotórax é uma apresentação atípica e rara de derrame pleural que consiste na presença de cristais de colesterol no líquido pleural, na ausência de quilomicrons. As causas mais frequentes são a tuberculose e a artrite reumatóide. A presença de fístula pleural para a parede torácica é uma complicação rara de derrame pleural secundário a tuberculose.
Caso clínico: Homem, 75 anos com tumefação depressível de crescimento progressivo (por vezes dolorosa) ao nível da parede torácica direita, sem fístula cutânea com 2 meses de evolução. Ecografia torácica evidenciou uma coleção líquida que aparentava envolver um dos últimos arcos costais. No Serviço de Urgência, encontrava-se subfebril e objetivamente com abolição dos sons pulmonares nas bases. Analiticamente com anemia normocítica normocrómica, sem leucocitose ou neutrofilia, com elevação ligeira da PCR. Tc Tórax com extenso empiema à direita, com espessamento pleural e múltiplas e grosseiras calcificações (folheto parietal e visceral) com conteúdo interno líquido. Era evidente também descontinuidade do folheto parietal lateral, com coleção de aspeto semi-líquido que distende os planos tecidulares subdérmicos com aparente ligação com o derrame pleural. À esquerda também existia derrame pleural espesso de menor volume, com realce após contraste. Realizada toracocentese e colocação de dreno torácico ecoguiado com saída de líquido castanho claro à direita, inodoro e líquido sero-hemático à esquerda. Bioquímica compatível com critérios de pseudoquilotórax à direita com bacteriologia negativa e exame direto positivo para BK e PCR positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Exame direto, PCR e cultura para micobactérias negativas na expetoração e no estudo invasivo por broncofibroscopia. A evacuação com dreno torácico foi bem-sucedida e iniciou tratamento antibacilar com HRZE.
Discussão: O pseudoquilotórax é uma apresentação rara de derrame pleural e está frequentemente associado a derrames pleurais de longa duração. A presença de derrame pleural de longa duração raramente leva à formação de fístulas para a parede torácica e/ou cutâneas. Neste caso, a presença de tumefação na parede torácica permitiu o recurso mais atempado aos cuidados de saúde antes do surgimento de fístula cutânea.

Palavras-chave: *Tuberculose. Pseudoquilotórax. Fístula. Parede torácica.*

P43. DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL NA ESCLEROSE SISTÉMICA SINE SCLERODERMA

E. Seixas, P.G. Ferreira, B. Rodrigues

Centro Hospitalar Baixo Vouga.

Introdução: A esclerose sistémica é uma doença auto-imune rara. A presença e desenvolvimento progressivo de doença intersticial pulmonar é uma das principais causas de morte apesar de avanços recentes nas terapias disponíveis.
Caso clínico: Homem, 61 anos com doença hepática crónica secundária a consumo de álcool. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia em esforço e platipneia. Apresentava-se com baixas saturações periféricas de oxigénio e ortodeoxia. Na gasimetria observava-se a presença de insuficiência respiratória tipo 1 com paO2 de 57,3 mmHg. TC do Tórax de alta resolução demonstrou um padrão intersticial sugestivo de NSIP. O painel de auto-imunidade revelou a presença de anticorpos antinucleares positivos (anti-SCl 70 e anti-RNP). Foi realizada capilaroscopia que não mostrou alterações sugestivas de envolvimento cutâneo pela esclerose sistémica. Foi realizado ecocardiograma com contraste de solução salina que evidenciou a presença de shunt direito-esquerdo sugestivo de síndrome hepatopulmonar. Estudo funcional com DLCO-30,9%. Doente discutido em reunião multidisciplinar de interstício e decidido iniciar terapêutica imunossupressora com micofenolato de mofetil (MMF) com boa resposta e clínica e funcional, apesar de sinais incipientes de progressão radiológica. Posteriormente, nas avaliações imagiológicas foi observado de novo a presença de um nódulo suspeito no lobo superior esquerdo que se veio a confirmar como adenocarcinoma do pulmão. Apesar dos riscos, o doente foi submetido a cirurgia com excisão total do nódulo: estadiamento T1bN0M0. Atualmente o doente encontra-se medicado com MMF e proposto para terapêutica antifibrótica com nintedanib.
Discussão: Este caso clínico demonstra um caso raro de esclerose sistémica sem envolvimento cutâneo. O diagnóstico e tratamento atempados são necessários para se obter um melhor prognóstico. Apesar dos esforços e evolução terapêutica, não é possível fazer uma mudança significativa na história natural da doença pulmonar intersticial secundária à esclerose sistémica.

Palavras-chave: *Esclerose sistémica. Doença intersticial. Hepatopulmonar. Adenocarcinoma.*

P44. O QUE A LARINGE PODE ESCONDER

D. Amorim, S. Silva, M.J. Canotilho, S. Feijó

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Leiria.

Introdução: A tuberculose laríngea é uma patologia rara e geralmente ocorre como complicação de tuberculose pulmonar. Geralmente apresenta-se com rouquidão ou disfagia e, muito raramente, pode apresentar-se com obstrução grave da via aérea, necessitando de traqueostomia urgente.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 41 anos, extoxicodependente, fumadora e com história prévia de hepatite C. Recorreu ao Serviço de Urgência por disfonia e dispneia com agravamento progressivo desde há 4 meses e agravamento marcado nesse próprio dia. Negava sintomas constitucionais ou febre. À observação, apresentava estridor e auscultação pulmonar sem alterações. Devido à presença de estridor, a doente foi imediatamente submetida a broncoscopia rígida, que revelou uma massa infiltrativa desde a supraglote até à subglote, predominantemente na comissura posterior. Pelo compromisso importante da via aérea foi necessária realização de traqueostomia de urgência. Imediatamente após esse procedimento, foi realizada TC de tórax que evidenciou "nodulação centrolobular confluente nos lobos superiores, médio e inferiores e duas imagens cavitadas no lobo superior direito." Apesar da grande suspeita endoscópica de neoplasia, a TC de tórax levantou a hipótese de patologia infeciosa e foi feito exame microbiológico de expetoração. A histologia das biópsias das lesões laríngeas acabou por revelar "granulomas múltiplos com áreas de necrose" e o exame microbiológico de expetoração revelou TAAN positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, apesar Ziehl Neelsen direto negativo. Tendo em conta os resultados, foi assumido diagnóstico de tuberculose laríngea e pulmonar e iniciou-se terapêutica antibacilar. Foi repetida videobroncofibroscopia após 20 dias, com melhora

endoscópica acentuada, tendo sido possível remover a traqueostomia com sucesso. Do ponto de vista pulmonar, também houve melhora radiológica importante.
Discussão: A tuberculose laríngea é frequentemente subdiagnosticada. Pode mimetizar neoplasias da laringe e pode causar estenose glótica ou subglótica. Apesar do caso descrito apresentar uma forma de tuberculose laríngea muito grave, com necessidade de traqueostomia, o tratamento adequado permitiu uma ótima recuperação sem sequelas.

Palavras-chave: *Tuberculose laríngea. Massa laríngea. Traqueostomia. Estridor.*

P45. GENDER DIFFERENCES IN ASTHMA: A COHORT OBSERVATIONAL STUDY

B. Cabrita, E. Tinoco, E. Seixas, DC. Machado, I. Franco, I. Ladeira, I. Pascoal, R. Lima

Hospital Pedro Hispano.

Introduction: There is a well-established gender disparity in the incidence, prevalence and severity of asthma.
Objectives: Cohort study and literature review of gender differences in asthma.
Methods: Retrospective observational study, including a cohort of patients with asthma, selected from Asthma consultations (Nov 2020 - Jan 2021). We divided the cohort in two groups, for comparison: males and females.
Results: Our cohort included 269 patients, mostly female (n = 198, 73.6%). Median age was 49 ± 24 (13-85) years (p = 0.151). Asthma phenotypes were similar between groups, as well as rhinosinusitis, nasal polyposis or atopic dermatitis. There was 6 (8.4%) male and 27 (13.7%) female patients under treatment with biologic agents due to severe asthma (p = 0.253). Although males had significantly higher prevalence of smoking habits (n = 26, 36.6%, p = 0.001), female patients had more risk factors for cardiovascular diseases (n = 73, 36.9%, p = 0.008). In binary logistic regression, smoking habits remained as an independent difference between the groups (OR = 0.356, 95%CI 0.191-0.664). We found no significant differences in asthma severity and treatment requirements, including inhaled corticosteroids, β2 agonists, anticholinergics, systemic corticosteroids or biologic therapy.
Conclusions: Gender differences in asthma may be related to immunological and hormonal factors, however, more studies are required. The prevalence is greater among boys and women, and women usually have more severe disease. In this cohort, we found significant differences in smoking habits and cardiovascular risk factors, however, asthma phenotypes, severity and treatment were similar.

Keywords: *Asthma. Gender. Differences.*

P46. CHRONIC EOSINOPHILIC PNEUMONIA: AN UNUSUAL AND RELAPSING CONDITION

B. Cabrita, S.C. Martins, E. Tinoco, E. Seixas, D.C. Machado, I. Franco, I. Ladeira, I. Pascoal, R. Lima

Hospital Pedro Hispano.

Introduction: Chronic eosinophilic pneumonia (CEP) is an idiopathic rare condition with increased eosinophils count. With this work, we describe a clinical case and review the literature on CEP.
Case report: We describe the case of a woman, 41 years, non-smoker, with stable asthma. On September 2019, she referred increased dyspnea, cough, wheezing, anorexia and weight loss (6 Kg). Analytical parameters showed anemia and increased blood eosinophils (5,090 cells/uL). Thorax CT showed mosaic attenuation pattern, bilateral peripheral consolidations and ground-glass densifications. Bronchoalveolar lavage was performed reveling increased eosinophils count (25%). Transthoracic biopsy was suggestive of eosinophilic pneumonia. Other causes of eosinophilia were excluded, including lymphoproliferative disease. She began treatment with prednisolone 40 mg/day. On December, she had remarkable symptoms improvement and began corticosteroid tapering. There was radiological improvement and a decrease on eosinophils (140 cells/uL). Corticosteroid was reduced to a minimum of 2,5 mg in alternate days, on June 2020. However, on August, she referred symptoms relapse, eosinophils increased to 3,500 cells/uL and thorax CT showed new areas of ground-glass densification. It was assumed a recurrence of CEP and prednisolone 40 mg/day was initiated. She is currently asymptomatic, under slow corticosteroid tapering.
Discussion: CEP typically affects non-smoker women around 45 years-old. Most cases have asthma and half report atopy. The prognosis is usually favorable, however, relapse is frequent. Biological therapy may be considered.

Keywords: *Chronic. Eosinophilic pneumonia. Asthma.*

P47. EFICÁCIA DO DOCETAXEL E NINTEDANIB EM TERCEIRA LINHA NO ADENOCARCINOMA PULMONAR AVANÇADO

G. Gonçalves, D. Cardoso, L. Gomes, A. Figueiredo, A. Pego, F. Barata

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A combinação docetaxel/nintedanib demonstrou eficácia no tratamento do adenocarcinoma do pulmão avançado em segunda linha. Com o crescente número de opções de tratamento, torna-se importante na prática clínica ter conhecimento acerca da eficácia desta combinação após tratamento com quimioterapia e imunoterapia em linhas prévias.
Objetivos: Avaliar a eficácia da combinação docetaxel/nintedanib após primeira linha com dupleto de platina e subsequente imunoterapia em ambiente de vida real.
Métodos: Estudo retrospetivo num hospital terciário onde foram incluídos todos os pacientes com adenocarcinoma do pulmão avançado com doença progressiva após quimioterapia com dupleto de platina em primeira linha e imunoterapia em segunda linha e que foram tratados com docetaxel/nintedanib em terceira linha.
Resultados: Incluídos 20 pacientes com uma idade média de 60,3 ± 9,3 anos, 50% do sexo masculino. A maioria dos pacientes apresentava um ECOG Performance Status (PS) em terceira linha de 1 (95%) e 5% um ECOG PS de 0. A expressão de PD-L1 foi positiva em 5 pacientes. A sobrevida livre de progressão (SLP) média nos pacientes sob dupleto de platina em primeira linha foi de 7,75 meses (IC95% 4,57-10,93), com uma taxa objetiva de resposta (TOR) de 35% e uma taxa de controlo da doença (TCD) de 65%. As imunoterapias em segunda linha prescritas foram o nivolumab (45%), atezolizumab (30%) e o pembrolizumab (25%). Na imunoterapia em segunda linha, a SLP média foi de 8,35 meses (IC 95% 5,57-11,13), com uma TOR de 15% e uma TCD de 80%. A SLP média atual para a combinação docetaxel/nintedanib é de 6,55 meses (IC95% 4,94-8,16) encontrando-se ainda 5 pacientes sob terapêutica. A melhor resposta foi uma resposta parcial em 9 pacientes (45%), estabilidade em 8 pacientes (40%) e progressão de doença em 3 pacientes (15%), para uma TOR de 45% e uma TCD de 85%.
Conclusões: A nossa experiência sugere uma eficácia encorajadora com boas taxas de resposta e controlo da doença com docetaxel/nintedanib em pacientes com adenocarcinoma do pulmão avançado e com um estado geral competente previamente tratados com dupleto de platina e imunoterapia.

Palavras-chave: *Adenocarcinoma. Docetaxel/nintedanib.*

P48. JORNADA ATÉ OBTENÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO RARO E RECENTEMENTE PROPOSTO

P. Nogueira Costa, A. Catarino

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: As doenças sistémicas com envolvimento pulmonar condicionam um desafio médico, a nível de diagnóstico, pela multitude de órgãos envolvidos e consequentemente a variabilidade na apresentação clínica associada, e também a nível terapêutico. A doença relacionada com IgG4 (DR-IgG4) pode afetar virtualmente qualquer órgão, manifestando-se através de reações fibroinflamatórias imuno-mediadas. O envolvimento pulmonar é observado em 13-14% dos doentes, podendo, em casos mais raros, progredir para quadros de insuficiência respiratória grave e até fatal.
Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de uma doente do sexo feminino, 56 anos, com queixas de tosse não produtiva de evolução arrastada e toracalgia pleurítica. Na investigação complementar inicial, objetivada opacidade de margens bem definidas em radiografia de tórax, tendo sido colocada a hipótese primordial de etiologia neoplásica. A doente foi admitida para estudo etiológico, tendo a tomografia torácica confirmado volumosa massa paramediastínica esquerda com extensas áreas necróticas e múltiplos nódulos pulmonares de menores dimensões, dispersos bilateralmente, e a tomografia com emissão de positrões (PET-CT) demonstrado a atividade metabólica significativa da lesão. Na tentativa de obtenção de diagnóstico histológico foi realizada videobroncoscopia com biópsias endobrônquicas e biópsia aspirativa transtorácica guiada por TC, ambas com baixa representatividade lesional. Posteriormente, foi submetida a biópsia lesional por mediastinoscopia, objetivando-se a presença de atividade proliferativa fibroblástica, não permitindo a obtenção de diagnóstico histológico conclusivo. Foi então proposta a realização de toracotomia com excisão de fragmento da massa, que se revelou compatível com o diagnóstico de envolvimento pulmonar por DR-IgG4. A doente iniciou tratamento médico com corticoterapia sistémica, apresentando, à data, regressão da lesão pulmonar, e tendo iniciado esquema de titulação regressiva para dose de manutenção.
Discussão: A DR-IgG4 é uma entidade recentemente proposta e que, pela sua variável apresentação clínica, se apresenta como um desafio diagnóstico. Embora a progressão da DR-IgG4 com envolvimento pulmonar para falência respiratória seja rara, o diagnóstico preciso e a intervenção terapêutica precoce são fulcrais na sua gestão.

Palavras-chave: *Doença intersticial pulmonar. IgG4.*

P49. LIPOMA ENDOBRÔNQUICO – UMA CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO BRÔNQUICA

R. Fernandes, A. Fernandes, A. Alves, J.P. Boléo-Tomé

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: Os tumores malignos são responsáveis pela maioria das neoplasias da árvore traqueobrônquica. Os tumores benignos são significativamente menos frequentes, sendo que o lipoma endobrônquico representa aproximadamente 0,1 a 0,5% de todos os tumores brônquicos.
Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 65 anos, fumador (50 UMA), com história conhecida de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) sob terapêutica tripla, diabetes mellitus tipo 2 e obesidade (IMC 32,2 kg/m^2). Foi referenciado ao nosso hospital por documentação em TC torácica de massa sólida (36 × 45 × 43 mm), justa pleural e com pequena calcificação no seu interior, ao nível do lobo inferior esquerdo (LIE). Sem adenopatias ou derrame pleural. Referia queixas de tosse com expetoração muco-purulenta e dispneia ao esforço com 2 semanas de evolução. Sem febre ou sintomas constitucionais. Relatava episódios semelhantes nos 2 anos prévios, com melhoria após terapêutica antibiótica. Ao exame objetivo apresentava-se apirético, eupneico, destacando-se à auscultação pulmonar, diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda. Analiticamente com PCR de 7,3 mg/dL. A investigação foi complementada com videobronfibroscopia, que revelou: massa endobrônquica ovalada, de contornos lisos e consistência elástica, a ocluir a quase totalidade do brônquio lobar do LIE (BLIE); e secreções purulentas em abundante quantidade provenientes dos seus subsegmentares. A revisão das imagens de TC anteriores, permitiu identificar uma lesão endobrônquica (17 × 12 × 12 mm) com densidade de gordura (-88 HU), não descrita previamente, ao nível do BLIE. Foi realizada broncoscopia rígida, com remoção de numerosos fragmentos de aspeto lipomatoso com a pinça de biópsia, conseguindo-se repermeabilizar praticamente todo o lúmen. A análise anatomopatológica do material ressecado documentou proliferação de tecido adiposo maduro, compatível com lipoma.
Discussão: Descreve-se o caso de um lipoma endobrônquico, que condicionou obstrução brônquica, com consequente atelectasia e infeções respiratórias de repetição. Tais complicações poderiam ter sido evitadas com um diagnóstico mais precoce, embora dificultado pela apresentação inespecífica, comum a este tipo de lesões. A resseção endobrônquica é o tratamento de eleição, mas a abordagem cirúrgica pode estar indicada em certas circunstâncias.

Palavras-chave: *Tumor endobrônquico. Lipoma. Atelectasia. Broncoscopia.*

P50. USO DO 4C SCORE EM DOENTES INTERNADOS COM INFEÇÃO A SARS-CoV2

J. Portela, M. Lopes, J. Soares

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A infeção a SARS-CoV-2 (COVID-19) foi declarada pandemia em Março de 2020, com um grande impacto na saúde publica a nível mundial. Tendo em conta o crescente interesse nesta patologia, têm sido estudado vários scores de risco de forma a prever a mortalidade nos doentes internados por esta patologia, sendo o 4C Score um dos exemplos.
Objetivos: Avaliação da mortalidade consoante o 4C Score dos doentes internados num Serviço de Pneumologia de um hospital nível II, dedicado a doentes com infeção confirmada por SARS-CoV-2 entre Março e Agosto de 2020.
Métodos: Análise retrospetiva dos processos clínicos e cálculo do 4C score com base na idade (0-7 pontos), sexo (0-1 ponto), número de comorbilidades (0-2 pontos), frequência respiratória à admissão (0-2 pontos), saturação periférica à admissão (0-2 pontos), escala de coma de Glasgow (0-2 pontos), valor sérico de ureia (0-3 pontos) e valor sérico de proteína C Reativa (0-2 pontos), dividindo os doentes em 4 grupos consoante este resultado.
Resultados: No período em estudo, verificou-se um total de 180 doentes, sendo que 39 doentes (21,7%) apresentava um score 4C baixo (0-3 pontos, com mortalidade estimada de 1,2-1,7%), 58 doentes (32,2%) com score 4C intermédio (4-8 pontos, com mortalidade estimada de 9,1-9,9%), 59 doentes (32,8%) com score 4C elevado (9-14 pontos, com mortalidade estimada de 31,4-34,9%) e 24 doentes (13,3%) com score 4C muito elevado (>15 pontos, com mortalidade estimada de 61,5-66,2%). Na nossa amostra verificou-se um total de 24 óbitos, sendo 2 em doentes com score 4C baixo (5,1%), 2 óbitos em doentes com score 4C intermédio (3,4%), 11 óbitos em doentes com score 4C elevado (18,6%) e 9 óbitos em doentes com score 4C muito elevado (37,5%).
Conclusões: Apesar dos resultados obtidos da nossa amostra serem discordantes comparativamente ao descrito na literatura (possivelmente justificado pela dimensão da amostra), consideramos que esta ferramenta poderá ser útil na estratificação do doente à admissão no entanto estudos com maior amostra serão necessários.

Palavras-chave: *SARS-CoV-2. COVID-19. 4C Score. Mortalidade.*

P51. UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE SARCOIDOSE

J. Portela, A.C. Moreia, J. Soares, J. Duarte

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A Sarcoidose é uma doença multissistémica granulomatosa idiopática caracterizada pela presença de granulomas não-caseosos nos órgãos envolvidos. O pulmão costuma ser o órgão mais frequentemente afectado, podendo ter envolvimento extrapulmonar como manifestação inicial em cerca de um terço dos doentes, sendo o envolvimento ocular a apresentação inicial em apenas 5%.
Caso clínico: Homem de 42 anos, ex-fumador, empregado de mesa, com história de Uveíte bilateral, hipercalciúria (356,4 mg/24h) e elevação da Enzima Conversora da Angiotensina 140 UI/L (ECA), medicado apenas com corticoide tópico. Foi referenciado para consulta de Pneumologia em 2013 por suspeita de Sarcoidose, referindo apenas obstrução nasal e rinorreia. O RxT mostrava engurgitamento hilar bilateral e infiltrado heterogéneo no hemitórax direito, assim como a TC-Tórax evidenciou bronquiectasias cilíndricas no terço médio bilateralmente, espessamento parietal brônquico, vidro despolido no parênquima pulmonar e adenomegalias mediastínicas e hilares. A Cintigrafia corporal total (Ga67) demonstrou actividade inflamatória sugestivo de sarcoidose. A biopsia brônquica não revelou granulomas e o lavado broncoalveolar apresentava 3.200 células, com linfocitose 56,2% e rácio CD4+/CD8+ de 7,35. Neste contexto, assumiu-se provável Sarcoidose estadio II com envolvimento ocular, tendo iniciado ciclo de corticoterapia sistémica que cumpriu durante 20 meses. Fez o estudo para as restantes manifestações da doença, sem aparente evidência de atingimento de outros órgãos. Suspendeu corticoterapia em Julho/2015 após melhoria imagiológica e analítica e manteve estabilidade clínica até Maio/2019, altura em que foi submetido a Cirurgia Endoscópica Naso-Sinusal, cujas biópsias da mucosa nasal revelaram processo inflamatório crónico com granulomas epiteliódes de tipo "sarcóide". Perante o supracitado, assumiu-se como diagnóstico definitivo Sarcoidose estadio II com envolvimento ocular e nasal encontrando-se atualmente sob vigilância clinica.
Discussão: Os autores apresentam um caso raro de uveíte como apresentação inicial de Sarcoidose e o envolvimento nasal da doença (que ocorre em cerca de 1%). Apesar de ter a suspeita de sarcoidose desde o início do quadro, o diagnóstico histológico ocorreu 6 anos depois após biopsia da mucosa nasal.

***Palavras-chave**: Sarcoidose. Uveíte. Rinite crónica. Granulomas epitelioides.*

P52. AVALIAÇÃO FUNCIONAL PULMONAR PÓS-COVID19 NA AUSÊNCIA DE PATOLOGIA RESPIRATÓRIA PRÉVIA

A. Fonseca, M. Sá Marques, F. Rodrigues, R. Lima, I. Ladeira, M. Guimarães

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho.

Introdução: Uma vez que o pulmão é um órgão frequentemente envolvido na infecção por SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) e dada a possibilidade de sequelas a longo prazo, têm surgido vários estudos relativamente à avaliação da função pulmonar nestes doentes, relatando alteração da capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO) após pneumonia por SARS-CoV-2.
Objetivos: Avaliar os valores espirométricos, dos volumes pulmonares e da DLCO após infeção por SARS-CoV-2 em doentes sem patologia respiratória prévia conhecida.
Métodos: Análise retrospetiva de todos os doentes que realizaram exame de função respiratória entre 1 de Junho de 2020 e 30 de abril de 2021, sem patologia respiratória prévia conhecida e com antecedentes de infeção por SARS-CoV-2. Descrição das características demográficas e análise dos parâmetros espirométricos, volumes pulmonares e DLCO. Os doentes com admissão hospitalar e os doentes tratados em ambulatório foram comparados.
Resultados: Durante este período foram realizados 227 exames funcionais respiratórios em doentes Pós-COVID-19, 74 (32,6%) sem patologia respiratória prévia conhecida. Destes doentes, 55,5% era do sexo masculino e uma média de idades de 52 anos (± 13,1). Quarenta e seis doentes não tinham hábitos tabágicos atuais ou prévios, 12 eram fumadores e 16 ex-fumadores. Vinte e um doentes necessitaram de admissão hospitalar, com uma mediana de 12 dias de internamento [IQR30], 9 dos quais com necessidade de ventilação mecânica. Os doentes com necessidade de internamento apresentavam uma mediana de IMC de 30, valor com diferença estatisticamente significativa. A mediana de dias entre a infeção SARS-CoV-2 e a avaliação funcional foi de 100 dias, com um mínimo de 27 e um máximo de 380 dias. O valor médio da TLC% do previsto foi de 103 (± 14,1); FEV1% do previsto 97 (± 16,7); rácio FEV1/FVC 0,80 (± 0,7); DLCO 85 (± 18,8); MIP 7,7 (± 2,6); MEP 10,7 (± 3,4). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os doentes tratados em ambulatório e os que necessitaram admissão hospitalar nos parâmetros funcionais, excepto no rácio FEV1/FVC.
Conclusões: O estudo funcional respiratório poderá ser uma importante ferramenta para avaliação dos doentes sem patologia respiratória prévia conhecida após infeção SARS-CoV-2, inclusivé nos casos de tratamento em ambulatório.

***Palavras-chave**: Pós-COVID-19. Avaliação funcional.*

P53. DOENÇA QUISTICA PULMONAR AOS 23 ANOS

M.I. Matias, C. Cortesão, A. Franco

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A Histiocitose de Células de Langerhans é uma doença quística pulmonar rara de etiologia desconhecida que afecta jovens fumadores. Caracteriza-se pela infiltração e destruição da parede dos bronquíolos distais por células do tipo CD1a+ Langerhans. Os sintomas respiratórios e constitucionais e a redução de DLCO são comuns. A tomografia computorizada de alta resolução (TCAR) é essencial e à medida que a doença evolui, as lesões quísticas tornam-se um achado predominante. O LBA proporciona uma orientação adicional ao revelar de maneira geral alveolite com predomínio de macrófagos.
Caso clínico: Rapariga de 23 anos, caucasiana vendedora de rua, dirige-se à urgência por história com quatro semanas de evolução caracterizado por tosse seca, astenia, anorexia, perda de peso, sudorese nocturna e febre. De realçar apenas hábitos tabágicos activos (10 UMA). Ao exame objectivo, encontrava-se apirética, polipneica e tinha roncos bilaterais discretos à auscultação. Analiticamente detectou-se elevação dos parâmetros inflamatórios e hipoxémia e a radiografia do tórax revelou uma opacidade nodular no lobo inferior esquerdo. Iniciou antibioterapia e foi internada. Teve alta após 6 dias e melhoria clínica, tendo sido requisitada uma tomografia computadorizada que revelou quistos regulares de parede fina nos lobos superiores e micronódulos difusos. O lavado broncoalveolar (LBA) revelou 80% linfócitos com 3% de células CD1a+, com um elevado número de células do tipo histiocitário. Objectivou-se ainda uma diminuição da DLCO e a biópsia cirúrgica apresentou espessamento septal multifocal, áreas de enfisema, bronquiolite constritiva e elevado número de células do tipo histiocitário alveolares. Assumiu-se o diagnóstico de histiocitose pulmonar de células de Langerhans e após cessação tabágica, a doente apresentou melhoria clínica.
Discussão: O Pneumologista deve ter em mente a Histiocitose de Células de Langerhans perante um jovem fumador sintomático, com diminuição da DLCO, especialmente na presença de quistos, podendo no entanto, o LBA revelar alveolite linfocitica durante a fase activa como neste caso. A infecção do tracto respiratório inferior

pode ser concomitante e é uma causa comum de deterioração. A história natural da doença é imprevisível, mas a cessação tabágica é essencial

Palavras-chave: *Doença quística pulmonar. Células CD1a+. Doenças intersticiais associadas ao tabaco.*

P54. FACTORES DE IMUNODEPRESSÃO E APRESENTAÇÃO IMAGIOLÓGICA NA TUBERCULOSE TORÁCICA

M.I. Matias, L. Gomes, D. Rodrigues, G. Gonçalves, P. Cravo Roxo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A tuberculose continua a ser uma doença com elevada morbilidade, sendo a sua incidência superior nos doentes imunodeprimidos. A sua apresentação imagiológica é rica e variada, tendo sido descritas envolvimentos mais extensos e disseminados em indivíduos com factores de imunossupressão.
Objetivos: Avaliar diferenças na apresentação imagiológica dos doentes com condições imunossupressoras no CDP de Coimbra em 5 anos.
Métodos: Foram selecionados os doentes com diagnóstico de tuberculose pulmonar e/ou pleural (TP) possuidores de tomografia computorizada torácica (TC torácica) tratados no CDP de Coimbra de 2014 a 2019 (5 anos). Foram registadas variáveis demográficas, comorbilidades e revistos os relatórios da TC. A análise estatística foi realizada através do SPSS e foram utilizados testes paramétricos.
Resultados: Dos 235 doentes com TP tratados no CDP de 2014 a 2019, 138 doentes possuíam TC torácica, sendo na sua maioria do sexo masculino (71,0%) e com uma média de idades de 51,0. A presença de cavitação foi mais comum em doentes fumadores/ex-fumadores (58,0%), com diferença estatisticamente significativa e os doentes com antecedentes de alcoolismo tiveram na sua maioria cavitação, também com diferença estatisticamente significativa. Dos doentes com neoplasia activa, 53,8% apresentavam derrames pleurais, com diferença estatisticamente significativa e 41,2% dos doentes com patologias respiratórias prévias também apresentavam esta alteração imagiológica com diferença estatisticamente significativa. Detectaram-se cinco TB miliares, duas ocorreram em doentes HIV, duas em doentes com DM2 e patologia cardíaca simultaneamente e um doente com colite ulcerosa sob terapêuticas biológicas, no entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.
Conclusões: Houve diferença estatisticamente significativa entre apresentação de cavitação e hábitos tabágicos ou alcoólicos, e entre neoplasia activa ou patologia respiratória prévia e apresentação de derrame pleural, no entanto, esta última poderá dever-se a etiologia não tuberculosa do derrame. As restantes comorbilidades não revelaram diferenças significativas na apresentação imagiológica, tais diferenças poderiam eventualmente ser detectadas caso se incluísse um número superior de doentes com TC torácica disponível.

Palavras-chave: *Tuberculose pulmonar. Tuberculose pleural. TC torácica. Imunossupressão.*

P55. SOLITARY FIBROUS TUMOUR OF THE PLEURA – A SINGLE CENTRE CASE SERIES

A.C. Pimenta, I. Rodrigues, D. Apolinário, L. Nascimento, T. Gomes, A. Fernandes

Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro.

Introduction: The literature on Solitary fibrous tumour of the pleura (SFTP) remains scarce, as they represent only 5% of the primary pleural neoplasms. These tumours are most often asymptomatic at diagnosis, and the standard treatment is surgical resection.
Objectives: To describe clinical and pathological features of SFTP cases at a single centre.
Methods: We conducted a single-centre retrospective observational case-series study, selecting all the SFTP patients and collecting clinical and pathological data.
Results: We observed 9 cases of SFTP over 11 years. The patients' median age was 64 years [IQR 56-80.5]. Patients were mostly males (67%), and 4 were former smokers (44%). Tumours were most commonly left-sided (n = 8, 89%). We observed cough and asthenia (n = 2, 22%) as the most frequent symptoms. Despite a mean axial dimension of 12.13 ± 6.24 cm, most patients were asymptomatic at the diagnosis. Surgical resection was offered to 6 patients (67%), as the remaining were not surgical candidates. We found relevant comorbidities in 5 patients (56%).
Conclusions: In line with previous literature, most patients were asymptomatic at diagnosis. Interestingly, we observed two cases (22%) of exposure to chemical fertilizers, which was not previously described and could also represent a geo-economical bias.

Keywords: *Solitary fibrous tumour of the pleura. Pleural disease.*

P56. BENRALIZUMAB IN THE SETTING OF ASTHMA AND CHRONIC EOSINOPHILIC PNEUMONIA – A CASE REPORT

A.C. Pimenta, I. Ladeira, D. Machado, I. Pascoal, I. Franco, R. Lima

Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro.

Introduction: Benralizumab is an anti-IL5 biological agent approved for the treatment of severe eosinophilic asthma. Its role for more infrequent diseases, like Chronic Eosinophilic Pneumonia (CEP) is yet undetermined.
Case report: A 59-year-old woman was referred to our outpatient asthma clinics. Former smoker. Diagnosed with CEP 11 years earlier and under long term oral corticosteroid (OCS) treatment, with significant side effects. She presented poorly controlled asthma, with two acute exacerbations per year, despite GINA step 5 treatment and optimized co-morbidities. Pulmonary functional study presented mild obstruction and increased FeNO and peripheral blood analysis showed 870 eosinophils/uL. Treatment with Benralizumab was proposed, attempting to limit hospital visits and optimize psychosocial and economic burden. The patient showed favourable evolution under Benralizumab, allowing for OCS tapering after 1 month of treatment. At 15 months of follow-up, she presented controlled asthma, normal lung function, FeNO reduction and a normalized eosinophil blood count. She was also able to withdraw OCS without evidence of CEP recurrence.
Discussion: In our clinical case, Benralizumab showed to be an effective treatment for severe eosinophilic asthma associated with CEP, allowing for OCS withdrawal.

Palavras-chave: *Benralizumab. Asthma. Chronic Eosinophilic Pneumonia.*

P57. NEM TUDO É O QUE PARECE

C. Pimentel, C. Santos, S. Feijó

Centro Hospitalar de Leiria.

Introdução: O esclarecimento etiológico de um quadro clínico constitucional é fundamental dado ser vasto o diagnóstico diferencial e apenas um diagnóstico definitivo permite o seu tratamento e gestão apropriados.
Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 84 anos do sexo masculino, ex-fumador (5 UMA), sem antecedentes de patologia respiratória ou neoplásica, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro constitucional com 3 meses de evolução caracterizado por astenia, anorexia e perda ponderal de 10 Kg. Referia ainda episódios de expetoração raiada de sangue, sem febre ou hipersodurese. Dos exames realizados no SU, destaca-se elevação dos parâme-

tros inflamatórios, sumária de urina e ecografia abdominal sem alterações e radiografia do tórax com hipotransparência pseudonodular na base pulmonar esquerda, não evidenciada em radiografias anteriores. Para esclarecimento imagiológico realizou TC do tórax onde era evidente uma densificação de 58 × 28 mm na língula e lobo inferior esquerdo, com características suspeitas de neoplasia. Pela suspeita de patologia pulmonar crónica com sobreinfeção bacteriana, iniciou empiricamente amoxicilina/ácido-clavulânico, após colheita de rastreio microbiológico. Para investigação complementar, realizou também videobroncofibroscopia que demonstrou alargamento inespecífico do esporão entre o brônquio lobar superior e inferior esquerdos, onde foram realizadas biópsias brônquicas, negativas para neoplasia. O exame microbiológico do líquido de lavagem broncoalveolar revelou a presença de *Aspergillus fumigatus*. Posteriormente realizou biópsia transtorácica, sendo o estudo anátomo-patológico e microbiológico das amostras negativo. Durante o internamento o doente iniciou Voriconazol que manteve em regime de ambulatório até completar pelo menos 2 meses de terapêutica, mantendo o seguimento em consulta de Pneumologia.
Discussão: Apesar da exposição às hifas de *Aspergillus* ser frequente, apenas uma minoria desenvolverá doença pulmonar. As características clínicas, evolução e prognóstico dependem da resposta imunitária do próprio doente. A aspergilose crónica necrotizante cursa com sintomas constitucionais como febre, mal-estar, astenia e perda ponderal com 1 a 6 meses de evolução, associados a tosse e hemoptises, sendo necessário um elevado nível de suspeição para o seu diagnóstico.

***Palavras-chave**: Sintomas constitucionais.* Aspergillus fumigatus. *Aspergilose pulmonar.*

P58. SÍNDROMES PARANEOPLÁSICAS ASSOCIADAS AO CANCRO DO PULMÃO NO INTERNAMENTO

A.I. Santos, D. Ferreira, A. Santos, A. Carvalho, C. Robalo-Cordeiro

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: Síndromes paraneoplásicas (SP) são variadas manifestações clínicas associadas a neoplasias, podendo não estar diretamente relacionadas ao tumor primitivo ou suas metástases. Cerca de 10% dos doentes com cancro do pulmão desenvolvem SP. A sobrevida após a manifestação de SP é variável.
Objetivos: Caracterizar as SP presentes em internamento de doentes com cancro do pulmão.
Métodos: Estudo retrospetivo descritivo de doentes internados nos Serviços de Medicina Interna e Pneumologia num período de 12 anos, pesquisando nas notas de alta "pulmão" e "paraneoplásico", e avaliando: sexo, idade, histologia tumoral, metastização, tipos de SP e sobrevida.
Resultados: Dos 30 doentes identificados, 66,6% eram do sexo masculino com média de idades ao diagnóstico do tumor primário de 64,9 anos (± 13,0). Os tipos histológicos mais frequentes foram o adenocarcinoma (50,0%) e o cancro do pulmão de pequenas células (CPPC; 33,3%). Os locais de metastização mais frequentes foram o osso (30,0%), gânglios (23,3%), fígado e cérebro (20,0% cada). As SP mais frequentes foram a síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (33,3%), derrame pleural (23,3%), tromboses venosas/tromboembolismo pulmonar (20,0%) e encefalite (16,7%). Foram ainda identificados casos de síndrome de veia cava superior (6,7%), síndrome de Lambert-Eaton (3,3%), derrame pericárdico (10,0%), acidente vascular cerebral (10,0%), hipercalcémia (3,3%), neuropatia (6,7%), polimiosite (3,3%) e mielite paraneoplásicos (6,7%). O tempo médio de sobrevida após o desenvolvimento do SP foi de 6,8 meses sendo que apenas 26,2% dos doentes estavam vivos à data deste estudo.
Conclusões: Trata-se de um estudo retrospetivo descritivo, tendo por isso mesmo viés associadas, mais especificamente o subdiagnóstico e o limitado registo nas cartas de alta que condicionou o número final da amostra analisada. Ainda assim é de salientar a predominância de SP endócrinas e neurológicas (11 doentes cada), apesar da literatura considerar as SP neurológicas raras (1% dos doentes com cancro do pulmão e até 3-5% dos doentes com CPPC). Além disso, síndromes sistémicas como caquexia, emagrecimento, anorexia e febre, assim como alterações hematológicas paraneoplásicas, não são universalmente reconhecidos como SP, e, por esse motivo, não foram encontrados na pesquisa efetuada.

***Palavras-chave**: Síndromes paraneoplásicas. Cancro do pulmão. Metastização.*

P59. HYPERSENSITIVITY PNEUMONITIS: WHEN MEDICAL HISTORY IS THE KEY – CASE REPORT

M.C. Alcobia, P.A. Vieira, L. Carvalho, C.R. Cordeiro

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introduction: Hypersensitivity pneumonitis (HP) is an inflammatory syndrome of the lung caused by repetitive inhalation of antigenic agents by a susceptible host. It might be a condition of difficult diagnosis, since it has non-specific clinical features and no typical findings in diagnostic tests. Histopathological findings may show pattern of Usual Interstitial Pneumonia (UIP) and Idiopathic Pulmonary Fibrosis(IPF) might be the final diagnosis. So, a complete medical history is needed, mainly assessing past occupation or domestic environment exposures, for HP diagnosis.
Case report: We report a case of a 64-year-old female patient with non-productive cough and exertional dyspnoea with 1 year of evolution, referred by her family physician in 2004. She denied any occupational exposure, referring only working in agriculture, despite repeated questioning about this aspect. She was submitted to chest X-ray, electrocardiogram, echocardiogram, blood tests and pulmonary function testing, which showed no significant findings, except for increased residual volume in the later. Since the cough persisted, Chest Computed Tomography Scan was performed, revealing ground-glass opacities in all pulmonary segments and air trapping, suggesting interstitial pneumonia. Bronchoalveolar lavage revealed 6% neutrophil and 15% lymphocyte and lung biopsy revealed a pattern of UIP. Secondary causes for this finding (Occupational or domestic environment exposures, drug toxicity and connective tissue disease) were excluded so the patient was diagnosed with IPF in 2009. After diagnosis, immunosuppressive therapy was initiated and, after 9 years, the patient was still alive and relatively well, which is very unusual in this disease. However, by July 2018, she admitted having worked in tobacco growing for 10 years, 20 years ago, handling pesticides, namely aluminium phosphide, metam sodium and methyl bromide, without any protective gear. So, after all, the final diagnosis was hypersensitivity pneumonitis.
Discussion: In this case report, the diagnostic tests only revealed the UIP pattern, which is characteristic of IPF, but only after exclusion of secondary causes, like occupational exposure. So, the past history of work in tobacco fields and pesticide exposure, neglected by the patient for years, was the missing key for the diagnosis.

***Keywords**: Hypersensitivity pneumonitis. Usual interstitial pneumonia. Pulmonary fibrosis. Environmental exposure.*

P60. TRANSTUZUMAB ENTANSINA COM RESPOSTA SUSTENTADA NO NSCLC METASTIZADO HER2 MUTADO

J. Reis, I. Costa, M. Costa, A. Valente, M. Freitas, C. Almeida, C. Caeiro, M. Magalhães, H. Bastos, H. Queiroga, V. Hespanhol, M. Barbosa

Centro Hospitalar Universitário de São João.

Introdução: A identificação de alvos moleculares no NSCLC teve um grande avanço nos últimos anos. A sobre-expressão, amplificação ou

mutação de HER2 está presente em vários tipos de tumores. Está presente em cerca de 2-6%, 2-4% e 1-4% dos NSCLC, respetivamente e parece associar-se a pior prognóstico. Apesar de se utilizar terapêuticas alvo dirigida a tumores HER2 positivos no cancro da mama e do estômago, não há tratamento standard no caso do NSCLC. Estudos de fase II já demonstraram resposta a tratamento com transtuzumab entansina (TDM1) em doentes com NSCLC HER2 positivo previamente multi-tratados. Objetivo: descrever o caso clínico de utilização de TDM1 em NSCLC metastizado após múltiplas linhas de tratamento sistémico.
Caso clínico: Mulher de 47 anos, não fumadora, diagnosticada em 02/2016 com adenocarcinoma pulmonar do LSD, estádio T3N1M0. Foi submetida a bilobectomia R0 em 04/2016 e em seguida QT adjuvante com Carboplatina e Vinorrelbina e SBRT torácica. Manteve-se em vigilância até surgir, 12 meses depois, recidiva local. O tumor tinha expressão intermédia de PDL1, 40-50% por imuno-histoquimica. No estudo NGS identificou-se a mutação HER2 no exão 20, sem mais alterções. Realizou então pembrolizumab com progressão local ao fim de 10 ciclos. Iniciou Afatinib com progressão e metastização contralateral ao final de 8 meses de tratamento. Realizou depois QT com docetaxel que interrompeu por toxicidade hematológica G4. Em 01/2019 iniciou TDM1. Apresentou toxicidade hepática, inicialmente G2, e mais tarde G3 hiperplasia nodular regenerativa em biopsia hepática, o que levou a redução de dose para 50%. Mantém ECOG-PS 0 e tratamento com TDM1 até hoje com doença estável.
Discussão: Este caso ilustra como no NSCLC metastizado mHER2, após múltiplas linhas terapêuticas, o uso de TDM1 off-label pode ser uma alternativa. Alcançou-se resposta sustentada com bom perfil de segurança, toxicidade aceitável e manutenção de qualidade de vida. Serão necessários estudos prospetivos para a sua aprovação em tratamento padrão.

Palavras-chave: *TDM1. mNSCLC. Quimioterapia paliativa.*

P61. LINFOMA MALT PULMONAR

M. Cabral, F. Canedo, I. Duarte, M. Silva, C. Antunes, T. Sequeira, M. Emiliano, P. Cravo, J. Cardoso

Hospital de Santa Marta.

Introdução: O linfoma do tecido linfóide associado à mucosa (MALT), é um linfoma extranodal de células B de baixo grau. Mais frequentemente manifesta-se a nível gástrico, mas pode também afectar outros orgãos, como o pulmão. Pela sua raridade, apresentação clínica e aparência radiológica é necessário um elevado grau de suspeição para ser colocado como hipótese diagnóstica.
Caso clínico: Mulher de 55 anos com antecedentes de pneumonia, bronquiectasias saculares/quísticas sequelares, e infeções respiratórias de repetição nos últimos anos. Observada em consulta por febre, tosse produtiva, expetoração mucopurulenta e toracalgia; referia ainda agravamento progressivo do cansaço com 3 meses de evolução. Medicada com antibioterapia, sem resolução das queixas. Após um mês, reavaliada em consulta; fez análises que mostraram PCR aumentada e, radiografia torácica, que evidenciou área de aumento da densidade no campo pulmonar direito e, à esquerda, derrame pleural, múltiplas bolhas de paredes finas e colapso do campo pulmonar). Foi internada para estudo. Durante o internamento, fez TC torácica: formação bolhosa de grandes dimensões à esquerda condicionando atelectasia ipsilateral e desvio cardiomediastínico contralateral. Perante a história clínica supracitada, a doente realizou broncofibroscopia: mucosa granulada difusamente no brônquio lobar superior esquerdo não permitindo a passagem do broncoscópio. Efetuado lavado broncoalveolar cujo resultado foi negativo para células neoplásicas, exame micológico, micobacteriológico e Pneumocystis Jirovecci e, biópsias brônquicas, cujo resultado da anatomia patológica se encontrava em curso. As antigenúrias, painel viral completo, serologias infeciosas, Aspergilus fumigatus, imunoglobulinas, IGRA e morfologia do sangue periférico revelaram-se negativos. Entretanto, a anatomia patológica das biópsias brônquicas revelou fragmentos de mucosa brônquica com achados compatíveis com linfoma da zona marginal extranodal (linfoma de MALT). Teve alta e foi orientada em ambulatório por Cirurgia Torácica; submetida a lobectomia superior esquerda. Foi também reencaminhada para Hematologia, tendo iniciado rituximab, com boa resposta.
Discussão: Este caso clínico pretende alertar para uma doença pulmonar rara, cuja apresentação clínica e radiológica é inespecífica e, por isso, exige um elevado grau de suspeição.

Palavras-chave: *MALT. Linfoma pulmonar. Lobectomia. Rituximab.*

P62. COEXISTÊNCIA DE LINFOMA DE HODGKIN E TUBERCULOSE PULMONAR – UM CASO CLÍNICO

F. Neri, R. Sérvio, R. Silva, M. Alvarenga, V. Martins, M. Aguiar, P. Rodrigues, S. Furtado

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: Os linfomas Hodgkin (LH) podem afetar o pulmão por disseminação hematogénea, linfática ou contígua dos gânglios hilares/mediastínicos, tendo envolvimento pulmonar em até 85%. A infeção por *Mycobacterium tuberculosis* (Mt) afeta sobretudo o pulmão, com os gânglios linfáticos mais afetados se envolvimento extra-pulmonar. O desequilíbrio do sistema antioxidante causado pelo LH aumenta o risco de infeção a Mt pela depleção de glutationa, importante na imunidade contra micobactérias, além do défice imune dos linfócitos T presente nos LH. Apresentamos o caso de uma mulher jovem com diagnóstico concomitante de LH com envolvimento pulmonar e tuberculose pulmonar (TP).
Caso clínico: Sexo feminino, 21 anos, natural do Brasil, a residir em Portugal desde 2017, não fumadora. Antecedentes de COVID-19 em Janeiro de 2021, assintomática, sem outras patologias de relevo. Recorreu ao SU por febre nas últimas 48h e quadro com 3 meses de evolução de anorexia, perda ponderal 8 Kg, tosse com expectoração mucosa, cansaço e tumefação cervical bilateral, tendo sido medicada em ambulatório com azitromicina sem melhoria. Analiticamente com Hb 6,8 g/dL e PCR 12,85 mg/dL. Microbiologia e AcHIV negativos. Em TC apresentava conglomerados adenopáticos cervicais, mediastínicos e abdominais; múltiplos micronódulos bilaterais e consolidação com broncograma aéreo no lobo médio. Assumida infeção respiratória da comunidade e iniciada amoxicilina-ácido clavulânico empiricamente. Na broncofibroscopia detetadas múltiplas massas endobrônquicas esbranquiçadas no lobo médio, cujo resultado das biópsias foi de LH variante esclero-nodular. A pesquisa de DNA Mt foi positiva no lavado broncoalveolar, restante microbiologia negativa. Fez biópsia a adenopatia cervical que confirmou LH, e mielograma, ambos sem isolamentos. Iniciou HRZE e foi decidido aguardar 15 dias antes do início de quimioterapia, tendo-se verificado melhoria clínica relativa apenas com antibacilares.
Discussão: Embora o diagnóstico concomitante de TP e LH esteja descrito com raridade na literatura, devemos ser proativos na sua pesquisa perante as alterações descritas e pela fisiopatologia subjacente, principalmente em doentes provenientes de países endémicos. A broncofibroscopia teve um papel não apenas no diagnóstico de causas infeciosas, como no diagnóstico desta neoplasia.

Palavras-chave: *Linfoma Hodgkin. Tuberculose pulmonar.*

P63. THE REVERSED HALO SIGN – A CASE REPORT

M.J.Cavaco, C.R. Silvestre, R. Codeiro, A. Nunes, D. Duarte, N. André, P. Raimundo, A. Domingos

Centro Hospitalar do Oeste.

Introduction: The differential diagnosis of pulmonary lesions with reversed halo sign (RHS) must be comprehensive. Angioinvasive as-

pergillosis, septic emboli, pulmonary tuberculosis, organizing pneumonia and neoplastic diseases should be considered.
Case report: A 63-year-old female, non-smoker, with a history of hypertensive heart disease and well controlled asthma, went to the emergency department with productive cough with occasional hemoptysis, fatigue and persistent fever in the last 5 days. The patient denied chest pain and recurrent respiratory infections. During physical examination, she was febrile (38.5 ºC), pulmonary auscultation showed wheezing dispersed bilaterally and arterial blood gas was normal. Laboratory tests revealed leukocytosis 13,600 cells/µL (78% neutrophils), C-reactive protein 26.6 mg/dL and procalcitonin 4.18 ng/mL. Chest radiography showed a nodule on the upper-right lung field. Thoracic CT scan revealed five nodular images with ground-glass in RHS and a small center cavitation, which uptook some contrast. No repletion defects were observed in the pulmonary arteries. Empiric therapy with Piperacillin/Tazobactam and Voriconazole was initiated. An extended study was carried out including cultures, autoimmune markers, viral serologies, echocardiogram and abdominopelvic CT scan. A flexible bronchoscopy was performed, which showed purulent secretions. Cytology evidenced inflammation. Distal bronchial biopsies revealed parenchyma with collapsed alveolar structure, areas of fibrosis, signs of hemorrhage and a slight neutrophilic infiltrate. No fungal structures, granulomas or malignancy signs were identified. Galactomannan Antigen test, culture and PCR for M. tuberculosis in bronchoalveolar lavage (BAL) were negative. PCR in BAL was positive for Aspergillus fumigatus. During treatment, the patient improved gradually. CT scan showed volume decrease in the five formations. After one month, the patient was asymptomatic and a new CT scan showed only tenuous ground glass areas in the lower lobes bilaterally.
Discussion: Although not all diagnostic elements pointed to Angioinvasive Aspergillosis, the remaining hypotheses were excluded and fungal treatment led to the resolution of the lesions. This clinical case illustrates the importance of an early investigation of all diagnostic hypotheses.

Keywords: *Reversed halo sign. Angioinvasive Aspergillosis. Aspergillus fumigatus.*

P64. BRONCHOALVEOLAR LAVAGE RECOVERY FAILURE – A RETROSPECTIVE STUDY

M.J. Cavaco, A. Nunes, C.R. Silvestre, R. Codeiro, D. Duarte, C. Cardoso, A. Silva, P. Raimundo, A. Domingos

Centro Hospitalar do Oeste.

Introduction: Bronchoalveolar lavage (BAL) is an important tool in the diagnosis of diffuse parenchymal lung diseases (DPLD). BAL is a minimally invasive procedure in which a sterile saline solution is instilled into a subsegment of the lung. The recovery rate (RR) is the percentage of fluid extracted afterwards. A BAL recovery failure (RF) is usually considered when < 30% of the fluid in recovered.
Objectives: To better understand the impact of demographic and intra-procedural variables in BAL RR and RF.
Methods: Retrospective analysis of all flexible bronchoscopies (FB) in which BAL was performed during a 20-year period (2000-2020) in a Pulmonology Techniques Unit. Demographic data and intra-procedural variables, such as recovery rates, BAL target site, observed changes during FB and complications were collected. Patients were divided according to smoking habits and information about pack -years and years without smoking was also studied.
Results: 185 patients were included, 52.5% (n = 97) were male and the mean age was 56.1 years. No association was found between BAL RR and age or sex. 21.6% (n = 40) were former smokers, 18.4% (n = 34) were current smokers and 60% (n = 60) were non-smokers. Although current smokers had on average lower BAL RR (= 49.1%) than non-smokers (= 52.7%) and former smokers (= 52.6), this difference was not statistically significant (p = 0.453). Regarding BAL target site, the right middle lobe (n = 97) had a positive correlation to BAL RR (p = 0.03) when compared with other lobes. Observed changes during FB, such as inflammatory signs in tracheobronchial tree (n = 32) did not influence BAL RR (p = 0.284). Complications were present in five BF: three moderate bleedings, one hypotensive crisis and one vasovagal reaction. These were not directly associated with BAL and did not lead to BAL RF. BAL RF occurred in 10.3% of cases (n = 19), 47.3% of which were male and the mean age was 54.8 years. Similar to the main population, 68% of the patients with BAL RF were non-smokers. In this population BAL RF was only associated with BAL target site other than the right middle lobe (p = 0.039).
Conclusions: This study is in agreement with similar series, emphasizing the importance of performing BAL in the middle lobe in order to avoid recovery failure, maximize the volume recovered and improve the diagnosis of DPLD.

Keywords: *Bronchoalveolar lavage. Recovery failure. Flexible bronchoscopy.*

P65. SARCOIDOSE E CORAÇÃO – A PROPÓSITO DE UM CASO

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

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Introdução: A Sarcoidose mantém-se como diagnóstico de exclusão e, embora tendencialmente de bom prognóstico, pode resultar em disfunção orgânica ou, mesmo, ameaçar a vida.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente, 71 anos, não-fumadora, com antecedentes de HTA, Diabetes melitos tipo 2 e Dislipidemia, seguida em Pneumologia por Sarcoidose Pulmonar e Extra-Pulmonar (cutânea, esplénica e ganglionar mediastínica). No diagnóstico, referia dispneia de esforço e, além de alterações cutâneas nos membros, tinha exame objetivo normal. Fez Rx-tórax (grau II de Scadding) e TC-Torácica (padrão micronodular peri-linfático e alterações reticulares bilaterais, nos lobos superiores), bem como estudo funcional ventilatório (EFV) – sem alterações. Por vídeobroncofibroscopia, foi detetada alveolite linfocítica (56%) e aumento da relação CD4/CD8 (7,2) e, em biópsias cutâneas de antebraço, foram encontrados granulomas sarcóides não necrotizantes. Após exclusão de outras causas, assumido diagnóstico de Sarcoidose e iniciada corticoterapia sistémica – que resolveu a sintomatologia. Decorrida uma década, a doente apresentou quadro de cansaço, palpitações, episódios de lipotimia e toracalgia inespecífica. Equacionando-se Sarcoidose Cardíaca, repetidos TC-Tórax, EFV e análises (sem alterações) e realizados ECG (registando-se frequentes complexos ventriculares prematuros – padrão bigeminado) e Ecocardiograma (sem alterações de relevo). Confirmada, em Holter de 24h, a extrassistolia ventricular (ESV) frequente, realizou cintigrafia do miocárdio (sem evidência de isquemia e com boa função ventricular sistólica) e RM-cardíaca – que detetou realce tardio do miocárdio após administração de gadolínio, nos segmentos anterior e inferolateral, traduzindo fibrose macroscópica compatível com agressão inflamatória prévia. Por PET/TC, excluída patologia inflamatória com atividade significativa. Após reunião com Cardiologia, decidida ablação de foco de ESV, instituição de β-bloqueante e manutenção da corticoterapia.
Discussão: Pela sua gravidade, a sarcoidose cardíaca deve ser excluída, sendo a PET/CT uma mais-valia na avaliação de lesão ativa. Não obstante, e dado que o prognóstico se relaciona com a evolução para fibrose ou envolvimento multi-orgânico, a deteção de alterações de inflamação prévia, particularmente cardíaca, pode requerer intervenção (conforme se verificou).

Palavras-chave: *Granulomas sarcóides não-necrotizantes. PET/CT. Sarcoidose cardíaca.*

P66. QUISTO TÍMICO – UMA ETIOLOGIA INVULGAR DE MASSA MEDIASTÍNICA

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

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Introdução: Massas mediastínicas podem ter inúmeras causas, assumir distintas localizações e serem silenciosas ou causarem sintomas. Embora muitas das lesões do Mediastino Anterior tenham origem Tímica, Quistos Tímicos são lesões benignas raras, poucas vezes lembradas e cujo diagnóstico requer exame anatomopatológico. Do mesmo modo infrequentes, mas mais reconhecidos, são os quistos Pleuro-Pericárdicos, maioritariamente do ângulo costofrénico direito e de diagnóstico geralmente acidental.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente, de 78 anos, não-fumador, reformado de agricultor, seguido pela Pneumologia por SAOS moderada (sob Auto-CPAP), Monozigotia de alfa-1-antitripsina com pequenas áreas de Enfisema Pulmonar (sem repercussão funcional ventilatória) e massa do Mediastino Anterior, à direita, sugestiva de Quisto Pleuro-Pericárdico. Com antecedentes de Mediastinoscopia e Cirurgia de Resseção Pulmonar à direita por Tuberculoma no Lobo Superior, apresentava-se sem queixas e com exame objetivo normal. Contudo, após prolongado seguimento com TC-Tórax, foi detetado aumento dimensional da referida lesão do Mediastino Anterior. Mantendo-se, porém, sem queixas, e após repetição de estudo Funcional Ventilatório e Gasometria Arterial (ambos normais), o caso foi discutido com Cirurgia Torácica e decidida pela exérese da lesão, assumindo-se tratar-se de Quisto Pleuro-Pericárdico. Realizada Mini-esternotomia em J, sem complicações e com boa recuperação do pós-operatório. Surpreendentemente, em anatomia patológica da peça cirúrgica, diagnóstico de Quisto Tímico Multilobulado.
Discussão: Apresenta-se o caso para reforçar a importância da vigilância ativa de lesões torácicas, mesmo quando as caraterísticas imagiológicas são sugestivas de um dado diagnóstico. Neste caso, em detrimento de um quisto Pleuro-Pericárdico, foi diagnosticada uma lesão quística Tímica, o que pode ter implicações importantes. Na verdade, quistos tímicos podem ser uniloculados (tendencialmente congénitos) ou multiloculados (geralmente adquiridos, decorrentes de infeções, traumas ou outras doenças) – sendo que estes últimos devem ser removidos, a fim de identificar eventual malignidade. Associadamente, o caso reveste-se de interesse pela idade do doente, já que este tipo de quistos geralmente é diagnosticado durante a adolescência, com ótimo prognóstico após excisão.

***Palavras-chave**: Massa mediastínica anterior. Quisto pleuro-pericárdico. Quisto tímico multilobulado.*

P67. PNEUMOTÓRAX, PNEUMOMEDIASTÍNICO, PNEUMOPERICÁRDICO E ENFISEMA SUBCUTÂNEO EXUBERANTE EM DOENTE COM COVID-19

D. Miranda, T. Oliveira, J.N. Maia, F. Rodrigues, F.R. Santos, A. Rego, S. André

Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Introdução: As principais alterações radiológicas na COVID-19 consistem em opacidades em vidro despolido e/ou consolidações, no entanto, manifestações mais raras como pneumotórax/pneumomediastino estão também descritas em até 1% dos casos graves, mesmo em ventilação espontânea. Os mecanismos postulados são múltiplos – lesão alveolar difusa ou ruptura de lesões císticas secundárias à infecção COVID, ou ainda ruptura alveolar ou de bolhas pré-existentes associadas à tosse.
Caso clínico: Homem, 58 anos, fumador (20 UMA) e com história de tuberculose pulmonar no passado. Admitido em Out/2020 com dispneia e tosse seca com 2 semanas de evolução e posteriormente dor torácica pleurítica, de agravamento progressivo. Objetivamente com múrmuro vesicular ausente, timpanismo à percussão e diminuição da transmissão vocal no hemitórax esquerdo. A Radiografia de tórax confirmou a presença de pneumotórax de grande volume à esquerda. Pesquisa de SARS-CoV-2 positiva. Colocado dreno torácico, tendo desenvolvido pós procedimento insuficiência respiratória tipo 1 grave com necessidade crescente de oxigenoterapia suplementar até oxigenoterapia de alto fluxo (FiO2 100%), associada a enfisema subcutâneo ligeiro, adjacente ao dreno torácico. Admitido no Serviço de Cuidados Intensivos (SCI), tendo evoluído inicialmente de modo favorável. Após a alta do SCI e clampagem do dreno verificou-se recidiva do pneumotórax complicado com hidropneumotórax, pneumomediastino, pneumopericárdio e extenso enfisema subcutâneo da face, pescoço, tórax, abdómen, pélvis, períneo e membros inferiores, visualizando-se ainda na TAC a presença de enfisema centrilobular com bolhas apicais. Perante agravamento, colocado segundo dreno torácico com melhoria clínica, tendo sido retirado após 10 dias com resolução completa do quadro.
Discussão: O pneumotórax com pneumomediastino/pneumopericárdio e enfisema subcutâneo são possíveis complicações da infecção COVID-19, podendo causar descompensação aguda grave e piorar o prognóstico destes doentes. A sua incidência pode aumentar e ser mais grave, quando concomitantemente, existe patologia pulmonar estrutural subjacente.

***Palavras-chave**: Pneumotórax. Pneumomediastino. COVID-19. Doente crítico.*

P68. UM DIAGNÓSTICO ENCRIPTADO EM SINTOMAS COMUNS

M.S. Lima, S.P. Gomes, J.M. Campos, G. Magalhães

USF Infante D. Henrique, ACeS Dão Lafões.

Introdução: A pneumonia organizativa (OP) é uma doença pulmonar intersticial difusa que se caracteriza pela presença de rolhões de tecido de granulação no lúmen das vias aéreas distais. Trata-se de um processo inflamatório pulmonar inespecífico que pode surgir em vários contextos e cursar com tosse, dispneia, febre e mal-estar. A sua forma idiopática é denominada OP criptogénica.
Caso clínico: Homem de 74 anos, não fumador, com antecedentes de neoplasia de colón. Recorreu à consulta por tosse produtiva pouco eficaz com 2 semanas de evolução, associada a dispneia ligeira, calafrios e mal-estar geral. Negava febre. À auscultação pulmonar apresentava crepitações na base do hemitórax direito, sem outras alterações. Admitida a possibilidade de pneumonia atípica, foi medicado empiricamente com beta lactâmico e macrólido. O utente voltou 6 semanas depois, mantendo tosse produtiva, com expetoração clara, associada a maior cansaço e dispneia de esforço, não apresentando alterações ao exame físico. Neste contexto, fez TC torácica que revelou focos de consolidação parenquimatosa de maiores dimensões nos lobos superior e médio do pulmão direito e nos lobos inferiores bilateralmente, com padrão em vidro despolido no lobo inferior do pulmão direito e, ainda, pequenas adenopatias mediastínicas infracentimétricas. Optou-se por medicar o doente com uma quinolona durante 10 dias e solicitar consulta de Pneumologia. Na consulta hospitalar, realizou estudo complementar com avaliação analítica, funcional, imagiológica e biópsia pulmonar, que culminou no diagnóstico de pneumonia organizativa sem etiologia conhecida (criptogénica). Após ciclo de tratamento com corticóide, o doente apresentou melhoria do quadro clínico e resolução das alterações radiológicas.
Discussão: As características clínicas da OP, inespecíficas e semelhantes a uma síndrome gripal, podem conduzir a diagnósticos e tratamentos incorretos. A tosse e o cansaço de etiologia não esclarecida podem ser um indício desta entidade, sendo crucial o estudo complementar com TC torácica. O diagnóstico exige uma aborda-

gem diferenciada em meio hospitalar integrando a clínica e os achados radiológicos e histopatológicos; no entanto, os Cuidados de Saúde Primários têm um papel importante na identificação e encaminhamento precoce de situações suspeitas, como evidente no presente caso.

Palavras-chave: *Pneumonia organizativa criptogénica.*

P69. PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÓNICA: DIAGNÓSTICO DIFERIDO DE UM CASO COM APRESENTAÇÃO INDOLENTE

J. Pacheco, S. Freitas, P. Ferreira

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A Pneumonia Eosinofílica Crónica (PEC) é uma doença idiopática rara. Caracteriza-se por marcada eosinofilia em sangue periférico, no parênquima pulmonar/lavado broncoalveolar (LBA), associada a alterações imagiológicas. Aproximadamente 50% dos casos apresentam historial de asma. Os autores apresentam um caso clínico particular pela indolência com que se manifesta, motivando um atraso diagnóstico de 4 anos.
Caso clínico: Mulher, 73 anos, antecedentes de asma brônquica eosinofílica e rinite alérgica. Observada na urgência por agravamento da dispneia sibilante e hipoxémia onde foram retrospetivamente identificadas alterações em TC torácicas de alta resolução prévias remontando a 4 anos antes, com presença de áreas lobulares em vidro despolido de predomínio superior e nodulação centrilobular. A par desses achados, foi verificada uma eosinofilia periférica oscilante entre 8,76-1,26 G/L ao longo desses anos. Por suspeita de síndrome pulmonar eosinofílica a doente foi internada para investigação complementar. O estudo parasitológico fecal foi negativo bem como o estudo sorológico autoimune, nomeadamente a pesquisa de Acs anti-citoplasma de neutrófilos. A TC dos seios perinasais identificou uma rinosinusite crónica com polipose nasal. Efetuou broncofibroscopia tendo o LBA evidenciado uma eosinofilia de 63%. As biópsias transbrônquicas mostraram infiltrado inflamatório eosinofílico ao nível dos septos interalveolares e espaços alveolares, compatíveis com PEC. Por alterância de trânsito intestinal e história prévia de colite inespecífica, foi solicitada colonoscopia cujas biópsias permitiram observar infiltrado inflamatório, porém sem menção a eosinofilia. Iniciou esquema de prednisolona inicial de 0,5 mg/Kg/dia e, na reavaliação a 4 meses, apresentava melhoria clínica, imagiológica e já com uma função pulmonar normal.
Discussão: Este caso realça a importância da suspeição clínica para PEC, particularmente perante doentes com asma brônquica eosinofílica cuja evolução pode complicar-se com o surgimento desta entidade nosológica. No contexto particular desta doente, a indolência da expressão clínica contribuiu para o diagnóstico diferido e o despiste de colite eosinofílica foi crucial dado que uma granulomatose eosinofílica com poliangeíte ANCA negativa seria um diagnóstico diferencial pertinente.

Palavras-chave: *Pneumonia eosinofílica. Eosinofilia.*

P70. HEMOPTISES CRIPTOGÉNICAS: UM DILEMA DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

J. Pacheco, J. Jones, S. Freitas

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: As hemoptises consistem na eliminação de sangue pela via aérea, proveniente do parênquima pulmonar e/ou da árvore traqueobrônquica. O diagnóstico diferencial é vasto e, apesar da maioria dos casos exigir apenas terapêutica de suporte, a embolização das artérias brônquicas pode ser necessária. Os autores relatam um caso de hemoptises persistentes de etiologia incerta, com necessidade de recurso a diferentes métodos de diagnóstico e terapêutica.
Caso clínico: Homem, 44 anos, fumador. Recorreu ao serviço de urgência por hemoptises de pequeno volume, recorrentes, com 4 dias de duração. As análises e radiografia torácica não revelaram alterações. Realizou angioTC torácica que identificou áreas em vidro despolido no lobo superior direito sugestivas de hemorragia intra-alveolar, com preenchimento parcial do brônquio lobar superior direito (BLSD), tendo sido internado para estudo. A autoimunidade, imunoglobulinas, trombofilias e serologias foram inconclusivas. A videobroncoscopia objetivou conteúdo hemorrágico no segmento posterior do BLSD. Foi submetido a angiografia que não identificou hemorragia ativa ou malformação arteriovenosa passível de intervenção. Apesar da terapêutica hemostática, o doente recidivou quadro de hemoptises de moderado volume, pelo que repetiu videobroncoscopia que visualizou sangue vivo em quantidade abundante na árvore brônquica direita proveniente do BLSD, mas sem foco identificável. Foi submetido a nova angioTC torácica que confirmou presença de áreas de vidro despolido sobretudo no LSD, tendo sido orientado novamente para angiografia com embolização de território de blush parenquimatoso a partir de artéria brônquica superior direita. Repetiu TC torácica 9 dias após este procedimento com melhoria das áreas de densificação. O doente não voltou a apresentar episódios hemorrágicos.
Discussão: Em cerca de 42,2% dos casos não se encontra uma causa para as hemoptises. As mais volumosas provêm da circulação brônquica em cerca de 90%, pelo que a embolização arterial é considerada o tratamento de eleição. Nos doentes com radiografia do tórax e broncofibroscopia normais, a angio-TC e/ou a angiografia são preponderantes na terapêutica. A ausência de achados numa primeira instância não deve ser indicação para interromper o estudo, uma vez que a hemorragia é habitualmente intermitente.

Palavras-chave: *Hemoptises. Embolização. broncofibroscopia.*

P71. NEM TUDO O QUE SIBILA É ASMA

R. Ferro, P.N. Costa, T. Alfaro, A.J. Ferreira, A. Campos, A.S. Torres

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A sibilância é um achado comum em doentes com broncospasmo e obstrução das vias aéreas. A principal causa é a asma brônquica, no entanto diferentes patologias podem cursar com esta alteração auscultatória.
Caso clínico: Doente do sexo feminino, 76 anos, não fumadora, com antecedentes de carcinoma do endométrio e linfoma difuso de grandes células B gástrico, ambos em remissão completa após cirurgia e quimioterapia respetivamente. Sem antecedentes respiratórios conhecidos, nomeadamente asma. Internada no Serviço de Pneumologia por dispneia de agravamento progressivo (mMRC 3) e acidemia respiratória. Ao exame objetivo, apresentava-se polipneica e com sibilância dispersa bilateralmente. Em D3 de internamento, verificou-se agravamento clínico com estridor e acidemia respiratória grave (pH 7,17, pO2 193, pCO2 98, HCO3- 35,7), pelo que iniciou suporte ventilatório não invasivo com melhoria gasométrica e realizou broncofibroscopia e TC torácica de urgência. A broncofibroscopia revelou obstrução quase completa da porção terminal da traqueia por volumosa lesão de contornos lobulados no esporão traqueal e início dos brônquios principais. A TC torácica, para além da referida lesão, evidenciou imagens nodulares em vidro despolido nos lobos inferiores. A doente foi submetida a broncoscopia rígida, com realização de biópsias, laser-YAG e debulking bilateral, com desobstrução completa da traqueia e brônquios principais. À data de alta, apresentava alívio da sintomatologia obstrutiva, sem necessidade de ventiloterapia e sem estridor. O diagnóstico histológico da lesão endotraqueal foi compatível com linfoma difuso de grandes células B gástrico e a doente foi orientada para o hematologista assistente para decisão terapêutica.

Discussão: O presente caso clínico ilustra a importância de interpretar os sibilos no contexto clínico amplo e individual de cada doente. Por este motivo, destaco a frase intemporal atribuída ao otorrinolaringologista americano Chevalier Jackson na década de 30 – "not all that wheezes is bronchial asthma".

Palavras-chave: *Sibilos. Broncoscopia. Linfoma.*

P72. O LADO OCULTO DA DAPSONA

J.C. Silva, M.D. Barata, J.G. Portela, F.L. Menezes, P.G. Pedro, J.H. Soares

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A metahemoglobina (MetHb) é uma forma de hemoglobina oxidada e contrariamente à hemoglobina normal, sem capacidade de ligação ao oxigénio. A metahemoglobinemia define-se como um nível de metemoglobina > 2%. Doentes com metahemoglobinemia tóxica aguda podem ter hipoxia grave, apesar da administração de oxigénio suplementar, podendo esta ser fatal.
Caso clínico: Mulher de 71 anos, com história de lúpus eritematoso com envolvimento multissistémico, hipogamaglobulinemia, com bronquiectasias e com infeções respiratórias recorrentes. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre, tosse com expetoração purulenta e dispneia. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, eupneica com aporte de oxigénio a 2 L/min. Analiticamente a destacar hemoglobina 87 g/L, leucocitose 17,4 sem neutrofilia e PCR 19,47 mg/dL. A radiografia de tórax mostrava infiltrados bilaterais generalizados. Dado tratar-se duma doente imunossuprimida com infeções recorrentes, discutiu-se o caso com os colegas de Infeciologia e iniciou-se antibioterapia empírica com meropenem e vancomicina, tendo -se iniciado também dapsona, devido a um isolamento prévio por *Pneumocystis jirovecii*. Ao 3º dia de antibioterapia, a doente estava apirética, com melhoria significativa dos parâmetros inflamatórios, no entanto, clinicamente, mais polipneica, com agravamento da dispneia, cianose central, saturações periféricas de O2 de cerca de 90%, com dissociação em relação aos valores gasométricos com SatO2 entre 98-100%. Na gasimetria arterial, verificou-se um valor aumentado de MetHb, a qual atingiu um valor máximo de 25,7%. Pela possibilidade de este achado ser um efeito secundário associado à dapsona, optou-se pela sua suspensão, observando-se um decréscimo progressivo do valor de MetHb até 5,5%. Concomitantemente, o estado clínico da doente melhorou significativamente, tendo tido alta com um aporte de oxigénio de 2 L/min.
Discussão: Este caso clínico tem como objetivo alertar os clínicos para uma maior consciencialização desta condição, assim como para uma monitorização mais controlada da terapêutica instituída. A suspeita clínica precoce e a avaliação são fundamentais para identificar a metahemoglobinemia adquirida, visto que apesar de se tratar de uma situação rara, pode ser fatal.

Palavras-chave: *Metahemoglobinemia. Dapsona.*

P73. BAROTRAUMA NA COVID-19 – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

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

Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central.

Introdução: O barotrauma pulmonar (BP) resulta da rutura alveolar por elevada pressão transpulmonar. As apresentações mais comuns são o enfisema subcutâneo (ESC), o pneumotórax (PTX) e/ou o pneumomediastino (PNM). A frequência diminuiu com práticas de ventilação mecânica invasiva (VMI) protetora. Todavia, tem sido reportada uma frequência elevada de BP em doentes com COVID-19 (10-40%), sob VMI/VNI e respiração espontânea. Ainda subsistem lacunas fisiopatológicas na COVID-19. O efeito de Macklin (EM) é um achado preditor de BP em TC e tem sido identificado em doentes com COVID-19.
Casos clínicos: Caso 1: sexo feminino, 50 anos, antecedentes de obesidade e anemia ferropénica por metrorragias. Por dispneia e cansaço generalizado é avaliada no serviço de urgência (SU), onde se confirma COVID-19 com insuficiência respiratória (IR). Por agravamento, é transferida para unidade de cuidados intensivos (UCI) para oxigénio de alto fluxo (OAF). Face a IR refratária sob OAF, optou-se por VMI. Em análise retrospetiva de radiografia torácica (RxT), era evidente sinal de diafragma contínuo. Não obstante a VMI protetora, decorreu agravamento clínico e deteção de ESC. Em avaliação por TC, foi identificado enfisema subcutâneo, PNM e EM. Por este motivo, a doente foi submetida a ECMO-VV com evolução favorável. Caso 2: sexo masculino, 35 anos, obeso, com diagnóstico de COVID-19 recorre ao SU por dor pleurítica e febre. Por IR grave com necessidade de OAF é admitido em internamento. Efetua TC com padrão sugestivo de pneumonia organizativa e inicia corticoterapia. Por agravamento é submetido a VMI que se manteve protetora. Por isolamento de M. catarrhalis, H. influenzae e VSR, é suspensa corticoterapia e iniciado ceftriaxone. Por agravamento clínico, iniciou ECMO-VV sem intercorrências e manteve VMI segura. Após 48h, por silhueta cardíaca aumentada em RxT e ESC, efetua-se ecocardiograma com sinais de ar mediastínico. Efetua TC que evidencia PNM e EM. Não obstante, o doente evolui favoravelmente sem intervenção.
Discussão: A COVID-19 sugere maior risco de BP em ventilação espontânea (primeiro caso) mesmo com estratégias de ventilação protetora. A TC pode antecipar o seu diagnóstico com a identificação precoce do EM (aqui apenas presente à data de TC de diagnóstico). Contudo, mais dados são necessários para a correlação de BP e COVID-19.

Palavras-chave: *COVID-19. Barotrauma pulmonar.*

P74. NEM TODO O CORONAVÍRUS É COVID-19

S. Morgado, A. Santos, M. Raposo, F. Nogueira

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital de Egas Moniz.

Introdução: O HCoV-OC43 é um coronavírus que infeta a espécie humana, causando normalmente infeções respiratórias do trato superior. No entanto, mais raramente pode provocar infeções respiratórias do trato inferior, sobretudo em bebés, idosos e imunocomprometidos.
Caso clínico: Mulher de 73 anos. Autónoma. Fumadora ativa (carga tabágica estimada em 53 UMA). Com história de sobreposição de Asma/Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), hipertensão arterial essencial e dislipidemia. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia de início gradual com agravamento nessa noite. Negava febre, toracalgia, tosse ou expetoração. Ao exame objetivo, destacava-se polipneia e sibilância dispersa, com saturação periférica de oxigénio de 95% sob oxigenioterapia a 1,5 L/min. Realizou radiografia de tórax que mostrou hipotransparência reticular bilateral predominando nas bases. Foi pedida a pesquisa de vírus respiratórios que identificou a presença de HCoV-OC43 em exsudado nasofaríngeo. Para esclarecimento, realizou tomografia computorizada (TC) do tórax que evidenciou "extenso enfisema centrilobular difuso, confluente nos ápices pulmonares com áreas de rarefação do parênquima e distorção da arquitectura; impactação mucóide em alguns bronquíolos subsegmentares no lobo inferior direito". Por persistência de hipoxemia em ar ambiente, ficou internada, assumindo-se agudização de Asma/DPOC por infeção respiratória do trato superior a HCoV-OC43 a condicionar insuficiência respiratória parcial. Durante o internamento apresentou agravamento inicial da sintomatologia respiratória, com alguns episódios de broncospasmo marcado, com necessidade de aumento da corticoterapia sistémica (que chegou à dose máxima de 60 mg de metilprednisolona/dia). Posteriormente, verificou-se boa evolução clínica, tendo alta encaminhada para consulta de Pneumologia.

Discussão: Nas exacerbações de asma em que foram pesquisados vírus, estes foram identificados em 60-80% dos doentes. Os vírus mais commumente identificados foram o rinovírus, o influenza vírus, o vírus sincicial respiratório e o coronavírus. Neste caso clínico, dado a radiografia de tórax não ser esclarecedora, realizou-se TC de tórax para exclusão de pneumonia, que apesar de rara, pode ser uma manifestação do HCoV-OC43.

***Palavras-chave**: Coronavírus. HCoV-OC43. SARS-CoV-2.*

P75. QUANDO O NÓDULO NÃO É CANCRO

S. Morgado, A. Santos, M. Raposo, F. Nogueira

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental-Hospital de Egas Moniz.

Introdução: O aparecimento de um nódulo pulmonar solitário de novo, deve colocar em curso uma marcha diagnóstica na qual, sobretudo em doente com fatores de risco, o cancro do pulmão encabeça a lista de hipóteses diagnósticas. Devem, no entanto, ser consideradas outras etiologias menos frequentes.
Caso clínico: Homem, 43 anos. Motorista. Fumador com carga tabágica estimada em 25 UMA. História de bronquiectasias cilíndricas e enfisema pulmonar, seguido em consulta de Pneumologia. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia e tosse com expetoração purulenta. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou tomografia computorizada do tórax destacando-se "múltiplas bronquiectasias bilateralmente, algumas preenchidas, sugestivas de alterações inflamatórias, enfisema pulmonar e nódulo irregular (21 mm) no lobo inferior esquerdo (LIE), de natureza indeterminada". Ficou internado por bronquiectasias infetadas por Pseudomonas aeruginosa multissensível e para estudo de nódulo. Nesse sentido, realizou broncofibroscopia que não revelou lesões endobrônquicas e PET-TC que identificou "nódulo ativo no LIE - SUV máximo 4,32", sem outra evidência de malignidade. O caso clínico foi discutido com a Radiologia, que considerou que não seria possível a abordagem do nódulo por biópsia transtorácica, devido à localização e risco de iatrogenia. Assim, apresentou-se o caso clínico à Cirurgia Torácica, que considerou que o doente teria indicação cirúrgica. Foi submetido a resseção atípica cujo exame extemporâneo foi compatível com processo maligno, e no mesmo tempo cirúrgico, a lobectomia inferior esquerda por toracotomia. Posteriormente, a histologia mostrou "aspetos de pneumonia em organização", excluindo-se assim a hipótese de neoplasia do pulmão.
Discussão: A pneumonia organizativa é uma doença pulmonar rara, cujo espectro clínico é variável, podendo manifestar-se por um nódulo pulmonar único, sendo importante o seu diagnóstico diferencial com neoplasia do pulmão.

***Palavras-chave**: Nódulo pulmonar solitário. Neoplasia do pulmão. Pneumonia organizativa.*

P76. PADRÃO CRAZY-PAVING EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19

J. Pinto, C. Damas

Centro Hospitalar Universitário de São João.

Introdução: O padrão crazy-paving, inicialmente descrito como patognomónico de proteinose alveolar, é um achado imagiológico que pode ser encontrado em várias entidades agudas e crónicas. Com o advento da pandemia COVID-19, a infeção por SARS-CoV-2 juntou-se à lista de diagnósticos diferenciais deste padrão.
Caso clínico: Homem, 52 anos, fumador. Recorreu ao serviço de urgência a 05-03-2020 por queixas de mialgias, tosse com expectoração mucopurulenta e febre. Referia 3 viagens a França no último mês. Negava contacto com pessoas doentes. Negava dispneia, anosmia, náuseas, diarreia, anorexia. À admissão, insuficiência respiratória hipoxémica (paO2 57 em ar ambiente). Analiticamente, elevação dos parâmetros inflamatórios (leucocitose e PCR 180 mg/L). Admitido para internamento e iniciou ceftriaxone e azitromicina empiricamente. TC torácica revelou áreas em vidro despolido dispersas em ambos os pulmões com espessamento septal. De salientar isolamento de Rhinovirus em secreções traqueobrônquicas e zaragatoa nasal para pesquisa de SARS-CoV-2 negativa. Evolução clínica favorável com resolução da insuficiência respiratória e alta após 5 dias. Em consulta passados 2 meses, apresentava-se assintomático, contudo TC torácica mostrou persistência das opacidades em vidro despolido. Face à ausência de sintomatologia, foi adoptada atitude expectante e repetida TC após 3 meses – achados sobreponíveis aos documentados previamente, mantendo-se sugestão de infeção por SARS-CoV-2 como etiologia. Nesse contexto, realizada broncofibroscopia com lavado broncoalveolar (LBA). A análise citológica do LBA revelou material granular, corpos amiláceos e macrófagos com pigmento fino dourado, positivo para a coloração PAS. Do estudo microbiológico do LBA, de sublinhar a negatividade persistente da pesquisa de SARS-CoV-2 e das culturas microbiológicas. Os achados clínicos, imagiológicos e laboratoriais confluíram para o diagnóstico de proteinose alveolar.
Discussão: Face à actual pandemia, o grau de suspeição para infeção por SARS-CoV-2 é elevado perante padrões de crazy-paving, podendo no entanto obscurecer outras hipóteses diagnósticas e, como tal, condicionar atrasos na investigação etiológica e subsequente tratamento.

***Palavras-chave**: Crazy-paving. Tomografia computadorizada. Proteinose alveolar.*

P77. COMPLEXOS DE VON MEYENBURG: UMA ENTIDADE RARA MIMETIZADORA DE METASTÁSES HEPÁTICAS

J. Pinto, C. Souto Moura, A. Magalhães

Centro Hospitalar Universitário de São João.

Introdução: Os hamartomas dos ductos biliares, descritos por von Meyenburg, são malformações hepáticas benignas que se apresentam como dilatações quísticas dos ductos biliares revestidas por tecido fibroso. Apesar de ser uma entidade rara e tipicamente assintomática, adquire especial importância no processo de estadiamento do cancro do pulmão.
Caso clínico: Homem, 68 anos, ex-fumador. Antecedentes de doença cardíaca isquémica com função sistólica do ventrículo esquerdo severamente comprometida, HTA, doença arterial periférica e doença renal poliquística autossómica dominante em programa de hemodiálise. Achado incidental de nódulo pulmonar de contornos irregulares no lobo superior esquerdo com 12 mm em TC torácica. Estabelecido diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar através de biópsia transtorácica. Realizou PET para efeitos de estadiamento com deteção de volumosa área de hipercaptação de 18FDG no lobo direito do fígado, heterogénea e de limites mal definidos, suspeita de lesão neoplásica. Realizada biópsia hepática ecoguiada, cuja análise histológica identificou lesões nodulares com abundante estroma fibroso e ductos biliares dilatados e proliferados de calibre variável, sem sinais de malignidade, TTF-1 negativo – aspectos compatíveis com hamartoma dos ductos biliares (complexos de von Meyenburg). O adenocarcinoma pulmonar foi estadiado como cT1b-N0M0, sendo que o doente foi submetido a radioterapia estereotáxica (atendendo a insuficiência cardíaca). O tratamento decorreu sem intercorrências e o doente encontra-se em seguimento.
Discussão: Os achados imagiológicos dos complexos de von Meyenburg podem mimetizar lesões secundárias, sendo fundamental uma investigação minuciosa para a sua diferenciação, sob pena de sobre-estadiar a neoplasia.

***Palavras-chave**: Hamartoma dos ductos biliares. Cancro do pulmão.*

P78. NEOPLASIA INCIDENTAL EM PULMÕES EXPLANTADOS: A EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE TRANSPLANTE PULMONAR

B. Mendes, C. Figueiredo, M. Cabral, A. Borba, A. Mineiro, L. Semedo, P. Calvinho, J. Cardoso, J. Fragata

Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

Introdução: O transplante pulmonar constitui uma alternativa terapêutica para doentes com insuficiência respiratória terminal criteriosamente selecionados. No entanto, e apesar de uma avaliação pré-transplante extensa e pormenorizada, a presença de neoplasia nos pulmões explantados varia, de acordo com a literatura, entre 0,5% e 2,4%. Para avaliar a incidência de neoplasia incidental no nosso Centro, procedemos a uma análise retrospectiva dos doentes submetidos a transplante pulmonar.
Caso clínico: Entre o período de janeiro 2001 e julho de 2021 foram identificados, de um total de 300 doentes transplantados, 2 casos de neoplasias incidentais (0,67%). O primeiro caso corresponde a uma mulher de 46 anos, ex-fumadora, submetida a transplante bipulmonar, na sequência de Histiocitose de células de Langerhans. A avaliação anátomo-patológica dos pulmões explantados revelou a existência de um adenocarcinoma pulmonar, bilateral, de padrão sólido e acinar. Posteriormente ao transplante a doente desenvolveu metastização óssea que culminou no óbito após 13 meses. O segundo caso tratou-se de um homem de 53 anos, não fumador, submetido a transplante bipulmonar por pneumonite de hipersensibilidade. A avaliação anátomo-patológica dos pulmões explantados também revelou a presença de adenocarcinoma de padrão predominantemente acinar com invasão ganglionar no hilo esquerdo. A tomografia por emissão de positrões não mostrou metabolismo ativo, pelo que não foi feita qualquer terapêutica adjuvante. Encontra-se em vigilância e sem qualquer evidência de doença activa 9 meses após o transplante.
Discussão: Apesar de um extenso estudo imagiológico pré-transplante, as neoplasias incidentais podem surgir nos pulmões explantados. A incidência a nível nacional, comparativamente à mundial, encontra-se entre as mais baixas descritas na literatura. Apesar da baixa incidência a presença de uma neoplasia confere mau prognóstico ao doente transplantado. Os achados radiológicos típicos de neoplasia encontram-se, por vezes, mascarados em doentes a realizar estudo pré-transplante devido à distorção da arquitetura pulmonar secundária a estádios avançados de doença. Com o aumento do número de transplantes a nível mundial torna-se cada vez mais importante a procura por técnicas não invasivas de identificação de neoplasias pulmonares em estadio precoce.

***Palavras-chave**: Neoplasia. Incidental. Transplante. Pulmonar.*

P79. AN UNEXPECTED FINDING DURING EBUS

É. Almeida, R. Natal, G. Samouco, J. Ribeiro, R. Gomes, L.V. Rodrigues

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introduction: The depth of field of the echoendoscope allows the visualization of the pulmonary artery trunk, main pulmonary arteries and lobar arteries, giving EBUS the potential to identify vascular filling defects. We report a case of case of pulmonary embolism (PE) first diagnosed with endobronchial ultrasound (EBUS).
Case report: A 76-year-old man, former smoker of 42 pack-years, diagnosed with urothelial carcinoma of the bladder, was referred from Oncology after the discovery of a lung mass and mediastinal adenopathies on a staging CT scan. The patient had no respiratory complaints, physical examination was within normal limits, and he had a performance status score of 1. Chest CT without IV contrast showed a right peri-hilar lesion, conditioning a reduction of the calibre of the main right bronchus, a spiculated nodule near the right oblique fissure, and mediastinal lymphadenopathies, and was indirectly negative for pulmonary embolism. The patient underwent EBUS guided transbronchial needle aspiration of adenopathies in areas 4L, 7, 4R and 11R. While performing EBUS an echogenic image highly suspicious of a clot was noted within the right pulmonary artery lumen. A CT angiography of the chest was performed, and the presence of PE in the anterior segmental arteries of superior right lobe and along the right inferior lobar artery was confirmed. The patient initiated treatment with subcutaneous low molecular weight heparin. Histopathological examination from the transbronchial needle aspiration revealed immunophenotypic characteristics that favoured synchronous lung adenocarcinoma.
Discussion: Given the high risk for PE in patients with malignancy, the evaluation of pulmonary vasculature to identify possible PE while performing EBUS guided transbronchial needle aspiration may be of important clinical significance and should be considered to be done routinely. Using EBUS specifically in the diagnostic approach to PE would not be feasible in general population because it is an invasive technique, and it can only visualize central PE. However, it may be of value in contexts where obtaining diagnostic confirmation with a contrast-enhanced computed tomography of the chest is not safe or feasible, as in those with iodine contrast allergy, impaired renal function, pregnant women, or patients unstable for transport.

***Keywords**: Pulmonary embolism. Endobronchial ultrasound.*

P80. PRIMEIRA VAGA DA PANDEMIA COVID-19. A REALIDADE DE UMA UNIDADE INTERMÉDIA RESPIRATÓRIA

I. Sucena, C. Ribeiro, M. Sousa, C. Nogueira

CHVNG/E.

Introdução: A escassez de vagas nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) na primeira vaga da pandemia COVID-19 levou à necessidade da criação e adaptação de unidades que permitissem uma monitorização apertada dos doentes com critérios de gravidade e dos doentes com desmame ventilatório difícil. Assim, foi criada no nosso centro hospitalar a Unidade de Apoio Respiratório (UAR) para doentes com infeção por SARS-CoV-2.
Objetivos: Caracterizar os doentes internados na UAR durante a primeira vaga da pandemia.
Métodos: Estudo de coorte retrospetivo baseado na consulta dos processos clínicos.
Resultados: A UAR foi uma unidade temporária com existência entre abril e maio de 2020. Foram aí realizados 21 internamentos com 19 doentes diferentes (2 reinternamentos), 68,4% do género masculino (n = 13) com uma idade média de 66,6 ± 11,6 anos. Em relação à origem dos internamentos (n = 21), 61,9% (n = 13) vieram da UCI, 28,6% (n = 6) do SU e 9,5% (n = 2) do internamento. A maioria dos doentes apresentava insuficiência respiratória (95,2%; n = 20) à admissão. De referir 12 doentes com desmame ventilatório difícil, estando 10 deles traqueostomizados, em recuperação de síndrome pós cuidados intensivos (PICS). Sete doentes foram descanulados com sucesso durante o internamento na UAR. Foi realizada ventilação por traqueostomia em 10 doentes (47,6%), ventilação não invasiva em 7 doentes (33,3%) e oxigenoterapia de alto fluxo em 2 doentes (9,5%). O tempo de internamento médio na UAR foi 7,6 ± 5,7 dias. Dos doentes que vieram da UCI, o tempo de internamento médio foi de 9,9 ± 6,1 dias. A mortalidade na UAR foi de 14,3% (n = 3) que corresponderam a doentes com limitação a tratamento não invasivo.
Conclusões: A Pandemia COVID-19 veio trazer um verdadeiro desafio à comunidade médica, obrigando a uma realocação de recursos e criação de unidades especializadas nestes doentes. Apesar da pequena existência da UAR, a mesma mostrou relevância no apoio ao desmame ventilatório, ao suporte do doente com PICS e no doente

com limitação a tratamento não invasivo, ao permitir otimizar recursos e custos para o doente ainda mais crítico.

Palavras-chave: *Pandemia. COVID-19. Unidade Intermédia.*

P81. TELECONSULTA NUMA UNIDADE DE VNI DURANTE A PANDEMIA COVID-19. SERÁ QUE FUNCIONA?

I. Sucena, D. Organista, V. Pereira, C. Pereira, V. Durão, M. Pereira, R. Macedo, R. Staats, P. Pinto, C. Bárbara

CHVNG/E.

Introdução: Os doentes com insuficiência respiratória crónica têm um elevado risco de contrair formas graves de infeção por SARS-CoV-2. A pandemia COVID-19 constituiu um desafio para encontrar modelos que assegurassem o seguimento adequado dos doentes crónicos evitando a deslocação aos hospitais.
Objetivos: Avaliar a atividade realizada por teleconsulta na Unidade de VNI de um Serviço de Pneumologia de um Hospital Universitário durante o primeiro ano de pandemia COVID-19.
Métodos: Estudo de coorte retrospetivo baseado na consulta dos processos clínicos dos doentes avaliados por teleconsulta na Unidade de VNI durante o primeiro ano de pandemia COVID-19.
Resultados: Foram realizadas um total de 636 consultas telefónicas na Unidade de VNI. Os doentes eram na sua maioria do género masculino (58,2%; n = 370) com uma idade média de 73,6 ± 11,5 anos. Relativamente às patologias que contribuíram para a necessidade de ventiloterapia, a maioria foi a SAOS (63,7%; n = 405), seguida da DPOC (26,3%; n = 167), da insuficiência cardíaca (20,9%; n = 133), da síndrome de apneia central (18,4%; n = 117) e da SOH (9,3%; n = 59). Em relação à terapêutica realizada, 41,0% (n = 261) realizavam CPAP, 39,3 (n = 250) BPAP e 19,3% (n = 123) servoventilação. A grande maioria dos doentes não apresentava qualquer queixa na altura da teleconsulta (83,3%; n = 530). As queixas mais comuns foram o cansaço/dispneia agravada (4,9%; n = 31), seguidas de desmotivação (3,1%; n = 20), fuga elevada (2,8%; n = 18), má adaptação à máscara (1,3%; n = 8), ansiedade (0,9%; n = 6), intolerância à pressão (0,9%; n = 6) e secura da mucosa oral (0,9%; n = 6). De referir que 1,1% (n = 7) recusaram manter a ventiloterapia. Em todas as teleconsultas foi pedido o relatório de adesão e eficácia, tendo a maioria dos doentes uma boa adesão, superior a 4 horas (95,9%; n = 610). Em todas as consultas foi reforçada a necessidade de adesão. Foram agendadas oximetrias noturnas em 29,7% dos casos (n = 189), realizadas mudanças da interface em 5,3% (n = 34) e ajustada a humidificação em 1,1% (n = 7).
Conclusões: A teleconsulta permitiu manter uma monitorização apertada dos doentes com necessidade de VNI, sem os expor aos riscos inerentes do ambiente hospitalar. Permitiu ainda a realização de ajustes à ventiloterapia de modo a melhorar a adaptação e conforto dos doentes. A teleconsulta pode ser um modelo de consulta que veio para ficar.

Palavras-chave: *Pandemia. COVID-19. Teleconsulta. VNI.*

P82. PENSAR ALÉM DA PNEUMONIA POR SARS-CoV-2

A. Vasconcelos, L. Costa, A.A. Oliveira, L. Dias, M. Mendes, S. Marinho, P. Silveira

Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introdução: A pneumonia organizativa (PO) é uma pneumonia intersticial idiopática, caracterizada pela presença de tecido de granulação intra-alveolar. Apresenta múltiplas etiologias, nomeadamente infeciosas e denomina-se PO criptogénica quando a causa é desconhecida. Pode ser confundida com infeções respiratórias, com prescrição de antibioterapia. O diagnóstico baseia-se na associação de critérios clínicos, imagiológicos e histológicos. O tratamento recomendado é corticoterapia, sendo o prognóstico favorável.
Caso clínico: Homem, 24 anos, saudável, em isolamento social há 11 dias por infeção SARS-CoV-2 com suspeita de sobreinfeção bacteriana sob amoxicilina/clavulanato, recorre ao SU por dispneia e hemoptises. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e insuficiência respiratória parcial grave [SpO2 76% (FiO2 21%) e PaO2 45 mmHg]. Imagiologicamente, em TC torácico, identificavam-se extensas áreas de densificação em vidro despolido e consolidações basais, sobretudo à direita. Nesse contexto foi admitido em UCI sob HNFC, medicado com dexametasona (6 mg/dia) e levofloxacina. Por agravamento do ARDS (PaO2/FiO2 < 100, FiO2 100%), foi colocado em VMI 5 dias após admissão. Como intercorrência apresentou pneumotórax iatrogénico após colocação de cateter venoso central, sendo colocado dreno torácico, com re-expansão pulmonar. Por ausência de melhoria clínica foi colocado em ECMO veno-venoso. Foi efetuada broncoscopia com lavado bronco-alveolar onde não foram encontradas alterações e respetivo estudo microbiológico foi negativo. Assim, foi admitido o diagnóstico de PO secundária a infeção vírica, cumprindo 3 dias de pulsos de metilprednisolona 500 mg/dia e, posteriormente, 1 mg/Kg/dia com respetivo desmame. Objetivada melhoria clínica sustentada, com suspensão de ECMO 6 dias após introdução da corticoterapia. Teve alta sem necessidade de oxigenoterapia, sob prednisolona 40 mg/dia. Após 3 meses, em consulta de Pneumologia, apresentava-se com dispneia para grandes esforços com estudo funcional ventilatório normal.
Discussão: A PO encontra-se descrita em publicações relacionadas com a COVID-19. Para além da gravidade clínica, este caso demonstra a importância de se suspeitar desta entidade em doentes com infeção por SARS-CoV-2 com consolidações em TC torácica, sem resposta a antibioterapia.

Palavras-chave: *Infeção por SARS-CoV-2. Pneumonia organizativa. Insuficiência respiratória grave. ECMO.*

P83. FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA: ANÁLISE DESCRITIVA DE UMA COORTE DE DOENTES

A.Vasconcelos, P.G. Ferreira

Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introdução: A fibroelastose pleuroparenquimatosa (FEPP) é uma entidade tida como rara caracterizada pelo espessamento da pleura e do parênquima subpleural dos lobos superiores, cuja etiologia e patogénese permanecem incertas. Pode ser classificada como pneumonia intersticial idiopática ou surgir associada a conectivite, toxicidade a fármacos, radioterapia, após transplante de pulmão/medula óssea ou em contexto de "fibrose familiar".
Objetivos: Caracterizar uma coorte de doentes com FEPP quanto à apresentação clínica, associação etiológica, abordagem terapêutica e comportamento longitudinal da doença.
Métodos: Análise retrospetiva dos doentes seguidos em consulta de Pneumologia/Interstício de um hospital distrital entre 2015 e 2020.
Resultados: Identificaram-se 12 doentes com idade média de 48,9 ± 21,4 anos [min 18; max 78 anos] e IMC médio de 20,8 Kg/m^2 à data do diagnóstico. A maioria era do sexo feminino (58,3%) e não fumadores (83,3%). Ao diagnóstico, os valores médios de FVC e DLCO foram de 95% e 72% do previsto, respetivamente. A maioria dos doentes foi referenciada por alterações radiológicas detetadas incidentalmente. Em 5 casos apurava-se um historial de infeções pulmonares prévias. A FEPP foi considerada idiopática em 5 doentes, familiar em 3 e em 4 casos foi associado a neurofibromatose tipo 1, artrite reumatóide, esclerodermia e doença de Crohn. Em 6 casos (50%), a FEPP sobrepôs-se a outras doenças pulmonares intersticiais [DPIs]. Não foram identificados platitórax ou baqueteamento digital em nenhum doente. Quanto ao tratamento, metade dos doentes foram tratados com prednisolona em doses baixas, 25% com hidroxicloroquina, 8% com micofenolato de mofetil e 8% com antifibróticos. O tempo médio de acompanhamento foi de 30 meses, tendo

a função pulmonar mantido um comportamento relativamente estável na maioria.
Conclusões: A FEPP é uma entidade clínico-patológica heterogénea e é frequentemente encontrada em sobreposição com outras doenças pulmonares intersticiais. Apesar de ser potencialmente progressiva em 60% dos casos, a nossa coorte apresentou função pulmonar relativamente estável. É uma patologia onde existe enorme carência por orientações terapêuticas baseadas em evidência prospetiva.

***Palavras-chave**: Doenças difusas do pulmão. Pneumonia intersticial idiopática. Fibroelastose pleuroparenquimatosa.*

P84. ABORDAGEM DA DOENÇA PULMONAR DIFUSA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

A.L. Ramos, J. Carvalho, C. Cristóvão, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz.

Introdução: A abordagem ao doente com alterações pulmonares difusas é complexa, pela multiplicidade de causas associadas a um mesmo padrão radiológico. É fundamental uma abordagem sistemática, valorizando história clínica e ocupacional, exame objetivo e exames complementares de diagnóstico. É da integração destes, em reunião multidisciplinar, que são propostos diagnósticos em consenso.
Caso clínico: Homem, 55 anos, ex-fumador. Astenia, dispneia de esforço progressiva, expetoração mucopurulenta com sangue vivo em pequena quantidade e dor torácica pleurítica com 3 semanas de evolução. Destacava-se dessaturação periférica 90% e crepitações na base direita. Leucocitose, PCR 0,77 mg/dL, NTproBNP > 2.000 ng/mL e insuficiência respiratória aguda hipoxémica. Angio-TC torácica: cardiomegalia e vidro despolido bilateral de predomínio basal. Manteve-se com insuficiência respiratória persistente, motivando internamento. Broncofibroscopia com LBA, baixa rentabilidade, revelando-se inconclusivo. Exames microbiológicos, imunológico e serologias infeciosas negativas. ECOTT: miocardiopatia dilatada, disfunção sistólica biventricular e hipertensão pulmonar grave. RMN cardíaca stress confirmou miocardiopatia dilatada não isquémica, fração ejeção de VE 30%, provável etiologia inflamatória. Repetiu TC-Torácica (evolução clínica lenta, após terapêutica optimizada) verificando-se consolidações com broncograma aéreo dispersas bilateralmente, de predomínio peribroncovascular e espessamento dos septos interlobulares. Em reunião multidisciplinar, admitiu-se como diagnóstico provável pneumonia organizativa criptogénica, protelando-se biópsia pulmonar até estabilidade clínica. Repetiu ECOTT: recuperação parcial da função cardíaca e TC-torácico: resolução completa das alterações do parênquima pulmonar. Concluiu-se que as alterações intersticiais se deviam, afinal, à patologia cardíaca (miocardiopatia por infeção viral), com resolução completa após estabilização da doença e otimização terapêutica.
Discussão: Apresenta-se este caso pois retrata os desafios na prática clínica da abordagem ao doente com patologia pulmonar difusa, realçando a importância de integrar todos os dados clínicos e exames complementares, bem como a evolução da doença ao longo do tempo, reequacionando os diagnósticos sempre que a evolução clínica ou imagiológica o sugira.

***Palavras-chave**: Doença pulmonar difusa. Consolidação. Vidro despolido. Miocardiopatia.*

P85. COÁGULOS CISURAIS NA COVID-19. A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

C. Alves, R.M. Fernandes, M. Pereira, C.F. Longo, F. Rodrigues

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A COVID-19 está associada a um espectro do doente assintomático à pneumonia grave com ARDS. O derrame pleural está descrito em aproximadamente 7% dos casos, sendo mais frequente no doente crítico, tipicamente exsudado e com predomínio linfocítico.
Casos clínicos: Caso 1. Homem de 43 anos, sem antecedentes, internado a 19/01/2021 por pneumonia a COVID-19 com insuficiência respiratória (IR) grave com necessidade de início de ventilação não invasiva (VNI) e corticoterapia sistémica. Apesar das medidas agravamento da IR pelo que foi submetido a ventilação invasiva. Nos cuidados intensivos, a destacar pneumonia associada ao ventilador com necessidade de escalada antibiótica para Meropenem e Linezolide e pneumotórax direito por barotrauma submetido a drenagem torácica. Em TC-tórax documentado derrame pleural bilateral, organizado à direita com colecções aéreas a nível cisural a suspeitar de empiema. Apesar de drenagem, cinesiterapia e antibioterapia, sem resolução da imagem pelo que se realizou toracoscopia médica que identificou colecção hemática cisural que foi aspirada. Após toracoscopia resolução da imagem, tendo tido alta. Caso 2. Homem de 72 anos, caucasiano, com adenocarcinoma do pulmão estadio IVa desde 05/2020 (em progressão por invasão pleural bilateral desde 01/21) e fibrilhação auricular hipocoagulada, internado a 24/01/2021 por pneumonia a COVID-19, com IR grave, necessitando de VNI e corticoterapia sistémica. A TC-torax identificou colecção pleural loculada de novo à direita, na grande cisura, com conteúdo gasoso, a sugerir empiema. Iniciou Ceftriaxone e metronidazol, cinesiterapia e colocou drenagem torácica com saída de pequena quantidade de líquido pleural purulento. Apesar das medidas sem resolução da colecção pelo que se realizou toracoscopia médica visualizando-se grande cisura preenchida por coágulos que se aspiraram, com parênquima pulmonar macroscopicamente normal (biópsias pleurais com pleurite inespecífica). Após procedimento resolução da colecção, tendo doente alta.
Discussão: Apresentaram-se dois doentes com COVID-19 grave e envolvimento pleural atípico, com formação de coágulos cisurais a mimetizar empiema: um dos quais após drenagem de pneumotórax homolateral, enquanto o outro não teve qualquer instrumentação pleural prévia (embora tivesse metastização pleural conhecida).

***Palavras-chave**: COVID-19. Coágulos pleurais. Derrame pleural.*

P86. PNEUMONIA COM ABCESSO A *LACTOBACILLUS GASSERI* – UM MICRORGANISMO RARAMENTE PATOGÉNICO

C. Alves, C. Alves, M. Silva, M. Silveira, C.F. Longo, F. Rodrigues

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: Os lactobacilos são bacilos gram positivos, anaeróbios facultativos, comensais do tracto gastrointestinal. Embora raramente patogénicos, estão descritos como agentes de pneumonia, particularmente em doentes imunossuprimidos.
Caso clínico: Mulher de 51 anos, caucasiana, com antecedentes de leucemia mielóide crónica com evolução blástica em 2016 tendo sido submetida a transplante de medula óssea em seguimento no Hospital de Santa Maria. Em 5/2018 assumida provável doença do enxerto contra hospedeiro crónica do pulmão grau 2 caracterizada por obstrução das pequenas vias aéreas, razão pela qual se intensificou imunossupressão de base ficando com ponitib 15 mg/dia, ciclosporina 50 mg/dia, prednisolona oral 20 mg/dia e corticoide inalado. Em 4/2021 recorre por quadro com um mês de evolução de cansaço e dispneia para esforços, com tosse produtiva com expectoração acinzentada. À admissão com febre e insuficiência respiratória (IR) parcial corrigida com 4 L/min por cânula nasal. Dos exames complementares de diagnóstico: analiticamente com leucocitose com neutrofilia de 93% e PCR 11,39 mg/dL; radiografia de tórax com múltiplas opacidades bilaterais, a maior no lobo superior esquerdo (LSE); TC-tórax com micronodularidade bilateral centrilobular com suave vidro despolido adjacente, com consolidações dispersas bilateralmente, duas cavitadas no LSD e a maior no LSE com 9,3 cm. Por pneumonia

abcedada iniciou empiricamente piperacilina/tazobactam durante 46 dias associada ao 20º dia a clindamicina por isolamento de MSSA em exame cultural da expectoração. Apesar do isolamento, fraca resposta clínica à antibioterapia motivo pelo qual realizou BFO sem alterações macroscópicas da árvore traqueobrônquica e LBA sem isolamento de microrganismo, particularmente nos exames directo, cultural e PCR para M. tuberculosis. Dada a persistência de abecsso no LSE colocada drenagem pigtail com saída de pus que permitiu o isolamento de *Lactobacillus gasseri* sensível à vancomicina, que iniciou com rápida melhoria clínica e imagiológica.
Discussão: Apresentou-se um caso de pneumonia abcedada de difícil tratamento dada a dificuldade em obter o isolamento do microrganismo envolvido. Nesta doente a imunossupressão de base foi determinante no desenvolvimento de doença a *Lactobacillus gasseri*, um bacilo comensal, raramente patogénico.

Palavras-chave: *Pneumonia abcedada.* Lactobacillus gasseri. *Pneumonia no imunossuprimido.*

P87. METÁSTASE CUTÂNEA DE NEOPLASIA PULMONAR – UM GRÃO NO AREAL

F. Torres Silva, M.M. Cruz, C.S. Pinto, L.S. Nascimento, A.M. Fernandes

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

Introdução: O carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC) distingue-se do de não pequenas células pela sua replicação celular rápida e pelo desenvolvimento precoce de metastização. Cinco por cento dos casos de CPPC podem estar combinados com elementos de não pequenas células, como o carcinoma epidermóide e adenocarcinoma, com boa resposta inicial ao tratamento do CPPC.
Caso clínico: Homem de 64 anos, fumador. Observado no centro de saúde por tumefação supraclavicular direita. Realizou ecografia da lesão que mostrava achados compatíveis com nódulo sólido provavelmente do tipo hemangiomatoso. No decurso do estudo da tumefação, realizou também TC tórax que mostrou uma massa de 5 × 2 cm no lobo inferior direito, sendo encaminhado para a consulta de Pneumologia/Oncologia. No decurso do estadiamento, foi detectada metastização múltipla, nomeadamente ganglionar (mediastínica e abdominal), hepática difusa pétrea palpável, cerebral, pancreática provável, cutânea e aspectos sugestivos de carcinomatose retroperitoneal. A biópsia à tumefação supraclavicular mostrou características de carcinoma de pequenas células. Realizou broncofibroscopia, com aspirado brônquico com células de adenocarcinoma. Pedida revisão das lâminas com manutenção dos diagnósticos anatomopatológicos. Apesar dos resultados histológicos inconclusivos, tendo em conta a metastização difusa, assumiu-se como diagnóstico mais provável o de carcinoma de pequenas células do pulmão, procedendo-se a quimioterapia life-saving com carboplatina e etoposídeo, com resposta dimensional em TC de reavaliação. Após 2 meses sem intercorrências, o doente apresenta agravamento progressivo do estado geral, sendo inicialmente internado no serviço de pneumologia e posteriormente transferido para a unidade de cuidados paliativos, acabando por falecer após 2 semanas.
Discussão: O presente caso ilustra a dificuldade muitas vezes presente em oncologia, em se estabelecer um diagnóstico definitivo, mesmo em situações de doença disseminada expressiva. A integração da história e observação clínicas com os achados dos meios complementares de diagnóstico, na globalidade do doente e na evolução da doença, torna-se essencial no sentido de melhor eleger a estratégia diagnóstica e terapêutica, com o intuito de promover o melhor outcome para o doente.

Palavras-chave: *Pulmão. Adenocarcinoma. Carcinoma de pequenas células.*

P88. DISFUNÇÃO DAS CORDAS VOCAIS – UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ASMA MUITAS VEZES ESQUECIDO

F. Torres Silva, M.M. Cruz, C.S. Pinto, R.C. Silva, AM. Fernandes

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

Introdução: A disfunção das cordas vocais (actualmente obstrução laríngea induzida) é caracterizada pela adução paradoxal das cordas vocais durante a inspiração levando a uma obstrução variável das vias aéreas extra-torácicas. Embora constitua um diagnóstico diferencial conhecido de asma, esta patologia pode coexistir e ser potenciada pela asma, tornando-se um desafio diagnóstico.
Caso clínico: Mulher de 35 anos, seguida em consulta de imunoalergologia por asma e rinite alérgicas a gramíneas, previamente controladas. Observada 2 vezes no serviço de urgência (SU) por agravamento da dispneia, toracalgia, tosse seca e disfonia. Ao exame objectivo, descrita como polipneica, com pieira audível, sem dessaturação, com aumento do tempo expiratório e com sibilância na auscultação pulmonar. Analiticamente apresentava gasimetria com alcalose respiratória, sem insuficiência respiratória e sem aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou radiografia torácica em ambos os episódios, sem evidência de alterações pleuroparenquimatosas. Medicada com 2 cursos de prednisolona oral e antibioterapia, com melhoria parcial, mas recidiva posterior das queixas. Foi observada 1 mês depois em consulta de imunoalergologia, mantendo sintomatologia. Ajustada medicação, com instituição de corticóide tópico nasal, anti-histamínico, montelucaste e optimizada broncodilatação com uso de câmara expansora, bem como manutenção do esquema de corticóide oral em desmame. Realizado contacto telefónico após 1 semana, em que a doente apresentava estridor exuberante, sendo encaminhada para o SU de otorrinolaringologia por suspeita de disfunção das cordas vocais. Realizada nasofaringolaringoscopia que evidenciou movimento de adução paradoxal das cordas vocais (adução na inspiração e abdução na expiração). Medicada com ansiolítico e antidepressivo e instruída para exercícios de controlo respiratório e "sniffing", com melhoria progressiva das queixas.
Discussão: A disfunção das cordas vocais é frequentemente confundida como uma agudização ou uma asma de difícil controlo, atrasando o seu diagnóstico e motivando terapêutica inadequada com diversos efeitos adversos potencialmente evitáveis.

Palavras-chave: *Disfunção das cordas vocais. Asma. Obstrução laríngea induzida.*

P89. TUBERCULOSE PULMONAR DISFARÇADA DE PNEUMONIA NÃO TUBERCULOSA – UM DESAFIO

C. Alves, C. Negrão, L. Boavida, R. Sismeiro, M. Jonet, R.P. Oliveira

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca.

Introdução: A pneumonia pode ter múltiplas etiologias com manifestações clínicas semelhantes, sendo o diagnóstico microbiológico um desafio, sobretudo na identificação de pneumonia a *Mycobacterium tuberculosis*. Esta implica tratamento e medidas de saúde pública específicos, beneficiando de diagnóstico precoce.
Objetivos: Identificar principais sinais, sintomas e achados radiológicos que levaram ao atraso diagnóstico de tuberculose pulmonar (TP), por suspeita inicial de pneumonia não tuberculosa.
Métodos: Análise estatística descritiva e retrospetiva dos casos de TP, num hospital distrital, entre Março 2019 e 2021, comparando os casos em que esse diagnóstico à admissão foi corretamente identificado (grupo A) com os interpretados como pneumonia não tuberculosa (grupo B).
Resultados: De 95 casos de TP, 60 foram no grupo A e 35 no grupo B. No grupo A verificou-se significativamente mais toracalgia pleurítica ($p = 0,02$), tosse seca ($p = 0,02$) e dispneia ($p = 0,016$). O gru-

po B apresentou mais hipoxémia (p = 0,01), tosse produtiva (p = 0,031) e perda ponderal (p = 0,004). Na radiografia torácica, no grupo B foi mais significativo o infiltrado intersticial bilateral (p = 0,009) ou unilateral (p = 0,006), hipotransparência no lobo inferior (p = 0,009) ou superior (p = 0,042), enquanto o grupo A apresentou mais cavitação no lobo superior (p < 0,001). O diagnóstico de tuberculose foi atrasado em mediana 5 dias após admissão, no grupo B face ao A (p < 0,001). No grupo B, 49% tinha recorrido previamente aos cuidados de saúde e iniciado antibioterapia empírica (face a 10% no grupo A, p < 0,001), com um atraso na admissão hospitalar após a procura inicial médica, em mediana, de 18 dias relativamente ao grupo A (p = 0,671).
Conclusões: A TP é frequentemente interpretada como pneumonia não tuberculosa, sobretudo se com alterações radiológicas atípicas, como infiltrado intersticial ou condensação lobar, especialmente no lobo inferior. O atraso no diagnóstico de TP por interpretação incorreta foi significativo, levando a um início tardio da terapêutica anti-bacilar, comprometendo a saúde do doente e da comunidade. Torna-se, assim, perentório a exclusão de tuberculose pulmonar perante um quadro de sintomatologia respiratória prolongada, falência de ciclo de antibioterapia empírica e alterações na radiografia torácica, mesmo na ausência de cavitação.

Palavras-chave: *Tuberculose pulmonar. Pneumonia.*

P90. TUBERCULOSE E ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: UMA COMBINAÇÃO FATAL?

M. Melo Cruz, B. Conde, A.F. Silva, C. Pinto, A. Fernandes

CHTMAD.

Introdução: A esclerose lateral amiotrófica é uma doença do neurónio motor, degenerativa, que cursa com variedade de apresentações clínicas, nomeadamente fraqueza muscular com envolvimento respiratório, disartria, disfagia, alterações na marcha e alterações cognitivas. A tosse ineficaz coloca estes doentes em risco de infeções respiratórias de repetição. Até ao momento existem escassos casos na literatura de tuberculose neste grupo de doentes.
Caso clínico: Doente de 83 anos, sexo masculino. Apresentava queixas de febre com uma semana de evolução. Antecedentes pessoais de esclerose lateral amiotrófica com apresentação bulbar com 5 anos de evolução, sob ventilação mecânica não invasiva noturna. Na avaliação no serviço de urgência encontrava-se febril, sem sinais de dificuldade respiratória. Realizou radiografia torácica que evidenciou infiltrados reticulonodulares dispersos, que motivaram realização de TC torácica que identificou múltiplos gânglios mediastino-hilares de pequeno volume, derrame pleural bilateral e nódulos dispersos, com halo em vidro despolido e focos de consolidação de extensão acinar, predominantemente apicais. O doente realizou broncofibroscopia, com teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) para *Mycobacterium tuberculosis* positivo e exame direto e cultural positivo. Foi iniciada terapêutica antibacilar com esquema HRZE, com boa resposta e tolerância. Ao 20º dia de internamento, o doente apresentou pneumotórax apical direito, submetido a drenagem. Pela necessidade de manter ventilação, foi realizada pleurodese química com talco, sem recorrência do pneumotórax. doente manteve suporte ventilatório durante todo o internamento. Após internamento prolongado o doente teve alta para o domicílio e encontra-se atualmente na fase de manutenção da terapêutica antibacilar.
Discussão: Este caso destaca-se pela raridade da associação entre tuberculose e doenças neuromusculares e pelo desfecho favorável, não obstante a gravidade da doença de base e das intercorrências.

Palavras-chave: *Tuberculose. Esclerose lateral amiotrófica. Pneumotórax.*

P91. CARCINOMA EPIDERMÓIDE DO PULMÃO: DIFICULDADE EM COMPROVAR QUE O QUE PARECE REALMENTE É

M. Melo Cruz, A.F. Silva, L. Ribeiro, T. Gomes, A. Fernandes

CHTMAD.

Introdução: O carcinoma epidermóide do pulmão habitualmente apresenta localização central, manifestando-se frequentemente sob a forma de lesões cavitadas, cujo diagnóstico diferencial pode ser desafiante. A escolha da modalidade diagnóstica deve ser individualizada de acordo com as características do doente, riscos e benefícios, sendo que a obtenção de diagnóstico histológico é por vezes difícil.
Caso clínico: Género masculino, 77 anos, fumador. Seguido em consulta de Pneumologia após internamento em 2018 por lesão cavitada apical direita suspeita de tuberculose pulmonar (que se excluiu) e lesão espiculada no LIE, tendo cumprido 4 semanas de antibioterapia na presunção de abcesso pulmonar. Por persistência das lesões dois meses após término de antibioterapia, realizada biópsia transtorácica (BTT) da lesão apical direita, que mostrou "tecido conjuntivo fibroso com infiltrado inflamatório linfo-histiocítico". Realizada PET em Janeiro de 2019, com hipercaptação focal (SUV 7,4) a nível da lesão do LIE e na periferia da lesão pulmonar cavitada direita (SUV 4,8). Prosseguiu-se para BTT da lesão pulmonar esquerda, histologicamente com características semelhantes à lesão do LSD. Discutido caso com cirurgia torácica do CHVNG/E, considerando-se sem indicação para biópsia cirúrgica por ser tecnicamente de difícil execução, com contraindicação para lobectomia por critérios funcionais. Realizou nova BTT da lesão esquerda nesse centro, mais uma vez inconclusiva. Foram excluídos outros diagnósticos alternativos nomeadamente tromboembolismo pulmonar crónico e patologia auto-imune. Manteve-se controlo imagiológico, com estabilidade das lesões durante 2 anos, após o qual se observou aumento dimensional da lesão do LIE. Realizada broncofibroscopia, não diagnóstica. Realizou a 3ª BTT da lesão do LIE, com exame histológico a revelar tecido fibro-esclerótico acompanhado de infiltrado inflamatório linfo-histiocítico e parcialmente envolvidos (cerca de 30%), por neoplasia com características de carcinoma epidermóide, sendo posteriormente iniciada quimioterapia.
Discussão: Este caso destaca-se pela dificuldade na obtenção do diagnóstico e a importância da suspeição clínica e da persistência na marcha diagnóstica de lesões pulmonares suspeitas.

Palavras-chave: *Carcinoma epidermóide. Lesão cavitada. Biópsia transtorácica.*

P92. SARCOMA DE KAPOSI ENDOBRÔNQUICO – CASO CLÍNICO

M. Barbosa, M.I. Pereira, C. Barata, M. Silveira, L. Santos, J.P. Boléo-Tomé, F. Rodrigues

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.

Introdução: O Sarcoma de Kaposi (KS) é um tumor mesenquimal de baixo grau associado a infeção por Herpesvírus humano 8 (HHV8) e o seu subtipo epidémico associa-se a estádios avançados de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). A manifestação típica é o envolvimento cutâneo, e em cerca de 45% desses ocorre envolvimento torácico.
Caso clínico: Homem de 31 anos, natural da Guiné-Bissau, residente em Portugal há 3 anos, informático. Sem antecedentes pessoais de relevo, medicação habitual ou alergias conhecidas. Internado por queixas cefaleia posterior e astenia. Ao exame objetivo, a destacar, insuficiência respiratória parcial ligeira e lesões nodulares e hiperpigmentadas dispersas pelo palato, tronco e membros. Foi realizado diagnóstico inaugural de infecção VIH-1 (estádio 3 pelo CDC) com estadiamento basal: CD4 = 7 céls/uL, ratio

CD4/CD8 = 0,01 e carga viral = 115.000 cp/mL, associado a doença criptocócica invasiva (antigénio *Cryptococcus* positivo no soro e líquido-cefalorraquidiano) e doença por citomegalovírus (CMV) com pesquisa DNA CMV positiva no soro, biópsia cólica e sangue medular. A biópsia de lesão nodular do membro superior direito confirmou SK cutâneo. TC-Tórax revelou enfisema centrilobular e para-septal, padrão em mosaico e opacidades nodulares bilaterais. Realizada broncofibroscopia que revelou lesões planas, eritematosas, dispersas pela mucosa traqueobrônquica, que se biopsiaram. O exame anátomo-patológico revelou morfologia e perfil imunohistoquímico (positividade para HHV8 e CD34; negatividade para CMV) enquadráveis em SK. O doente teve alta clínica após início de terapêutica antirretroviral (Tenofovir/Entricitabina e Dolutegravir), Fluconazol, Ganciclovir e profilaxia com Atovaquona. Por diagnóstico de SK cutâneo e visceral foi encaminhado para consulta urgente de oncologia para avaliação de início de tratamento com quimioterapia.
Discussão: Com este caso clínico demonstramos achados endobrônquicos de SK cada vez mais raros devido ao incremento da terapêutica antirretroviral e alertamos para a importância da exclusão de envolvimento visceral, mesmo após diagnóstico de SK cutâneo, essencial para a decisão de tratamento sistémico dirigido.

Palavras-chave: *Sarcoma Kaposi. VIH. Broncofibroscopia.*

P93. DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO PÓS-ORQUIDECTOMIA: UM CASO DE EDEMA PULMONAR DE PRESSÃO NEGATIVA

P. Magalhães Ferreira, R. Boaventura, A. Carvalho, N. Melo

Centro Hospitalar Universitário de São João.

Introdução: O Edema Pulmonar de Pressão Negativa (NPPE) é uma forma rara de edema não cardiogénico causado por pressões inspiratórias sucessivamente mais negativas na tentativa de contrariar uma oclusão da via aérea superior. Surge muitas vezes associado ao período pós-operatório imediato, em particular em doentes jovens após a extubação. Em alguns casos, os sintomas podem ser tardios e dificultar o diagnóstico.
Caso clínico: Homem de 22 anos com antecedentes de neoplasia testicular deu entrada no Serviço de Urgência (SU) com dispneia de início súbito e hemoptise de pequeno volume, um dia depois da alta hospitalar após orquidectomia radical. A Tomografia Computorizada (TC) de tórax evidenciou múltiplos focos de densificação em "vidro despolido" dispersos bilateralmente, de predomínio central, associados a espessamento dos septos interlobulares – um padrão de "crazy-paving". Estes achados surgiam de novo face a TC de corpo inteiro realizada 2 semanas antes em contexto de estadiamento da neoplasia testicular. Dada a instalação súbita, foram colocadas como hipóteses diagnósticas principais uma hemorragia alveolar por toxicidade medicamentosa a um dos fármacos usados no período peri-operatório, infeção respiratória de novo ou, menos provável, metastização pulmonar da neoplasia testicular. No período pós-operatório imediato e antes da admissão em Unidade Pós-Anestésica foi registado um breve episódio de dessaturação após retirada da máscara laríngea, tendo sido administrada Hidrocortisona por suspeita de laringospasmo. O doente foi posteriormente colocado sob CPAP com normalização da saturação de O2 - perante esta informação, os achados radiológicos compatíveis com edema pulmonar e a clínica apresentada à chegada ao SU, foi feito o diagnóstico de NPPE. O doente manteve-se estável todo o internamento, sem recorrência das queixas respiratórias, tendo alta ao fim de 5 dias. Três meses mais tarde foi reavaliado em consulta com nova TC, que mostrou resolução completa de todos as alterações prévias.
Discussão: Embora menos frequente, a expressão clínica do NPPE pode não ser imediata, sendo essencial um elevado grau de suspeição em doentes submetidos a cirurgia com ventilação invasiva e imagiologia compatível, uma vez que o tratamento é maioritariamente de suporte, com resolução completa do quadro em 24h-48h sem sequelas.

Palavras-chave: *Edema pulmonar pressão negativa. Interstício. Hemoptise.*

P94. CAVIDADE PULMONAR – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

I. Duarte, F. Canedo, M. Silva, M. Pinto, J. Rodrigues, B. Mendes, C. Figueiredo, M. Cabral, I. Moreira, A.R. Magalhães, C. Dantas, M. Emiliano, J. Cardoso

Hospital Santa Marta-Centro Hospitalar Lisboa Central.

Introdução: Os tumores pulmonares apresentam-se frequentemente sob a forma de nódulos, infiltrados ou consolidações pulmonares. Em casos raros podem associar-se a cavidades e granulomas, típicos de processos infeciosos. Mediante uma apresentação não linear, o diagnóstico torna-se um desafio.
Caso clínico: Mulher de 56 anos, natural e residente em Angola durante 14 anos, atualmente a viver em Portugal. Exposição tabágica passiva durante 25 anos. História médica de pneumonia adquirida na comunidade na infância, infeção por dengue, Chikungunya, malária e febre tifóide. Mais recentemente, rinossinusite e infeções respiratórias de repetição a condicionar sequelas pulmonares graves com bronquiectasias, que motivaram seguimento em consulta de Pneumologia. É internada por clínica com 3 meses de evolução de febre, tosse com expetoração mucopurulenta e toracalgia bilateral, sem resposta a vários ciclos de antibioterapia. Foi excluída imunossupressão por infeção VIH, VHB ou VHC. Realizou TC torácica com aparecimento de novo de bolha de grandes dimensões (maior eixo 18,5 cm) esquerda, desvio cardiomediastínico contralateral, atelectasia passiva total do pulmão esquerdo e derrame pleural ipsilateral de moderado volume, sem adenopatias. Videobroncofibroscopia evidenciou mucosa granulada ao nível do brônquio lobar superior esquerdo, não permitindo a passagem do fibroscópio, onde foi realizada biópsia compatível com linfoma não Hodgkin (LNH) da zona marginal extranodal (MALT) com baixo índice proliferativo (< 5%). Não foram isolados agentes nos exames culturais. Fez estadiamento com TC toracoabdominopélvica, biópsia da medula óssea e mielograma que excluíram envolvimento medular ou metastização à distância. Para esclarecimento e resolução da lesão bolhosa e distorção arquitetural associada, foi submetida a lobectomia superior esquerda, onde se verificaram adenopatias mediastínicas a nível N2. O resultado anátomo-patológico e imunohistoquímico de amostras do parênquima e de adenopatias confirmaram o diagnóstico de LNH zona marginal extranodal do pulmão, estadio III pelo que iniciou terapêutica com Rituximab.
Discussão: Descrevemos um caso raro de linfoma MALT do pulmão com apresentação atípica. Após exclusão de uma etiologia infeciosa, a marcha diagnóstica permitiu o adequado tratamento cirúrgico e médico desta patologia.

Palavras-chave: *Linfoma. Pulmão. Bolha. Atípico.*

P95. METASTIZAÇÃO PLEURAL EM IMAGENS – O PAPEL DA TORACOSCOPIA MÉDICA

M. Pereira, A. Alfaiate, J.P. Boléo-Tomé, F. Rodrigues

Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A história clínica e a análise do líquido pleural são fundamentais na investigação etiológica do derrame pleural. As biópsias pleurais podem ser necessárias para confirmação diagnóstica e decisão terapêutica.
Caso clínico: Uma mulher com 59 anos, não fumadora, com história de carcinoma invasivo da mama há cinco anos, submetida a tumorectomia com esvaziamento ganglionar e quimiorradioterapia adjuvante, em vigilância, sem medicação habitual, foi avaliada por quadro com

um mês de evolução de dispneia de esforço progressiva e toracalgia pleurítica bilateral. Ao exame objetivo, apresentava diminuição do murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax esquerdo e estava hipoxémica em ar ambiente. A avaliação analítica era irrelevante. A radiografia de tórax revelou derrame pleural esquerdo volumoso. Foi realizada toracocentese ecoguiada. O líquido pleural foi um exsudado com predomínio de linfócitos, com exame microbiológico e citológico negativos. Posteriormente realizou TC de tórax que revelou micronódulos pulmonares bilaterais, adenomegálias mediastínicas, ligeiro derrame pleural bilateral e nódulos pleurais de predomínio esquerdo. Procedeu-se a toracoscopia médica (TM), removendo-se 1.700 ml de líquido pleural e observando-se infiltração de toda a pleura parietal, visceral e diafragmática por múltiplos nódulos com diâmetro máximo de 2-3 cm que foram biopsados. Dado o elevado nível de suspeição para doença metastática, foi realizada pleurodese com talco pelo método poudrage. As biópsias foram compatíveis com adenocarcinoma com origem mamária. À data da alta, o derrame pleural era residual. A doente foi proposta para quimioterapia paliativa.
Discussão: A TM, ao permitir a visualização direta da pleura, proporciona maior rentabilidade diagnóstica do que as biópsias pleurais cegas. Permite, num único procedimento, realizar toracocentese de grande volume, múltiplas biópsias pleurais e, quando indicado, pleurodese, com baixo risco de complicações. Este caso destaca-se pela exuberância dos achados na TM e enfatiza o papel desta técnica no diagnóstico e terapêutica do derrame pleural de etiologia desconhecida.

***Palavras-chave**: Derrame pleural maligno. Metastização pleural. Toracoscopia médica.*

P96. CONSOLIDAÇÕES PULMONARES NA ERA COVID-19 – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Custódio, M. Alvarenga, F. Branco, J. Calha, S. Clemente, S. Furtado

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: As consolidações pulmonares constituem um desafio diagnóstico, uma vez que incluem um espetro vasto de etiologias. A infeção a SARS-CoV-2 tem liderado os diagnósticos diferenciais dos quadros clínicos agudos no doente oncológico. Contudo, outras hipóteses se devem equacionar, nomeadamente complicações pulmonares associadas a agentes antineoplásicos como o trastuzumab, que se associa a pneumonia intersticial em cerca de 0,4-0,6% dos doentes.
Caso clínico: Mulher, 50 anos, fumadora (CT 25 UMA). História de macroadenoma hipofisário e hipotiroidismo. Diagnóstico de neoplasia da mama direita cT3N1M0 em abril de 2020, tendo realizado quimioterapia neoadjuvante com doxorrubicina e ciclofosfamida, seguida de paclitaxel com duplo bloqueio (trastuzumab e pertuzumab) desde julho de 2020. Em agosto de 2020, recorreu ao serviço de urgência por lipotimia, astenia e desconforto torácico. Objetivamente, destacava-se polipneia, taquicardia e apirexia. A doente apresentava insuficiência respiratória parcial, aumento de parâmetros inflamatórios e pesquisa de SARS-CoV-2 negativa. A angio-TC de tórax revelou densificações pulmonares multifocais em vidro despolido e áreas de densificação pulmonar de sugestão organizativa. Por agravamento clínico, foi admitida em unidade de cuidados intensivos e adaptada a ventilação não invasiva. Do estudo realizado em internamento destaca-se: ausência de isolamentos microbiológicos, estudo sérico de autoimunidade negativo, serologias para VIH e SARS-CoV-2 negativas. Realizada broncofibroscopia com lavado broncoalveolar que evidenciou alveolite linfocitária (35% linfócitos) e biópsias pulmonares transbrônquicas, não diagnósticas. Foi discutido em reunião multidisciplinar de doenças do interstício, admitindo-se toxicidade pulmonar ao trastuzumab, com padrão radiológico de pneumonia organizativa. Iniciou corticoterapia sistémica, com rápida melhoria clínica e radiológica. Neste contexto, decidida a suspensão do trastuzumab e retomada quimioterapia com paclitaxel, sem recorrência das alterações imagiológicas.
Discussão: Este caso clínico de toxicidade pulmonar a trastuzumab ilustra um desafio diagnóstico pela sua raridade, exacerbado nesta era pandémica. É fundamental o reconhecimento precoce desta entidade que pode ser fatal, se não identificada e tratada atempadamente.

***Palavras-chave**: Trastuzumab. Toxicidade pulmonar. Pneumonia organizativa.*

P97. ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA ASSOCIADA À COVID-19: UMA COMPLICAÇÃO A NÃO ESQUECER

S. Martins de Castro, A. Vasconcelos, C.C. Costa, D. Gomes, J.C. Costa, M.A. Mendes, B. Rodrigues, G. Teixeira

Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introdução: A aspergilose pulmonar invasiva (API) é uma causa major de morbilidade em imunodeprimidos. Têm sido descritos casos associados a pneumonia por SARS-CoV-2 grave. A apresentação clínica é inespecífica, o que dificulta um diagnóstico e tratamento atempados. Os autores apresentam o caso de um indivíduo com API associada a pneumonia por SARS-CoV-2 tratada com voriconazol ev e anfotericina B por via endoscópica.
Caso clínico: Homem de 87 anos, autónomo, não fumador, com antecedentes de HTA e dislipidemia, recorreu ao Serviço de Urgência em 01/2021 por dispneia e febre com 1 semana de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se apirético, taquipneico e normotenso, com SpO2 (FiO2 0,21) 87%. GSA pO2 56 mmHg, pCO2 30 mmHg. O estudo analítico revelou linfócitos 380/uL e PCR 17 mg/dL. A radiografia do tórax mostrou infiltrados pulmonares algodonosos bilaterais. A TCAR do tórax evidenciou áreas em vidro despolido bilaterais e áreas de padrão em crazy paving. A suspeita diagnóstica de pneumonia por SARS-CoV-2 foi confirmada com a identificação do vírus por RT-PCR no LBA (negativa no exsudado nasofaríngeo), tendo sido internado. Durante o internamento, verificou-se agravamento clínico com necessidade de suporte ventilatório não invasivo (PaO2/FiO2 < 100 mmHg, FiO2 0,8). Foi realizado tratamento com metilprednisolona 125 mg ev durante 3 dias (e posterior desmame) com resposta clínica favorável. Ao 23º dia de internamento por febre, elevação de parâmetros inflamatórios e radiografia do tórax com hipotransparência de novo no 1/3 superior do campo pulmonar esquerdo repetiu TC torácica que evidenciou área de consolidação com necrose central no LSE. Foi realizada broncoscopia flexível com isolamento de Aspergillus fumigatus em exame cultural do aspirado brônquico e do LBA, pelo que foi assumido diagnóstico de API. Iniciou voriconazol ev e foram realizadas 3 instilações endobrônquicas de anfotericina B com resposta clínica favorável. Teve alta ao 59º dia de internamento com indicação para manter voriconazol oral até reavaliação em consulta.
Discussão: O caso descrito (re)lembra-nos a importância de um elevado índice de suspeição clínico-radiológico de API em doentes com pneumonia por SARS-CoV-2 grave, sob corticoterapia em elevadas doses, bem como o potencial papel da anfotericina B por via endoscópica em casos selecionados.

***Palavras-chave**: Aspergilose pulmonar invasiva. COVID-19. Corticoterapia.*

P98. CASTLEMAN'S DISEASE – A RARE ENTITY

A. Nunes, M. Cavaco, R. Cordeiro, C. Silvestre, C. Cardoso, P. Raimundo, N. André, T. Falcão, A. Domingos

Centro Hospitalar do Oeste-Hospital de Torres Vedras.

Introduction: Castleman's disease (CD) is a rare entity which can be classified in unicentric Castleman's disease (UCD) or multicentric Castleman's disease (MCD). UCD's pathophysiology is poorly understood. It generally affects younger patients in the third to fifth decade of life, and is usually asymptomatic. When symptomatic, com-

pressive or systemic symptoms can arise. Microscopically, CD may present as one of four subtypes: hyaline-vascular (which represents more than 90% of UCD cases), plasmatic cell, mixed or plasmablastic subtypes. Less than 10% of hyaline-vascular subtypes have symptoms. In chest CT it can manifest itself by subpleural nodules, interlobular septum thickening, ground glass opacities, or even well circumscribed masses of soft tissue attenuation which may have heterogeneous contrast attenuation. Considering this, differential diagnosis has to be made with other tumors (lymphomas, sarcomas, neurogenic tumors and lung cancer). DCU can have an excellent prognosis since surgical resection is usually curative.
Case report: We present the case of a 52 year-old male, heavy smoker, who was referenced to us with complaints of exertional dyspnea and tiredness. He had a chest CT which revealed a mass adjacent to the left inferior lobe bronchus and extending to its branches, with some calcifications, with 52 × 25 × 26 mm. PET scan showed moderate hypermetabolism (SUV 2.7). He had one bronchoscopy and two EBUS performed, all of which came back negative. He was then proposed to left inferior lobectomy with mediastinic ganglionar emptying. The pathology exam revealed a CD hyaline-vascular subtype, CD21+.
Discussion: In this case report, we present a case of an entity which, despite rare, has to be considered in the differential diagnosis of hilar/lung masses, since the prognosis is, in most cases, completely different of that of a lung cancer. Most of the patients with UCD don't manifest symptoms, so this may also be an underdiagnosed disease.

***Keywords**: Castleman's Disease. Unicentric Castleman's Disease. Hyaline-Vascular Castleman's Disease. Lung cancer.*

P99. DISTÚRBIOS DO SONO: UM CASO CLÍNICO COMPÊNDIO DOS DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

L.L. Ferreira, N. Fernandes, D. Machado, I. Sanches, D. Ferreira

CHVNG/E.

Introdução: A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é o distúrbio respiratório do sono mais comum em todo o mundo, mas não o único ou necessariamente exclusivo. O presente caso clínico reflete a abrangência das doenças do sono e a sua interligação.
Caso clínico: Homem, 40 anos de idade, foi referenciado à consulta de Pneumologia após ter feito um estudo poligráfico do sono, em consultório privado, diagnóstico de SAOS moderada (IAH 15,9/h). O doente relatava apneias presenciadas, roncopatia e sonolência diurna excessiva, mas também episódios de adormecimento incontrolável e intermitente, particularmente desencadeados pelo choro e riso intensos. O doente fazia também diversas sestas ao longo do dia para se conseguir manter ativo. A pontuação na escala de Epworth (EE) foi 18/24 e iniciou tratamento com APAP 6/14. O teste de latências múltiplas do sono confirmou a suspeita de narcolepsia (tipo 1) e iniciou modafinil 100 mg 2id. O doente não se adaptou ao APAP, interrompeu-o e perdeu seguimento por falta às consultas, mas foi reorientado, 10 anos mais tarde, por agravamento da sonolência diurna sob modafinil (EE 21/24), episódios frequentes de cataplexia e paralisia do sono. A dose de modafinil foi aumentada para 200 mg 2id, associou-se fluoxetina 20 mg id e pediu-se um novo estudo poligráfico do sono. A cataplexia desapareceu e a sonolência melhorou, mas não resolveu. O estudo do sono voltou a ser diagnóstico de SAOS moderada (IAH 22,1/h) e reinstituiu-se APAP, desta vez com sucesso e benefício clínico. A introdução da fluoxetina foi acompanhada pelo aparecimento de movimentos periódicos das pernas e síndrome das pernas inquietas. A troca da fluoxetina pela sertralina não aliviou os sintomas, pelo que se iniciou clonazepam 0,5 mg id, que surtiu efeito, mas também não resolveu totalmente os sintomas. A cataplexia tem-se agravado, num contexto de aumento do stress laboral, o que torna difícil a abordagem terapêutica, principalmente pelo parecer não favorável do Infarmed à comparticipação pelo Serviço Nacional de Saúde de oxibato de sódio.
Discussão: A abordagem de casos de sobreposição de distúrbios do sono impõe desafios diagnósticos e terapêuticos, pelo que é fundamental sensibilizar para a sua existência, mas também promover a investigação e aprovação de novas alternativas terapêuticas.

***Palavras-chave**: Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono. Narcolepsia. Síndrome das Pernas Inquietas.*

P100. PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE A NITROFURANTOÍNA: DE TERAPÊUTICA PROFILÁTICA A FATOR CAUSAL

L.L. Ferreira, N. Fernandes, I. Sanches

CHVNG/E.

Introdução: A pneumonite de hipersensibilidade (PH) é um diagnóstico desafiante, sobretudo a identificação do agente etiológico. O atual caso clínico descreve uma PH a nitrofurantoína.
Caso clínico: Mulher, 40 anos, vem à consulta de Pneumologia por dispneia com meio ano de evolução, que associava ao início de exposição a um canário doméstico. Antecedentes de doença renal poliquística autossómica dominante, síndrome do cólon irritável, melanoma tratado cirurgicamente em 2010 e pielonefrites de repetição, medicada com nitrofurantoína profilática desde há 6 meses. O único achado de relevo ao exame objetivo foi de pouca expansibilidade pulmonar, associado a uma diminuição do murmúrio vesicular nos campos pulmonares inferiores. O estudo auto-imune detetou anticorpos antinucleares positivos (1/1.280) e as precipitinas para periquito eram negativas. O estudo funcional respiratório demonstrou uma alteração ventilatória restritiva muito grave e a tomografia computadorizada do tórax áreas de densificação em vidro despolido peribroncovasculares dispersas bilateralmente, associadas a distorção arquitetural e ligeiras bronquiectasias de tração, bem como perda de volume dos lobos superiores. Uma semana depois, a doente foi ao Serviço de Urgência por agravamento da dispneia, aperto torácico e pieira, documentou-se hipoxemia e detetaram-se hipotransparências reticulares heterogéneas na radiografia do tórax. A pesquisa de SARS-CoV-2 foi negativa. A doente foi internada sob prednisolona 0,5 mg/Kg, perante a suspeita de pneumonite de hipersensibilidade, teve alta após 3 dias já sem dispneia e completou 2 semanas de corticoterapia oral em ambulatório com posterior desmame. O lavado broncoalveolar evidenciou alveolite linfocitária com diminuição do rácio CD4/CD8 e macrófagos com citoplasma foamy, compatível com pneumonite induzida por fármacos, o que justificou a suspensão da nitrofurantoína. Seis meses depois, mantinha-se a estabilidade clínica, o estudo funcional respiratório quase normalizou e a tomografia computadorizada do tórax documentava uma resolução quase total dos achados no parênquima pulmonar.
Discussão: A anamnese detalhada é fundamental na abordagem de uma doença com etiologias tão diversificadas quanto a PH, cuja identificação do agente etiológico é fundamental para garantir o afastamento essencial ao tratamento.

***Palavras-chave**: Pneumonite de hipersensibilidade. Nitrofurantoína. Tratamento.*

P101. CASO CLÍNICO DE SARCOIDOSE

I. Delgado, M. Manso, C.O. Mira, G. Freire, J.C. Branco, J. Calha

Hospital Beatriz Ângelo-Loures.

Introdução: A Sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de etiologia indeterminada, caracterizando-se histologicamente pela presença de granulomas não caseosos. O aparelho respiratório é o sistema mais afetado, sendo também o principal responsável pela sua morbilidade e mortalidade. Neste sentido, e com o objetivo de rever a imagiologia torácica da sarcoidose, des-

crevemos um caso clínico seguido na nossa instituição, paradigmático pela marcha diagnóstica e presença de achados típicos.
Caso clínico: Homem de 40 anos, pintor da construção civil e sem outros antecedentes relevantes. Recorre à urgência por quadro de dispneia com meses de evolução, acompanhado de desconforto torácico retrosternal e tosse produtiva. Ao exame físico eram evidentes apenas discretas crepitações nas bases pulmonares. Dos meios complementares de diagnóstico realizados inicialmente, destacava-se uma radiografia torácica com padrão intersticial micronodular bilateral. Este quadro clínico e imagiológico motivou a realização de uma tomografia computorizada torácica, que revelou extenso padrão micronodular perilinfático bilateral, reticulação de predomínio subpleural nos lobos superiores, bronquiolectasias de tração, adenomegalias mediastínicas e gânglios hilares bilaterais. Estes aspectos fizeram diagnóstico diferencial entre silicose, sarcoidose e tuberculose miliar. Na avaliação subsequente em consulta de Pneumologia e perante a ausência de isolamento microbiológico, baciloscopia seriada negativa, achados imagiológicos típicos e biopsia ganglionar com granulomas não caseosos, assumiu-se o diagnóstico de Sarcoidose.
Discussão: A sarcoidose pulmonar manifesta-se através de diversos padrões imagiológicos, podendo fazer diagnóstico diferencial com diferentes patologias. As alterações consideradas típicas, presentes em até 70% dos pacientes, incluem: alargamento hilar bilateral, nódulos linfáticos para-traqueais, com ou sem envolvimento parenquimatoso, envolvimento linfático para topografias peri-broncovasculares, subpleurais e septais. No entanto, até 30% dos pacientes apresentam alterações atípicas e inespecíficas, podendo dificultar e atrasar o diagnóstico.

***Palavras-chave**: Sarcoidose. Radiologia. Radiologia de tórax.*

P102. PET/TC E A DECISÃO TERAPÊUTICA NA SARCOIDOSE

K. Lopes, T. Alfaro, S. Freitas

Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

Introdução: A evolução clínica na sarcoidose é muito variável. A decisão de iniciar tratamento é por isso um desafio e é baseada na atividade inflamatória e gravidade da doença.
Objetivos: Avaliar se a atividade inflamatória na PET pode apoiar a decisão de tratamento na sarcoidose.
Métodos: Estudo retrospetivo dos doentes com sarcoidose observados na Consulta de Interstício Pulmonar do CHUC que realizaram PET. Comparação dos resultados de PET com outros marcadores inflamatórios (ECA, enzima conversora de angiotensina) e decisão de iniciar tratamento.
Resultados: Foram analisados 43 doentes, 13 do sexo masculino (30,2%), idade média 56,93 ± 13,75 anos. Em 24 doentes (55,8%), por critérios clínicos ou imagiológicos, decidiu-se iniciar terapêutica sistémica, sendo que alguns já estariam sob tratamento aquando da avaliação PET. 5 apresentavam formas graves de doença e iniciaram tratamento, 2 deles com atividade identificada em PET. O SUVmax nos doentes que receberam tratamento (X = 6,23 ± 3,13) não foi significativamente diferente do grupo não tratado (X = 5,29 ± 3,36; p = 0,377). Quanto aos órgãos envolvidos, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos: 16 no grupo de tratamento apresentavam captação no parênquima (*vs.* 12), 20 em adenopatias intratorácicas (*vs.* 17) e 11 envolvimento extratorácico (*vs.* 9). Quanto à intensidade de captação, 12,5% dos doentes sob tratamento apresentaram baixa atividade na PET (*vs.* 15,8%;p = 0,757) No grupo de tratamento 45,8% tinham função normal, 20,8% padrão obstrutivo e 4,2% padrão restritivo (*vs.* 57,9%, 10,5% e 0%). Apenas se verificou 1 padrão misto no grupo sem tratamento. 50% do 1º grupo tinha diminuição da DLCO (*vs.* 26,3%; p = 0,115). O valor de ECA também não foi diferente entre os dois grupos (X = 77,92 ± 45,92 ug/L *vs.* X = 60,21 ± 39,93; p = 0,144). Não se verificou uma correlação significativa entre os valores de ECA e SUVmax (p = 0,268).
Conclusões: Na amostra incluída neste estudo não encontramos associação entre a atividade inflamatória na PET e a decisão de tratar, ainda assim, reconhecemos que a PET tem utilidade cada vez mais reconhecida na avaliação e monitorização da Sarcoidose. De salientar que apenas analisamos a influência da atividade inflamatória da PET na decisão de tratar, e que fatores como gravidade, sintomatologia e outros marcadores inflamatórios não foram incluídos.

***Palavras-chave**: Sarcoidose. PET/TC. Atividade inflamatória. Tratamento na sarcoidose.*

P103. AVALIAÇÃO DO RISCO DE SOBREINFEÇÃO EM DOENTES COVID-19 ADMITIDOS EM UCI

K. Lopes, M. Silva, S. Gomes, A. Ramos

Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

Introdução: O aumento da suscetibilidade a sobreinfeção em doentes COVID-19 é uma preocupação e associa-se a maior morbimortalidade, nomeadamente nos doentes em UCI. Objetivo Avaliar potenciais fatores de risco para sobreinfeção na COVID-19 em doentes admitidos em UCI.
Métodos: Estudo retrospetivo dos indivíduos COVID-19 observados na UCI do Hospital de Cascais (2º semestre 2020). Avaliação da prevalência de sobreinfeção e comparação face a indivíduos sem sobreinfeção quanto a comorbilidades, índice de gravidade à admissão, estratégia ventilatória e uso de corticoterapia.
Resultados: Foram observados 54 doentes com COVID-19, dos quais 35 (64,8%) apresentaram evidência de sobreinfeção, sendo 23 do sexo masculino (65,7%), com idade média 62,46 ± 11,76 anos, demograficamente semelhantes aos indivíduos sem infeção. Verificaram-se 18 infeções respiratórias (51,5%), das quais 7 pneumonias associadas ao ventilador, 6 bacteriémias (17,1%) e 4 ITU (11,4%). Obteve-se isolamento microbiológico em 17 casos (48,6%), sendo os microorganismos mais frequentemente identificados *Staphylococcus* spp (7) e *Enterobacteriaceae* (9). O índice de comorbilidade de Charlson foi semelhante entre os grupos (p = 0,950). No grupo que apresentou sobreinfeção a gravidade à admissão, dada pelos scores de APACHE II e SAPS II, foi significativamente superior (18,12 ± 6,73 *vs.* 13,95 ± 5,66; p = 0,024 e 40,97 ± 13,35 *vs.* 31,10 ± 13,18; p = 0,011, respetivamente). Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o recurso a VMI e a presença de sobreinfeção (OR = 10,80, IC95 3,01-38,73; p < 0,001). Não se verificou associação entre o uso de corticoterapia e a ocorrência de sobreinfeção (p = 0,094). O tempo de internamento (dias) foi também significativamente maior no grupo com sobreinfeção (16 ± 11,46 *vs.* 6,71 ± 9,07; p = 0,003) e verificou-se uma taxa de mortalidade de 40% neste grupo (*vs.* 5,3%).
Conclusões: Verificamos uma elevada prevalência de sobreinfeção, tendo sido possível em 48,6% dos casos obter isolamento microbiológico. Na nossa amostra, a corticoterapia não se associou a aumento estatisticamente significativo de sobreinfeção, sendo que os principais fatores associados a risco de sobreinfeção foram a gravidade à admissão e a VMI. Como esperado, a presença de sobreinfeção associou-se a prolongamento do tempo de internamento e aumento de mortalidade.

***Palavras-chave**: COVID-19. Sobreinfeção.*

P104. EFICÁCIA DO LORLATINIB NA MUTAÇÃO DE RESISTÊNCIA ADQUIRIDA APÓS TERAPÊUTICA COM ALECTINIB

B. Martins, D. Araújo, H. Queiroga, V. Hespanhol

Centro Hospitalar Universitário São João.

Introdução: A eficácia do inibidor da tirosina cinase ALK recomendado em 1a linha (alectinib) no cancro do pulmão não pequenas

células é limitada pelo surgimento de mutações de resistência. Uma das mais frequentemente reportadas é a p.G1202R, presente em até um terço dos casos dos doentes. A sua presença associa-se a taxas de resposta ao tratamento com lorlatinib em 2ª linha até duas vezes superiores e PFS2 de aproximadamente 11 meses.
Caso clínico: Os autores reportam o caso clínico de um homem, de 70 anos, ex-fumador, sem outros antecedentes de relevo. Em 2017 desenvolveu clínica de tosse e dispneia para esforços, tendo sido solicitado TC Tórax que revelou "múltiplas massas pulmonares confluentes na região hilar direita com invasão das locas ganglionares mediastínicas, a maior com 5 × 6 × 6 cm (…) derrame pleural bilateral e pequeno derrame pericárdio (…) quatro imagens hipodensas no fígado em provável contexto de metastização". RM Cerebral revelou lesões cerebrais sugestivas de lesões secundárias e TC coluna lombar revelou lesões ósseas secundárias. Citologia do líquido pleural e TBNA foram compatíveis com o diagnóstico de adenocarcinoma de provável origem pulmonar (TTF-1 positivo), estádio IV, com expressão de PD-L1 de 5%. Estudo molecular revelou translocação ALK, pelo que foi proposto para terapêutica-alvo com alectinib em 1ª linha, com resposta parcial inicial. Por apresentar progressão foi proposta nova biópsia tecidular, que realizou em novembro de 2019. O NGS confirmou presença de mutação de resistência ALK c3604G>Ap (Gly 1202Arg), tendo iniciado lorlatinib em janeiro de 2020. Atualmente o doente apresenta estabilidade clínica e imagiológica, com boa tolerância ao lorlatinib.
Discussão: O presente caso clínico pretende salientar a pertinência de pesquisa de mutações de resistência ALK em doentes sob terapêutica alvo com alectinib, dado que a sua positividade poderá associar-se a taxas de resposta superiores à terapêutica com lorlatinib.

Palavras-chave: *Lorlatinib. Cancro do pulmão ALK+. Mutações de resistência.*

P105. DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE MENÍNGEA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

R. Cordeiro, M.J. Cavaco, A. Nunes, C.R. Silvestre, N. André, A. Domingos

Hospital de Torres Vedras.

Introdução: A Tuberculose (TB) do SNC é a forma mais grave de infeção por *M. tuberculosis*. A apresentação clássica é a meningite tuberculosa. É mais comum nos primeiros anos de vida, mas também em grupos de risco, como faixas etárias mais avançadas e doentes imunocomprometidos.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente de 80 anos, soldador, não fumador enviado ao CDP em 2020 para tratamento de TB latente. Em 2009 foi internado por quadro de cefaleias. Dos exames complementares destaca-se LCR com linfocitose, hipoglicorraquia e proteinorraquia. Exame micobacteriológico direto e cultural negativos. Biópsia dural: "processo granulomatoso, células gigantes e necrose suja." TC- Tórax com alterações sequelares compatíveis com tuberculose pulmonar no passado. A avaliação pela neurologia e reumatologia concluiu por etiologia autoimune, pelo que iniciou tratamento com glicocorticoides, que manteve até 2013. Apresentou melhoria clinica mas discreto agravamento em ressonância magnética crânioencefálica. Em 2019, ocorreu novo internamento por episódio de epilepsia focal. RM-CE com extenso edema e realce paquimeningeo bilateral. Analiticamente cANCA e ANCA-MPO negativos e serologias infeciosas negativas. Foi repetida Punção lombar - proteinorraquia, hipoglicorraquia, linfocitose; PCR negativa para vírus neurotrópicos; Exame micobacteriológico direto e cultural negativos, mas PCR para *M. tuberculosis* positiva. Analiticamente: VS 115 mm/h, anti-MPO (+) titulo alto e ECA 75 u/L. Diagnosticou-se paqui-leptomeningite granulomatosa associada a anti-MPO. Reiniciou-se glicocorticoterapia e considerou-se candidato a terapêutica biológica. No CDP, dado o agravamento clinico sob terapêutica dirigida para doença autoimune (associado a PCR+ para *M. tuberculosis* e biópsia com granulomas e "necrose suja"), admitiu-se diagnóstico de TB meníngea pelo que foi proposto para tratamento de TB ativa.
Discussão: O diagnóstico de TB do SNC é um diagnóstico difícil, uma vez que os sinais e sintomas são pouco específicos para a doença e os testes são notoriamente menos sensíveis que no caso da TB pulmonar. No entanto, é de especial importância estarmos sensibilizados para esta doença e quais os critérios para o seu tratamento.

Palavras-chave: *Tuberculose. Anti-MPO. SNC. Meningea.*

P106. LUNG FUNCTION IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENTS ON HOME MECHANICAL VENTILATION

N. Fernandes, L.L. Ferreira, D. Coutinho, C. Nogueira, D. Ferreira, S. Conde, C. Ribeiro

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho.

Introduction: One of the hallmarks of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is an accelerated decline in lung function. In large COPD populational studies the reported mean rate of FEV1 decline in GOLD stages II is between 47 and 79 mL/year, in GOLD stage III is between 56 and 59 mL/year and in GOLD stage IV is lower than 35 mL/year.
Objectives: Our aim was to assess the lung function decline of COPD patients on home mechanical ventilation (HMV).
Methods: We conducted a retrospective analysis of COPD patients with HMV, followed in an outpatient clinic of a tertiary hospital, who performed lung function tests prior to HMV initiation (T0 - 24 months before), 12 to 24 months after (T1) and 36 to 48 months after (T2).
Results: A total of 22 COPD patients were analyzed, 82% were male. Mean age at the beginning of HMV was 67.18 (± 7.6). Mean forced expiratory volume in 1 second (FEV1) and FEV1/FVC at baseline were 40.1% (± 13.4) and 0.52 (± 0.2), respectively; mean FEV1 and mean forced vital capacity (FVC) in ml were 1,058.6 (± 413.7) and 2,062.7 (± 672.4), respectively. Mean total lung capacity (TLC) in percentage was 101.8 (± 16.9), and mean residual volume (RV) in percentage was 162.0 (± 44.9). At T2, mean FEV1 and FVC in ml were 902.8 (± 499.4) and 1,994.1 (± 549.8), respectively. Mean TLC in percentage was 98.7 (± 14.4), and mean RV in percentage was 143.3 (± 31.1). When comparing the different respiratory functional parameters (FVC and FEV1 in ml and percentage before and after the use of a bronchodilator, RV and TLC in percentage before bronchodilator), no statistically significant differences were found except when comparing FEV1 in ml before bronchodilator in T0 and T2, where in T2 FEV1 was significantly lower than in T0 ($p = 0.045$). Similarly, there was no statistically significant difference when comparing the ratio RV/TLC at T0, T1 and T3. We also calculated the estimated yearly variation of the different lung function parameters at T1 and T2. At T1 the yearly variation of FEV1 was -15.5 (± 165.6) and at T2, the yearly variation was -42.7 (± 89.2).
Conclusions: This could suggest a deferral of lung function decline in these patients.

Keywords: *Chronic obstructive pulmonary disease. Home mechanical ventilation. Lung function.*

P107. PNEUMOTÓRAX CATAMENIAL – UMA ETIOLOGIA A NÃO ESQUECER

I. Fernandes Pedro, G.M. Portugal, D. Baptista, C. Pereira, V. Durão, M. Pereira, R. Macedo, P. Pinto, C. Bárbara

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.

Introdução: O pneumotórax catamenial é, apesar de uma entidade rara e sub-diagnosticada, a principal apresentação clínica da

endometriose torácica. Deve ser suspeitado em mulheres em idade fértil, com pneumotórax de repetição e com aparecimento da toracalgia típica até 72h antes ou após a menstrução, sendo o seu diagnóstico essencialmente clínico. O tratamento de eleição é cirúrgico, estando também indicada a terapêutica com anticontracetivos orais e análogos da hormona libertadora de gonadotrofina.
Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de uma mulher, 40 anos, fumadora (6 UMA), com história de infeção a VIH, com carga viral indetetável e 972/uL linfócitos TCD4+. Medicada com a associação de emtricitabina, rilpivirine e tenofovir e pílula combinada. Sem alergias conhecidas. Recorreu ao serviço de urgência por toracalgia posterior esquerda, do tipo pleurítica, com um dia de evolução e início nas primeiras 24 horas após a menstruação. Negava outra sintomatologia respiratória. Realizada radiografia torácica que revelou hipotransparência esquerda, compatível com pneumotórax. Colocada drenagem torácica, com saída imediata de ar, que manteve por sete dias por expansão pulmonar lenta, mesmo com manobras trendelenburg e oxigenoterapia suplementar. Ainda durante o internamento, assistiu-se a recidiva do pneumotórax, mas, por se encontrar clinicamente estável e com melhoria da lâmina de pneumotórax, teve alta a aguardar chamada para cirurgia torácica eletiva. Uma semana após a alta, submetida a VATS eletiva na qual foram documentados fenestrações diafragmáticas e implantes pleurais acastanhados compatíveis com endometriose torácica. Realizada talcagem com talco estéril, sem intercorrências e com resolução do pneumotórax, tendo tido alta com indicação para manter o análogo da LHRH goserrelina que iniciou em internamento.
Discussão: O caso apresentado ilustra o diagnóstico de uma entidade rara, numa doente com outros factores de risco para desenvolvimento de pneumotórax espontâneo, nomeadamente tabagismo e infecção VIH. Pela sua raridade, é necessário um elevado nível de suspeição e história clínica adequados para que esta possa ser identificada, bem como devida e atempadamente tratada, nomeadamente no que diz respeito à orientação para cirurgia torácica, pelo risco de recidiva mensal com a menstruação.

Palavras-chave: *Pneumotórax. Catamenial. VATS. Goserrelina.*

P108. DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS SÍNCRONAS A PROPÓSITO DA SUSPEITA DE GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE

I. Fernandes Pedro, G.M. Portugal, D. Baptista, F. Ferro, C. Pereira, R. Macedo, P. Pinto, C. Bárbara

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A granulomatose com poliangeíte é uma doença rara, cuja tríade clássica consiste no envolvimento respiratório superior, inferior e renal. Pelo seu envolvimento pulmonar, é mandatório o diagnóstico diferencial com a neoplasia do pulmão.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher, 56 anos, não fumadora, com história de hipertensão arterial e de doença do refluxo gastro-esofágico. Referenciada à consulta externa de Pneumologia por dispneia e sibilância com 3 meses de evolução. Realizou espirometria com padrão obstructivo e aplanamento da curva inspiratória, pelo que foi submetida a broncofibroscopia rígida que mostrou estenose a 2 centímetros das cordas vocais. Foi realizada dilatação endoscópica e biópsia que revelou infiltrado inflamatório incaracterístico, com necessidade de nova terapêutica endoscópica passados 3 meses por agravamento sintomático. Na altura, realizada TC torácica que mostrou lesão sólida no lobo pulmonar superior esquerdo com 38 mm e de nódulo tiroideu hipodenso, tendo ficado internada para estudo. Foi colocada a hipótese inicial de granulomatose com poliangeíte, pelo que realizou TC dos seios perinasais (sem alterações), doseamento de anticorpo anti-citolpasma de neutrófilos e factor reumatóide (negativos) bem como biópsia do corneto médio (sem imagens de vasculite ou granulomas). Submetida, também, a biópsia pulmonar transtorácica da lesão pulmonar, cujo resultado revelou tratar-se de um adenocarcinoma do pulmão, PD-L1 negativo. Para estadiamento, realizadas TC crâneo-encefálica e PET-TC, ambas sem alterações à excepção do nódulo tiroideu já conhecido e gânglio (gg) cervical. Realizada citologia aspirativa da lesão tiroideia e do gg cervical, com o diagnóstico de carcinoma papilar (CP) e metástase de CP, respectivamente.
Discussão: A associação entre estenose traqueal e consolidações pulmonares deve alertar para o diagnóstico de granulomatose com poliangeíte. Contudo, este deve ser confirmado por biópsia sob risco de não alcançar/atrasar outros diagnósticos diferenciais de lesões pulmonares, como a neoplasia do pulmão onde o diagnóstico precoce é extremamente importante. Importante ainda, na suspeita de neoplasias síncronas, realizar o seu diagnóstico e estadiamento em simultâneo, permitindo abordagens atempadas e dirigidas.

Palavras-chave: *Neoplasia. Pulmão. Granulomatose. Poliangeíte.*

P109. RECORRÊNCIA PRECOCE EM PNEUMOTÓRAX BILATERAL – UM CASO CLÍNICO

P. Barros, A. Veloso, A. Barroso, A. Fernandes, D. Neves, B. Santos, U. Brito

Hospital de Faro.

Introdução: O pneumotórax espontâneo primário ocorre em doentes sem patologia pulmonar, em que não se identificou nenhum evento que explique o aparecimento do pneumotórax. Apesar de não se identificar patologia pulmonar, muitos destes doentes apresentam blebs subpleurais e pequenas bolhas enfisematosas na Tomografia Computorizada (TC) de tórax, que estão envolvidos na patogénese da doença. Os casos de pneumotórax espontâneo que ocorrem bilateralmente e simultaneamente são raros e, segundo a literatura, representam cerca de 1,3% dos casos.
Caso clínico: Doente 17 anos, sexo masculino, com biótipo longilíneo e antecedentes de quistos renais. Veio ao serviço de urgência (SU) do Hospital de Faro por dor de tipo pleurítica intermitente, no hemitórax direito, com 1 mês de evolução, que surgia em repouso e aliviava espontaneamente em cerca de 10 minutos. Referia de cansaço fácil durante este período. No SU realizou TC de tórax que demonstrou pneumotórax bilateral e pequenas lesões de enfisema apicais. Foram colocadas drenagens torácicas à esquerda e à direita, ficando ambas oscilantes e borbulhantes. No dia seguinte apresentava já expansão pulmonar completa à direita pelo que foi removida a drenagem após 24 horas de clampagem. Após 3 dias, verificou-se recidiva da câmara de pneumotórax direita, sendo colocado um pleurocath, que ficou oscilante e borbulhante. O doente manteve as drenagens bilaterais funcionantes durante mais 6 dias, acabando por se transferir para o serviço de Cirurgia Torácica no Hospital Pulido Valente onde foi realizada um ressecção em cunha do lobo superior esquerdo e pleurectomia por VATS, sendo removido o pleurocath direito após 48 horas de internamento, sem necessidade de intervenção cirúrgica neste hemitórax.
Discussão: O risco de recorrência no pneumotórax sem abordagem cirúrgica é significativo nos primeiros anos, sendo que a maior parte acontece entre 6 meses a 2 anos do 1º episódio. No caso descrito observamos um situação pouco comum em que o doente se apresentou no serviço de urgência com pneumotórax espontâneo bilateral, com recorrência muito precoce do pneumotórax no hemitórax direito, após 3 dias de retirada do dreno torácico, algo que acentuou a raridade do quadro.

Palavras-chave: *Pneumotórax. VATS. Dreno.*

P110. UM DIAGNÓSTICO INESPERADO NO SEGUIMENTO DE CARCINOMA DE PULMÃO DE PEQUENAS CÉLULAS

P. Barros, D. Neves, B. Santos, U. Brito

Hospital de Faro.

Introdução: Nos doentes com carcinoma de pulmão de não pequenas células localmente avançado e inoperável, o tratamento habitual é a quimiorradioterapia concomitante. As taxas de sobrevida global em cinco anos variam entre 15 e 25%, enquanto alguns estudos apontam para uma sobrevida aos 10 anos de cerca de 11%
Caso clínico: Mulher de 64 anos, fumadora com carga tabágica de 63 unidades maço-ano, reformada de professora de português. Seguida em consulta de Pneumologia Oncológica desde 2012, altura em que lhe foi diagnosticado um carcinoma do pulmão de pequenas células localmente avançado, na sequência do estudo de um síndrome da veia cava superior, com o TC torácico a identificar uma lesão no lobo superior direito. A doente foi tratada com quimiorradioterapia concomitante, além de ter realizado irradiação profilática craniana. Um ano depois observou-se progressão local nas TC tórax de seguimento, sendo feito re-challenge de quimioterapia. A doente manteve-se em seguimento desde então, até que já em Outubro de 2020 foram identificados na TC tórax dois nódulos de novo, um de 7 mm no lobo inferior direito e outro com 8 mm no lobo superior esquerdo. Optou-se por pedir nova TC tórax em 3 meses onde se observou o crescimento do nódulo no lobo inferior direito para 11 mm. Foi pedida uma PET-TC onde se reportavam os dois nódulos pulmonares com SUV aumentado, o do lobo superior esquerdo com SUVmáx 7,8, e o do lobo inferior direito com SUVmáx 3,7. Perante estes dados foi realizada um biópsia transtorácica do nódulo no lobo inferior esquerdo que foi negativa para células neoplásicas. Tendo em conta a elevada suspeita de malignidade, a doente foi proposta pra VATS com ressecção do nódulo no lobo inferior direito, sendo que anatomia patológica revelou tratar-se de um adenocarcinoma. Atualmente aguarda cirurgia para ressecção do nódulo no lobo superior esquerdo.
Discussão: Considerando a baixa sobrevida nos carcinomas de pulmão de pequenas células, torna-se difícil avaliar a prevalência do aparecimento de um segundo tumor primário nestes doentes. Neste caso, após quimiorradioterapia e com progressão local após um ano, a doente manteve-se com doença livre de progressão até à data, identificando-se um segundo tumor primário no seguimento cerca de 7 anos depois.

***Palavras-chave**: Pequenas células. Adenocarcinoma. Quimiorradioterapia.*

P111. LAVADO BRONCOALVEOLAR PRETO EM DOENTE COM EXPOSIÇÃO PROFISSIONAL

D. Moreira de Sousa, M. Afonso, S. Valente

Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira.

Introdução: A exposição a poeiras inorgânicas, como a sílica, relaciona-se com risco de pneumoconiose. Embora menos frequente atualmente dado a crescente importância do equipamento de proteção individual (EPI) em contexto profissional, a vigilância de doença pulmonar neste contexto é essencial. Assim, o estudo diferencial e de complicações associadas justifica frequentemente a realização de lavado broncoalveolar (LBA).
Caso clínico: Homem, 58 anos, fumador ativo e com exposição profissional prolongada (> 20 anos) a produtos minérios com uso de EPI deficitário. Referenciado para consulta de Pneumologia por sintomas de dispneia para esforços intensos e tosse com suspeita de pneumoconiose/silicose. Apresentava AngioTC torácica prévia com micronodulação centrilobular mal definida, gânglios hilares e mediastínicos com calcificações, enfisema paraseptal e dois nódulos subpleurais, um subsólido (17 mm) e outro sólido (13,6 mm) no lobo superior direito. Realizou broncofibroscopia, que excluiu lesões endobrônquicas. O LBA apresentava um aspeto macroscópico negro e com resíduo sólido marcado, cuja estudo microbiologico foi negativo e a citologia negativa para células neoplásicas. Realizou biopsia transtorácica de um dos nódulos, revelando características inflamatórias, e iniciou terapêutica inalatória e cessação da exposição, com melhoria clínica. Contudo, após reunião multidisciplinar, e perante um padrão imagiológico não típico de pneumoconiose, repetiu TCAR aos 3 meses. Perante o crescimento da lesão nodular inicialmente não biopsada, progrediu-se na investigação. A PET/CT mostrou captação aumentada do nódulo e duvidosa a nível ganglionar. Realizou EBUS, com o diagnostico de carcinoma pulmonar não pequenas células, em estadio IIIA e foi proposto para receção cirúrgica e quimioterapia adjuvante. O estudo anatomopatológico de peça cirúrgica confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso e silicose/silicatose.
Discussão: A associação da exposição ao pó de sílica com complicações pulmonares difusas e neoplásicas é conhecida, justificando a vigilância clínica periódica. No caso apresentado, a exposição a poeiras era de significativa intensidade, traduzida num LBA marcadamente negro. A suspeita clínica motivou a vigilância apertada e o estudo invasivo, possibilitando o diagnóstico oncológico em estadio cirúrgico.

***Palavras-chave**: Lavado broncoalveolar. Silicose. Adenocarcinoma.*

P112. PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE COMPLICADA POR HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA SUBCLÍNICA

D. Moreira de Sousa, M. Afonso, S. Valente

Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira.

Introdução: A pneumonite de hipersensibilidade (PH) é uma patologia intersticial causada pela reação imunomediada a antigénios inalados, associada ao desenvolvimento de granulomas peribrônquicos mal-formados. A multiplicidade de exposições causais descritas requer elevado grau de suspeição clínica e detalhada investigação. Apresenta-se tipicamente em fase subaguda ou crónica, sendo raro o diagnóstico após exposição aguda. Na fase aguda, os sintomas assemelham-se a uma síndrome gripal, a neutrofília no lavado broncoalveolar (LBA) pode substituir a linfocitose típica e estão descritas opacidades em vidro despolido homogéneas e/ou densas com distribuição heterogénea, predomínio medio-basal e peribroncovasculares.
Caso clínico: Homem, 48 anos, sem patologia respiratória ou exposições conhecidas, com antecedentes de rinite alérgica sazonal e 2 episódios de trombose venosa profunda (TVP), sem medicação habitual. Referenciado por extensas áreas de consolidação e vidro despolido de predomínio peribroncovascular em TC do ombro realizada após queda. Negava queixas respiratórias ou sistémicas. Após questionado, referiu limpeza de uma divisão com bolor 2 semanas antes do TC. Realizou novo TCAR uma semana após o TC inicial, com melhoria franca sem qualquer terapêutica, mantendo pequenas áreas de densificação e de vidro despolido difuso. A autoimunidade, incluindo ANCA, foi negativa; imunoglobulinas G positivas para fungos e aves. Por TVP prévios, pesquisou-se anticorpos antifosfolípido, que foram positivos, aguardando 2º doseamento. O LBA apresentou-se macroscopicamente ligeiramente hemorrágico, sem gradiente significativo, mas com pesquisa de hemossiderina positiva e predomínio neutrofílico (65%). Mantendo-se assintomático e com estudo funcional normal, assumiu-se o diagnóstico provisório de PH aguda complicada com hemorragia alveolar em discussão multidisciplinar e foi recomendada evicção de exposição a agente presumido (fungos) e vigilância. Em TCAR aos 3 meses verificou-se agravamento imagiológico, pelo que, apesar de assintomático, se iniciou corticoterapia sistémica.

Discussão: O diagnóstico de PH é raro no contexto agudo por se manifestar habitualmente com sintomas gripais e ser autolimitada a dias/semanas. A dissociação clinico-imagiológica e complicação hemorrágica sugere gravidade e necessidade de vigilância.

Palavras-chave: *Pneumonite de hipersensibilidade aguda. Lavado broncoalveolar. Tomografia toracica de alta resolução.*

P113. A DIFÍCIL MARCHA TERAPÊUTICA NO COLAPSO DINÂMICO EXCESSIVO DAS VIAS AÉREAS

S. Dias, B. Cabrita, M. Araújo, J. Lourenço, A.L. Fernandes, P. Almeida

Hospital Pedro Hispano.

Introdução: O termo colapso excessivo das vias aéreas centrais (ECAC) inclui 2 entidades que são anatomicamente distintas: a traqueobroncomalácia e o colapso dinâmico excessivo das vias aéreas (EDAC). Ambas são idênticas ao nível da apresentação clínica, abordagem diagnóstica e terapêutica. Na EDAC há colapso excessivo da parede membranosa posterior das vias aéreas durante a expiração, com cartilagens preservadas. Os autores apresentam o caso de uma doente com EDAC refratária a várias abordagens terapêuticas.
Caso clínico: Mulher, 61 anos, não fumadora, antecedentes de SAOS ligeiro (IAH 8,6/h), dislipidemia, excesso ponderal (IMC 28), hérnia do hiato esofágico e nevralgia do trigémeo. Foi referenciada à consulta de Pneumologia por tosse produtiva, pieira e dispneia para esforços moderados (mMRC 2) com agravamento no último ano, sem resposta à terapêutica empírica com broncodilatação (ICS + LABA), corticoide nasal e anti-histamínico. Realizou TC torácica que revelava colapso quase completo do lúmen da traqueia ao nível do terço médio na manobra de expiração. Funcionalmente com espirometria normal e prova de broncodilatação negativa. A broncofibroscopia confirmou colapsibilidade dinâmica marcada da parede posterior da traqueia, com oclusão de 90% do seu lúmen na expiração, e dos brônquios principais, com oclusão de 70% do calibre. Foi aferida uma pressão positiva de 12 cmH2O para manutenção de patência do lúmen traqueal >50% na expiração, com evidência de melhoria das queixas noturnas com CPAP, mas persistência das queixas diurnas. Das diferentes abordagens terapêuticas possíveis descritas na literatura, não tinha indicação para colocação endobrônquica de stent, dado o atingimento difuso, ou para cirurgia, e não tolerou terapêutica com codeína ou morfina por náuseas e vómitos. Após avaliação por MFR para Reabilitação Respiratória e ensino de exercícios de controlo ventilatório, apresentou melhoria significativa das queixas de tosse, pieira e dispneia.
Discussão: O tratamento de ECAC é difícil e limitado, sendo a clínica frequentemente refratária às terapêuticas instituídas, como ocorreu no caso apresentado pelos autores. Verificou-se resposta favorável com a reabilitação respiratória, uma estratégia terapêutica incomum nestes casos.

Palavras-chave: *Traqueobroncomalácia. Reabilitação respiratória. Tosse.*

P114. UM CASO DE CARCINOMA PULMONAR DE PEQUENAS CÉLULAS MASCARADO DE ASPERGILOMA

S. Dias, B. Cabrita, M. Araújo, J. Lourenço, J. Amado

Hospital Pedro Hispano.

Introdução: O *Aspergillus* é um patógeno comum no ambiente que causa doença pulmonar significativa numa pequena percentagem de doentes, nomeadamente em imunocomprometidos ou com doença pulmonar crónica subjacente. Cursa com manifestações clínicas e imagiológicas diversas que podem mimetizar outras entidades nosológicas, nomeadamente o cancro do pulmão. Os autores apresentam o caso de aspergiloma que mascarou a presença de uma neoplasia pulmonar.
Caso clínico: Homem, 76 anos, ex-fumador, com antecedentes de HTA, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia, seguido em consulta de Pneumologia por DPOC e SAOS sob auto-CPAP. Em março/2020 apresenta quadro autolimitado de tosse produtiva e expetoração hemoptoica que, dada a história sugestiva de tuberculose pulmonar no passado e a presença em TC torácica de massa de contornos lobulados com 4,3 cm em cavitação previamente existente no LIE, levantou a suspeita de aspergiloma. A broncofibroscopia realizada não mostrou alterações endobrônquicas, LB e LBA sem evidência citopatológica de malignidade, com isolamento de *Aspergillus niger* no LBA. Não foi detetado antigénio galactomannan sérico ou no LBA e a IgE de *Aspergillus fumigatus* foi negativa. Neste contexto, encontrando-se o doente clinicamente estável, adotou-se a estratégia de vigilância clínica e radiológica do aspergiloma. Em fevereiro/2021 recorre ao SU por toracalgia pleurítica à esquerda com 2 dias de evolução, anorexia e perda ponderal (20 Kg em 5 meses). A TC torácica mostrava crescimento da massa previamente existente no LIE, agora de contornos irregulares e 7,5 cm, com envolvimento broncovascular, nódulos satélites no mesmo lobo, conglomerado adenopático hilar à esquerda e nódulo hepático. Considerando a idade e as comorbilidades do doente, iniciou-se terapêutica antifúngica com voriconazol pela possibilidade de aspergilose pulmonar subaguda invasiva. Contemporaneamente a broncofibroscopia e biópsia hepática realizadas confirmaram, em alternativa, a presença de carcinoma pulmonar de pequenas células com metastização hepática.
Discussão: Os autores pretendem alertar para os possíveis diagnósticos diferenciais e/ou concomitantes de infeção pulmonar por *Aspergillus*, nomeadamente o cancro do pulmão, cujo tratamento e prognóstico diferem drasticamente.

Palavras-chave: *Aspergiloma. Neoplasia. Oncologia.*

P115. UM CASO DE NÓDULOS CAVITADOS NUM DOENTE IMUNOSSUPRIMIDO

M. Araújo, S. Correia, J. Laranjinha, S. Dias, B. Cabrita, B. Seabra

Hospital Pedro Hispano.

Introdução: De acordo com as recomendações da Fleischner Society (2017), a tomografia de emissão de positrões (PET-TC) deve se utilizada na caracterização de nódulos pulmonares solitários sólidos com ≥ 8 mm e solitários sub-sólidos se parte sólida ≥ 6 mm. Contudo, falsos negativos na PET-TC podem ocorrer em adenocarcinomas do pulmão, tumores neuroendócrinos, linfomas, carcinomas do pâncreas, próstata, tiróide e rim, entre outros.
Caso clínico: Os autores descrevem uma doente de 66 anos, não fumadora, sem queixas respiratórias, referenciada à Consulta de Pneumologia por incidentaloma em tomografia computorizada (TC) abdomino-pélvica onde se observava nódulo pulmonar sub-sólido no lobo inferior direito medindo 11,7 mm. A PET-TC apresentava reduzida captação de FDG (SUV máximo de 2), sem focos de captação extratorácicos. Atendendo o resultado de PET-TC, repetiu-se TC de tórax aos 3 meses, objectivando-se nódulo sub-sólido medindo 14,8 mm, com componente sólido de 10 mm. Decidiu-se realização de biópsia pulmonar aspirativa transtorácica que foi inconclusiva. Foi referenciada a biópsia pulmonar cirúrgica por videotoracoscopia. O exame extemporâneo foi positivo para neoplasia, pelo que foi submetida a lobectomia Inferior direita com o diagnóstico de adenocarcinoma primitivo do pulmão, com invasão da pleura visceral, estádio IB. Foi proposta para quimioterapia adjuvante, seguida de imunoterapia (protocolo experimental CANOPY-N).
Discussão: Nódulos pulmonares subsólidos com componente sólido superior a 6 mm devem ser encarados como altamente suspeitos. Nestes casos, a PET-TC deve ser utilizada com parcimónia, não devendo protelar uma abordagem diagnóstica mais invasiva e, se ne-

cessário, com uma biópsia pulmonar cirúrgica. Os autores sensibilizam assim para a importância de não perder a janela de oportunidade para um tratamento curativo com base numa falsa tranquilidade de um resultado negativo de PET-TC. Em suma, lesões nodulares pulmonares, especialmente subsólidas e com características suspeitas, não devem descansar mas sim motivar o Pneumologista a uma abordagem diagnóstica exaustiva destes nódulos solitários.

Palavras-chave: *Imunossuprimido. Nódulos cavitados. Aspergilose pulmonar invasiva subaguda.*

P116. QUEM VÊ CARAS NÃO VÊ CORAÇÕES, NA PET VÊ ALÉM DAS CAPTAÇÕES...

D. Noivo, J. Patrício, A. Alfaiate, L.S. Fernandes, I. Fernandes, P. Duarte

Hospital de São Bernardo - Setúbal.

Introdução: De acordo com as recomendações da Fleischner Society (2017), a tomografia de emissão de positrões (PET-TC) deve se utilizada na caracterização de nódulos pulmonares solitários sólidos com ≥ 8 mm e solitários sub-sólidos se parte sólida ≥ 6 mm. Contudo, falsos negativos na PET-TC podem ocorrer em adenocarcinomas do pulmão, tumores neuroendócrinos, linfomas, carcinomas do pâncreas, próstata, tiróide e rim, entre outros.
Caso clínico: Os autores descrevem uma doente de 66 anos, não fumadora, sem queixas respiratórias, referenciada à Consulta de Pneumologia por incidentaloma em tomografia computorizada (TC) abdomino-pélvica onde se observava nódulo pulmonar sub-sólido no lobo inferior direito medindo 11,7 mm. A PET-TC apresentava reduzida captação de FDG (SUV máximo de 2), sem focos de captação extratorácicos. Atendendo o resultado de PET-TC, repetiu-se TC de tórax aos 3 meses, objectivando-se nódulo sub-sólido medindo 14,8 mm, com componente sólido de 10 mm. Decidiu-se realização de biópsia pulmonar aspirativa transtorácica que foi inconclusiva. Foi referenciada a biópsia pulmonar cirúrgica por videotoracoscopia. O exame extemporâneo foi positivo para neoplasia, pelo que foi submetida a lobectomia Inferior direita com o diagnóstico de adenocarcinoma primitivo do pulmão, com invasão da pleura visceral, estádio IB. Foi proposta para quimioterapia adjuvante, seguida de imunoterapia (protocolo experimental CANOPY-N).
Discussão: Nódulos pulmonares subsólidos com componente sólido superior a 6 mm devem ser encarados como altamente suspeitos. Nestes casos, a PET-TC deve ser utilizada com parcimónia, não devendo protelar uma abordagem diagnóstica mais invasiva e, se necessário, com uma biópsia pulmonar cirúrgica. Os autores sensibilizam assim para a importância de não perder a janela de oportunidade para um tratamento curativo com base numa falsa tranquilidade de um resultado negativo de PET-TC. Em suma, lesões nodulares pulmonares, especialmente subsólidas e com características suspeitas, não devem descansar mas sim motivar o Pneumologista a uma abordagem diagnóstica exaustiva destes nódulos solitários.

Palavras-chave: *Cancro. Pulmão. PET-TC. Adenocarcinoma.*

P117. RISCO DE VIDA PELA COVID-19: SERÁ PELA HIPERINFLAMAÇÃO OU PELA HIPERINSUFLAÇÃO?

D. Noivo, J. Patrício, A. Alfaiate, L.S. Fernandes, F. Espirito Santo, M. Castanho, P. Duarte

Hospital de São Bernardo - Setúbal.

Introdução: A pressão positiva contínua na via aérea pode apresentar diversas complicações, sendo algumas delas ameaçadoras de vida e potencialmente confundíveis com uma evolução desfavorável da doença de base. A falta de recursos e vagas em unidades de cuidados intensivos (UCI) em tempos de pandemia acarretou a utilização prolongada de pressões positivas expiratórias (EPAP) elevadas, com necessidade de períodos prolongados de ventilação mecânica não invasiva ou pressão positiva contínua na via aérea (CPAP).
Caso clínico: Descreve-se um homem de 56 anos, fumador, sem outros diagnósticos conhecidos. Admitido por febre e mialgias. O diagnóstico molecular de SARS-CoV2 foi positivo. Radiografia de tórax evidenciava infiltrados em vidro despolido bibasais. Iniciou oxigenoterapia com necessidade de escalada até 15 L/min e posteriormente para CPAP com EPAP a 10 cmH2O. Atendendo ausência de vagas em UCI, foi transferido para a enfermaria COVID-19. Objectivamente, palpava-se enfisema subcutâneo desde a região malar até à glútea. A tomografia computorizada de corpo revelou exuberante enfisema subcutâneo cervical envolvendo o espaço retrofaríngeo e laringe, com compressão extrínseca da via aérea; na parede lateral da traqueia mostrou pequena região de descontinuidade, que se admitia como origem do processo. O enfisema subcutâneo estendia-se também à região torácica e abdominal, acresciam pequenos pneumotórax bilaterais sem indicação para colocação de drenagem torácica, pneumomediastino, pneumoperitoneu e pneumoretroperitoneu. O doente não tinha evidência de pneumotórax ou enfisema subcutâneo à admissão, não apresentava história de trauma ou tentativa de intubação orotraqueal. Foi suspenso o CPAP contínuo e reiniciada oxigenoterapia com boa tolerância. Manteve vigilância hemodinâmica e radiológica com resolução completa do quadro em 10 dias.
Discussão: A COVID-19 pode ter uma evolução rapidamente progressiva na fase hiperinflamatória, condicionando insuficiência respiratória grave. É necessário, contudo, ter em atenção que a abordagem intensiva da insuficiência respiratória nestes doentes pode acarretar um aumento do risco de iatrogenia. Os autores salientam a importância do exame objetivo como determinante na avaliação do doente com patologia aguda.

Palavras-chave: *COVID-19. CPAP. Pneumotorax. Complicações.*

P118. ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA EM DOENTE COM DPOC

S. Pereira, I. Farinha, A. Cunha, L. Gomes, C. Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A Aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma doença imunológica causada pela hipersensibilidade ao Aspergillus fumigatus cujo tratamento pode prevenir alterações parenquimatosas irreversíveis. Apesar de mais frequentemente descrita na asma, a ABPA tem vindo a ser descrita noutras doenças pulmonares. Apresentamos um caso de ABPA em doente com DPOC.
Caso clínico: Homem, 75 anos, ex-fumador (CT 48 UMA), seguido em consulta de Pneumologia. O diagnóstico de DPOC foi efetuado em 2016 após queixas de dispneia para esforços e confirmação de alteração ventilatória obstrutiva com hiperinsuflação. Foi iniciada terapêutica com LABA/LAMA e após controlo sintomático insatisfatório o doente integrou um programa de reabilitação respiratória. A TC torácica revelou enfisema centrilobular sem evidência inequívoca de bronquiectasias. O doseamento de alfa-1 antitripsina foi normal (1,20 g/dL) e os níveis de eosinófilos séricos eram de 350 células/uL. Em 2018, após exacerbação, ICS foi adicionado à terapêutica. Em Junho/2020 o doente referiu agravamento da dispneia, pieira, perda ponderal e teve 3 exacerbações ligeiras tratadas com corticoterapia sistémica num intervalo de 3 meses. Os níveis de IgE total eram de 2,339 UI/mL, IgE sérico para *Aspergillus fumigatus* estava elevado (6,41 kU/L) e os testes epicutâneos foram positivos apenas para Aspergillus fumigatus. Apresentava eosinofilia (870 células/uL) que persistiu após terapêutica antiparasitária. A TC torácica de alta resolução detetou espessamento de paredes brônquicas com bronquiectasias predominantemente no lobo superior direito. A cultura de expectoração e o doseamento de IgG específica para Aspergillus fumigatus foram negativos. O diagnóstico de ABPA foi estabelecido

baseado nos critérios da sociedade internacional de micologia humana e animal (ISHAM, 2013) e o doente iniciou corticoterapia sistémica. Após 4 semanas, apresenta melhoria clínica, melhoria da eosinofilia periférica, apesar de manter níveis de IgE elevado o que motivou manutenção da dose de corticoterapia sistémica.
Discussão: Apesar da ABPA ser mais frequentemente encontrada na asma, é importante manter um alto nível de suspeição durante a orientação de outras doenças respiratórias especialmente na presença de agravamento clínico e aumento da frequência de exacerbações.

***Palavras-chave**: Aspergilose broncopulmonar alérgica. DPOC. Eosinofilia. IgE total.*

P119. A IMPORTÂNCIA DE UMA HISTÓRIA OCUPACIONAL DETALHADA: UM CASO CLÍNICO

S. Pereira, A.J. Ferreira

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A patologia respiratória profissional engloba inúmeras patologias descritas. Muitas são uma raridade na nossa prática clínica atual especialmente depois de avanços legislativos e implementação de diversas normativas. Apesar disso, detalhar a exposição ocupacional dos doentes com patologia respiratória pode ter importantes implicações etiológicas, clínicas, mas também médico -legais. Apresenta-se um caso de pneumoconiose que demonstra a importância de uma investigação ocupacional detalhada.
Caso clínico: Homem, 68 anos, iniciou seguimento em consulta de Patologia respiratória profissional em 2011 por espessamentos pleurais calcificados. O doente trabalhou como pedreiro (9 anos) e foi guarda de intervenção da GNR, reformado por incapacidade. Ex-fumador (60 UMA), com história de internamento em 1988 por pleurite e derrame pleural esquerdo. Clinicamente referia pieira ocasional e ao exame objetivo evidenciaram-se crepitações nas bases. A TC torácica revelava múltiplos espessamentos pleurais de predomínio esquerdo exibindo calcificações lineares, micronódulos no pulmão direito e enfisema centrilobular. Tinha função pulmonar conservada e estudo autoimune negativo. Foi pedido relatório do internamento de 1988 ao Hospital Militar de Lisboa (Doenças Infetocontagiosas) que documenta derrame pleural esquerdo inicialmente tratado com anti bacilares, sem resposta. Efetuou posteriormente biópsias pleurais cujo resultado anátomo-patológico foi de asbestose. Após investigação de exposição inalatória, foi apurada e documentada exposição inalatória prolongada a partículas de amianto, componente historicamente usado em filtros de máscaras antigás nas primeiras décadas do Séc. XX, que o doente utilizou durante a instrução militar. Foi efetuada participação obrigatória de doença profissional e o doente foi avaliado em junta médica de doenças profissionais em 2012, na qual lhe foi reconhecida doença profissional. O doente manteve seguimento em consulta com estabilidade clínica, funcional e imagiológica.
Discussão: A história ocupacional é parte indispensável da investigação etiológica de uma patologia respiratória. Estabelecer um diagnóstico inequívoco tem grande importância clínica, mas é também imprescindível a notificação obrigatória destas patologias pelas suas implicações médico-legais e possível ressarcimento.

***Palavras-chave**: Exposição ocupacional. Amianto. Asbestose.*

P120. UM ESTRANHO CASO DE HEMOPTISES

R. Branquinho Pinheiro, P. Falcão Gonçalves, I. Claro, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A presença de material cirúrgico têxtil esquecido numa cavidade corporal e a reação de corpo estranho envolvente designa-se textiloma. É uma complicação rara, mas grave, de cirurgia, habitualmente intra-abdominal não sendo usual após cirurgia torácica. Pode ter consequências graves como infeção, formação de abcessos e fistulização para estruturas adjacentes. Alguns doentes podem ser assintomáticos durante vários anos e o diagnóstico ser acidental, outros apresentam toracalgia, tosse, e por vezes febre, expetoração ou hemoptises por fistulização brônquica. As manifestações clínicas são variáveis e inespecíficas, tornando a suspeita diagnóstica difícil. Os achados radiológicos variam de acordo com a localização, o tipo e a cronicidade do textiloma. A tomografia computorizada (TC) é o exame mais indicado para identificação de um textiloma intratorácico, surgindo habitualmente como uma massa de contorno regular e bordos bem definidos, com captação periférica quando utilizado contraste endovenoso, por vezes mimetizando processo granulomatoso ou maligno. Quando identificado, a cirurgia é normalmente necessária para remover o corpo estranho.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, cinquenta e três anos, que recorreu à urgência por hemoptises, negando outras queixas e episódios prévios. Fumador, apenas com história de pneumotórax com necessidade de cirurgia dez anos antes. A radiografia torácica mostrava uma hipotransparência com obliteração do seio costo frénico direito com uma linha radiopaca no centro. A TC com contraste endovenoso mostrou uma imagem de formato lenticular com diâmetro de sete centimetros e uma estrutura linear densa e serpiginosa no centro, sugestivo de textiloma, com possível comunicação brônquica. O doente está proposto para intervenção cirúrgica.
Discussão: Um textiloma intratorácico é uma entidade rara, com clínica e apresentação radiográfica inespecífica, o que torna esta hipótese diagnóstica muitas vezes esquecida. Sintomas como hemoptises podem estar associados a inúmeras etiologias e a sua investigação deve ser rigorosa. O reconhecimento e tratamento precoce reduz significativamente o risco de sequelas. O presente caso pretende lembrar que o textiloma deve estar incluído no diagnóstico diferencial de uma massa intratorácica em doente previamente submetido a cirurgia.

***Palavras-chave**: Textiloma. Hemoptises. Complicação. Cirurgia.*

P121. INFLUÊNCIA DA SONOLÊNCIA EXCESSIVA NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA APNEIA DO SONO

A. Trindade, C. Custódio, J. Cabral, S. Rodrigues, T. Lopes, V. Martins, M. Aguiar, I. Gonçalves, S. Furtado

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A pressão positiva é primeira linha de tratamento na síndrome apneia obstrutiva do sono (SAOS) de gravidade moderada a grave, podendo ser considerada em casos ligeiros. A sua adesão é com frequência inferior ao adequado, influenciada por vários fatores. Existe pouca evidência sobre o impacto da sonolência diurna excessiva (SDE) na adesão à pressão positiva.
Objetivos: Comparação de adesão a ventiloterapia entre doentes com ou sem SDE e nos três graus de gravidade de SAOS; análise da influência de fatores do doente ou da parametrização.
Métodos: Critérios de elegibilidade: doentes ≥ 18 anos com polissonografia (PSG) nível III positiva em 2018 ou 2019; início de ventiloterapia em doente naive; processo com registo de adesão na primeira consulta médica após início de tratamento. Foram registados: sexo, idade e IMC; índice de apneia/hipopneia (IAH); presença ou ausência de SDE; interface, modo ventilatório, pressão ou intervalo de pressão; percentagem de uso ≥ 4h e média de uso diário. Definiu-se SDE uma pontuação ≥ 10 na escala de Epworth e boa adesão se percentagem de uso ≥ 4h em ≥ 70% dos dias e média de uso diário ≥ 4h. Efetuada análise descritiva por grupo de adesão, testes de Mann-Whitney-Wilcoxon e Fisher para comparar grupos e teste de Qui-quadrado para comparações múltiplas. Computado um modelo de regressão logística para a adesão. Considerado um nível de significância de 0,05.

Resultados: Considerados 321 indivíduos de 1.056 diagnósticos de SAOS, maioria do sexo masculino (64,2%) e com idade mediana de 55,0 (IIQ = [47,0;67,0]) anos. Indivíduos com boa adesão (57,9%; N = 186) são mais velhos (p = 0,019) e com maior IAH (p = 0,013). A adesão foi 6 vezes superior em indivíduos com SAOS grave (p = 0,001) em relação a SAOS ligeiro. Não há diferenças significativas na adesão entre indivíduos com ou sem SDE (p = 0,451), nem nos diferentes graus de SAOS (p > 0,243) nos com SDE. Em indivíduos sem SDE, a adesão é estatisticamente superior no grau grave quando comparado com o ligeiro e moderado (OR 6,06 e OR 4,44 respetivamente; p = 0,002). Não houve diferença na adesão entre intervalo de pressão ≤ 7 cmH2O e ≥ 8 cmH2O (p = 0,974).
Conclusões: Não se encontrou diferença estatisticamente significativa na adesão à ventiloterapia entre doentes com ou sem SDE. Indivíduos mais velhos e com maior gravidade aderiram mais ao tratamento.

Palavras-chave: *sonolência diurna excessiva. APAP. Ventiloterapia. Adesão. Apneia do sono.*

P122. TUBERCULOSE: UM CAMINHO ATÍPICO PARA O DIAGNÓSTICO

L. Balanco, C. Cortesão, L. Carvalho, D. Rodrigues, MB. Paiva

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A tuberculose (TB) é ainda uma importante causa de morbimortalidade. A clínica inespecífica constitui um obstáculo ao diagnóstico, que resulta da identificação de *Mycobacterium tuberculosis* (Mt) em exame cultural ou de exame direto e teste de amplificação de ácidos nucleicos positivos. Achados clínicos e imagiológicos sugestivos associados a evidência histológica de granulomas ou necrose caseosa podem motivar o início de tratamento.
Caso clínico: Apresentamos um caso em que a biópsia pulmonar transtorácica (BTT) foi determinante no diagnóstico de TB. Homem, 30 anos, venezuelano, não fumador e VIH negativo, internado por miopericardite após ter recorrido ao hospital com toracalgia, tosse, febre e cefaleias há uma semana. Analiticamente, salientava-se enzimas cardíacas e proteína C reativa elevadas. Durante o internamento, realizou ressonância magnética cardíaca que evidenciou opacidade no lobo superior direito (LSD) e derrame pleural ipsilateral. A anamnese foi revista, apurando-se perda ponderal significativa nos 2 meses prévios e um episódio de expetoração hemoptóica. As baciloscopias de expetoração foram negativas. A toracocentese evidenciou exsudado e adenosina deaminase elevada, sem bacilos ácido álcool resistentes. A tomografia axial computorizada de tórax confirmou uma massa apical de contornos irregulares e caudas pleurais no LSD e nodulação satélite, suspeita de neoplasia. Procedeu-se a broncofibroscopia, tendo sido as análises cultural e por polymerase chain reaction do aspirado brônquico e do lavado broncoalveolar negativas para Mt. Foi realizada BTT, cuja histopatologia não detetou células neoplásicas e revelou granulomas epitelióides não necrotizantes, descamação macrofágica e hiperplasia de pneumócitos tipo 2 com atipia nuclear - doença granulomatosa compatível com TB. O diagnóstico foi, posteriormente, confirmado com o isolamento de Mt em cultura de expetoração. O doente iniciou terapêutica antibacilar e foi referenciado ao Centro de Diagnóstico Pneumológico.
Discussão: O diagnóstico de TB constitui um desafio clínico. Por um lado, a TB surge com a mais variada miríade de sinais e sintomas; por outro, os exames culturais que confirmam o diagnóstico podem ser morosos. Perante elevada suspeita clínica e contexto epidemiológico, o diálogo multidisciplinar é essencial ao estabelecimento do diagnóstico.

Palavras-chave: *Tuberculose. Neoplasia. Biópsia pulmonar.* Mycobacterium tuberculosis.

P123. CHRONIC DIFFUSE ALVEOLAR HEMORRHAGE IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: A RARE CASE REPORT

L. Balanco, R. Reigota, R. Rodrigues, JR. Gonçalves, T.M. Alfaro

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introduction: Diffuse alveolar hemorrhage (DAH) is a rare life-threatening complication of systemic lupus erythematosus (SLE). It usually develops over hours to a few days, although rarely it can be a chronic manifestation. Common features of DAH include dyspnea, blood-stained sputum, anemia and diffuse infiltrates on chest imaging. We describe a patient with history of SLE who developed chronic DAH.
Case report: A 64-year-old man with SLE for 2 years chronically treated with hydroxychloroquine, presented with worsening dyspnea and asthenia for a week. He had no cough or hemoptysis. On examination he had fever, pallor, polypnea and hypoxemia. Chest examination revealed bilateral wheezing. Blood gas detected type 1 acute respiratory failure and chest X-ray showed diffuse bilateral cotton-like infiltrates. He tested negative for COVID-19. Laboratory data on admission included hemoglobin of 8.3 g/dL, hematocrit 27.5%, mild thrombocytopenia and leukocytosis; lactate dehydrogenase was elevated at 449 unit/L and creatinine was 1.70 mg/dL. He reported receiving a blood transfusion 5 weeks before. A chest computed tomography (CT) done 4 weeks previously showed bilateral ground glass shadows and infiltrate. The patient was admitted to the ward. During the next couple days, his hemoglobin dropped to 6.8 g/dL and he was transfused two units of packed red blood cells (RBCs). Bronchoscopy detected increasing blood on three sequential lavage aliquots. The diagnosis of DAH was established. He was treated with high dose corticosteroid pulse therapy (HDCPT) and cyclophosphamide and received two additional units of RBCs. His symptoms fully resolved and he was discharged on prednisolone 40 mg per day. After discharge, he completed 2 more courses of cyclophosphamide, but CT at 3 months revealed persistent DAH. Four months after discharge, he was readmitted to the hospital due to DAH related respiratory failure and was treated with HDCPT and intravenous immunoglobulin. A decision to start rituximab has been made.
Discussion: We report a rare case of DAH in a patient with SLE that progressed chronically with exacerbations. Prompt diagnosis of this condition with bronchoscopy and vigorous follow-up is essential to assure a better prognosis.

Keywords: *Diffuse alveolar hemorrhage. Systemic lupus erythematosus. Bronchoscopy.*

P124. DRENAGEM AMBULATÓRIA NO PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO SECUNDÁRIO

F. Jesus, F.P. Silva, G. Samouco, L. Vaz Rodrigues, A. Tavares, L. Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: O pneumotórax espontâneo secundário (PES) pode ser um desafio no que toca à sua abordagem, sobretudo nos doentes com doença pulmonar avançada e com insuficiência respiratória. Muitos destes doentes não são candidatos a abordagem cirúrgica, o que pode condicionar internamentos longos com drenagem torácica.
Caso clínico: Homem de 86 anos, autónomo e com vida ativa, antecedentes de neoplasias do cólon e gástrica, e lesão hepática sugestiva de metastização, com seguimento em Oncologia Médica. Numa consulta de seguimento apresentou queixas de toracalgia mecânica e dispneia de esforço de agravamento progressivo, com cerca de 3 semanas de evolução. Realizou TC tórax que mostrou PES à direita, com extensas áreas de enfisema panlobular de predomínio paraseptal, tendo sido solicitado apoio a Pneumologia. Foi subme-

tido a drenagem torácica, inicialmente passiva, mas dada a manutenção da câmara de pneumotórax foi escalada para ativa, com pressões crescentes mediante a tolerância do doente, mas sem resolução do pneumotórax. A TC tórax mostrava localização correta do dreno mas manutenção do pneumotórax, praticamente sem áreas de contacto entre o pulmão e a pleura ao 11º dia de internamento. Discutida a possibilidade de referenciação para Cirurgia Torácica, mas dada a escassa reserva funcional do doente, foi entendido que este não apresentava condições suficientes para abordagem cirúrgica. Perante o contexto descrito num doente que manifestava vontade em ter alta, na tentativa de uma resolução alternativa do quadro clínico que permitisse ao doente retomar a deambulação e usufruir de qualidade de vida, propôs-se ao doente a colocação de um dispositivo de drenagem ambulatória de pneumotórax (Pleural Vent®), que este aceitou. Colocado o dispositivo ao doente, sem intercorrências. Colocado dispositivo ao doente, sem intercorrências. Realizou TC tórax ao 5º dia após a colocação que mostrou apenas pequeno pneumotórax apical direito. Retirado dispositivo ao 7º dia após colocação, com RX tórax sem recidiva de pneumotórax.
Discussão: Os dispositivos de drenagem ambulatória de pneumotórax têm mais evidência no tratamento de pneumotórax espontâneo primário, mas devem ser considerados em determinados doentes com PES, uma vez que estes beneficiam de soluções que lhes permitam manter uma vida com mais qualidade.

Palavras-chave: *Pneumotórax espontâneo secundário. Drenagem torácica. Pleural Vent.*

P125. AVALIAÇÃO DO IMPACTO FUNCIONAL E IMAGIOLÓGICO DA INFEÇÃO SARS-COV2 NA CONSULTA PÓS-COVID

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

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: A infeção por SARS-CoV-2 pode levar a manifestações respiratórias e a necessidade de oxigenoterapia ou ventilação (não invasiva ou invasiva). Muitos doentes referem manutenção de sintomas respiratórios após a cura, sendo escassa a informação acerca das consequências a longo prazo desta doença.
Objetivos: Caracterizar a população seguida na Consulta Pós-COVID de um hospital distrital, descrevendo alterações clínicas, funcionais e imagiológicas destes doentes.
Métodos: A amostra inclui os doentes referenciados à consulta entre março a junho de 2021. Informação colhida pela consulta do processo clínico e analisada através do SPSS® (variáveis: sociodemográficas, antecedentes, gravidade da doença e terapêutica realizada, alterações clínicas, funcionais e imagiológicas na consulta).
Resultados: 103 doentes, 57,3% homens e 42,7% mulheres, com idade média 67,0 anos (± 15,9). 61,2% tinha HTA, 41,7% dislipidemia, 22,3% DM tipo 2, 5,8% Asma, 3,9% SAOS e 2,9% DPOC. 37% tinham exposição prévia ou atual a tabaco. 90,3% estiveram internados, com internamento médio de 15,6 dias (± 13,9). Tiveram doença grave 79,6% dos doentes, moderada 10,7% e ligeira 9,7%. 72,5% necessitaram de oxigenoterapia, 12,1% de VNI e 15,4% de VMI. 71,8% realizaram dexametasona. A consulta foi realizada em média 96,5 dias após a alta. Como queixas mais frequentes referiam agravamento da dispneia de esforço (51,5%), queixas musculares/articulares (45,6%) e tosse (17,5%). O estudo funcional respiratório foi normal em 73,8% doentes e mostrou síndrome ventilatório obstrutivo em 3,9%%, restritivo em 9,7% e misto em 1,0%. 20,4% apresentou diminuição da DLCO. O estudo imagiológico foi normal em 50,5% doentes e mostrou alterações em 42,7% (16,5% com alterações fibróticas e 15,5% com vidro despolido). Verificou-se uma associação entre a necessidade de suporte ventilatório e a presença de fibrose pulmonar (p = 0,002).
Conclusões: Aprox. 3 meses após a cura muitos doentes mantêm queixas relacionadas com a COVID, nomeadamente dispneia de esforço. Esta poderá estar relacionada com a diminuição da DLCO, identificada num número significativo de doentes. Quase metade dos doentes apresentou algum tipo de alteração imagiológica na reavaliação, tendo sido identificada uma associação entre as alterações fibróticas e a necessidade de ventilação durante o internamento.

Palavras-chave: *SARS-CoV-2. Pós-COVID. Ventilação. Fibrose pulmonar.*

P126. ATYPICAL HAEMOPTYSIS: A CASE REPORT

J. Oliveira Pereira, C. Cortesão, T.M. Alfaro

Pulmonology Department, Coimbra Hospital and University Centre.

Introduction: Haemoptyses are concerning for both physicians and patients, despite recent advances in diagnosis and treatment. The etiological study can be complex as the underlying cause may involve the airways, parenchyma or pulmonary vasculature.
Case report: A 62 year-old non-smoking female sought emergency care for cough, self-limited haemoptysis, purulent sputum, fever and night sweats. She reported additional episodes of haemoptysis in the previous months. She had a biopsy diagnosis of follicular bronchiolitis 13 years before upon admission for cough and haemoptysis, with negative cultures, but was later lost to follow-up. Previous history also included hypertension, acute appendicitis, and endometrial carcinoma in remission. A CT pulmonary angiogram showed acute subsegmental pulmonary embolism, bronchiectasis on the middle lobe and lingula, scattered densification, tree-in-bud pattern, and poorly defined centrilobular nodules on the upper lobes. Hospital admission was complicated by hospital -acquired pneumonia with *Acinetobacter baumannii*, for which targeted antibiotic therapy was started. A PET-CT performed during the exacerbation was suspicious for malignancy due to pulmonary nodular lesions plus pleural effusion and thickening with 18F-FDG uptake. A transthoracic biopsy revealed inflammatory infiltrate of the lamina propria and poorly defined granulomas. A bronchoscopy with bronchial aspirate was later positive for mycobacterium avium complex. The patient was initiated on clarithromycin, rifampicin and ethambutol and showed good response, with clinical resolution and remission of the nodular lesions. Worsening middle lobe and lingula bronchiectasis associated with atelectasis and significant volume loss were documented on two-year follow-up CT and the patient retains sporadic episodes of haemoptysis.
Discussion: In recent years, an increase on the rates of nontuberculous mycobacterial (NTM) lung disease and related complications have been reported. This unusual case of Lady Windermere syndrome illustrates the need to exclude this infection in patients with haemoptysis, even when initial evaluation suggests other causes.

Keywords: *Haemoptysis. Bronchiolitis. Bronchiectasis. Nontuberculous mycobacteria.*

P127. DOENÇA DE CASTLEMAN: CAUSA ATÍPICA DE PNEUMECTOMIA

M. Conceição, M. Argel, R. Ferro, S. Guerra, T. Abrantes, J. Freitas, S. Campelos, AS. Torres

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A Doença de Castleman (DC) é uma doença linfoproliferativa, podendo classificar-se clinicamente como unicêntrica ou multicêntrica, e histologicamente como variante hialino-vascular ou variante de células plasmáticas. A DC unicêntrica apresenta-se

frequentemente como uma massa mediastínica incidental, contudo o envolvimento pulmonar hilar é raro.
Caso clínico: Homem de 24 anos, fumador (4 UMA), admitido por fratura traumática do úmero direito. A radiografia de tórax pré-operatória revelou uma lesão peri-hilar esquerda. Sem sintomas respiratórios ou constitucionais; exame físico normal. Estudo analítico sem alterações, incluindo enolase específica de neurónio (NSE) e cromogranina. A TC tórax evidenciava uma massa pulmonar peri-hilar esquerda (45 × 40 mm), arredondada e de limites definidos, com discreta captação de contraste. Tomografia por emissão de positrões (PET-CT) com aumento da captação de fluorodesoxiglicose -F18 (SUVmáx: 5,4) na lesão hilar esquerda. 68Ga-DOTA-NOC PET-CT também mostrou uma captação anormal no hilo pulmonar esquerdo, sugerindo tumor neuroendócrino. Realizou punção aspirativa transbrônquica guiada por ecoendoscopia brônquica (EBUS-TBNA) com punção da massa esquerda; as amostras de TBNA foram negativas para malignidade. A função pulmonar era normal. O doente foi então referenciado para avaliação por Cirurgia Torácica. Dada a localização da massa e para garantir uma resseção completa, o doente foi submetido a pneumectomia esquerda. O exame anatomopatológico revelou centros germinativos pequenos e regredidos, com proeminência de células dendríticas foliculares, circundadas por zonas do manto, contendo pequenos linfócitos dispostos concentricamente. As características microscópicas e imuno-histoquímicas foram compatíveis com Doença de Castleman–variante hialino-vascular. O doente não recebeu terapêutica adicional, mantendo estabilidade sob vigilância regular.
Discussão: O diagnóstico pré-operatório da DC pode ser desafiador, uma vez que os achados clínicos e radiológicos são inespecíficos. Por outro lado, o tratamento preferencial da DC unicêntrica é a resseção cirúrgica completa. Assim, ainda que a DC unicêntrica com apresentação hilar seja uma condição rara e benigna, a resseção anatómica e até uma pneumectomia podem ser necessárias, com intuito diagnóstico e terapêutico.

Palavras-chave: *Doença de Castleman. Unicêntrica. Massa pulmonar hilar. Pneumectomia.*

P128. NOCARDIOSE PULMONAR – UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

M. Conceição, P. Fernandes, M. Argel, R. Ferro, S. Guerra, A. Reis, A.S. Torres

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A nocardiose é uma infeção bacteriana incomum causada por Nocardia spp. O pulmão é o órgão preferencial desta infeção, cursando com sintomatologia inespecífica.
Caso clínico: Homem de 76 anos, com antecedentes de surdez congénita, etilismo ativo e ex-fumador (25 UMA). História ocupacional de exposição a pó de corte de pedra. Internamento por pneumonia COVID19 com critérios de doença grave, tendo cumprido 7 dias de dexametasona 6 mg/dia; à alta com indicação para OLD. Após 1 mês, re-admitido por dor pleurítica direita, dispneia e tosse produtiva; radiografia de tórax revelando cavitação no hemitórax superior direito. Realizou TC tórax evidenciando lesão cavitada (6 × 7 × 10 cm), ocupando o segmento posterior do lobo superior direito; consolidações nos lobos esquerdos; padrão em favo de mel e calcificações pleurais direitas. O doente colheu expetoração para exame microbiológico e iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e clindamicina, apresentando evolução favorável pelo que teve alta. Após 2 meses, recorre novamente à urgência por manutenção das queixas. Ao exame objetivo: emagrecido, crepitações bi-basais à auscultação pulmonar e agravamento da insuficiência respiratória. Analiticamente, elevação dos marcadores inflamatórios (leuc 12 × 10^9/L, PCR 16 mg/dL, PCT 0,20 ng/mL); radiologicamente com estabilidade dos achados descritos. Constatado isolamento de Nocardia nova complex na cultura de expetoração colhida no internamento prévio. Realizou videobroncofibroscopia sem lesões endobrônquicas; sem isolamento bacteriano, DNA de *Mycobacterium tuberculosis*, exame direto e cultural de BK negativos. VIH negativo. Assumida Nocardiose pulmonar, tendo cumprido cotrimoxazole ev (15 mg/kg de trimetoprim) durante 20 dias, com evolução clínica favorável, posteriormente descalada para oral. Apresentou períodos de agitação psicomotora, TC encefálico excluiu nocardiose do SNC. Em D27 de cotrimoxazole, desenvolveu infeção urinária nosocomial com sépsis, acabando por falecer.
Discussão: A infeção por *Nocardia* ocorre tipicamente nos imunocomprometidos, particularmente doentes com VIH, neoplasias, transplantados e submetidos a corticoterapia. A doença pulmonar crónica subjacente, o etilismo, a imunossupressão provocada pelo COVID-19 são igualmente fatores de risco que predispõem ou agravam a severidade da Nocardiose pulmonar.

Palavras-chave: *Nocardiose. Cavitação. Etilismo. Doença pulmonar crónica.*

P129. DOR TORÁCICA: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

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

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: Os teratomas são tumores raros, tipicamente de crescimento lento, com baixo potencial de transformação maligna. São na sua maioria assintomáticos ou apresentam-se com sintomas inespecíficos, sendo frequentemente detetados incidentalmente através de exames de imagem.
Caso clínico: Homem, 71 anos, ex-fumador (20 UMA), sem outros antecedentes pessoais de relevo, admitido no serviço de urgência por toracalgia esquerda. Realizou uma radiografia do tórax, na qual era visível uma hipotransparência a nível do seio costo-frénico esquerdo. Para melhor esclarecimento desta alteração, foi realizada uma tomografia computorizada (TC) de tórax que identificou um nódulo na língula (20 × 15 × 20 mm), de contornos irregulares, com discreto realce periférico após administração de contraste. Foi ainda solicitada uma tomografia por emissão de positrões (PET-CT), que mostrou uma densificação da lesão lingular referida, com ligeira captação de fluorodesoxiglicose (FDG). Não se podendo excluir etiologia neoplásica, optou-se pela remoção cirúrgica da mesma. Intra-operatoriamente verificou-se uma forte aderência do segmento lingular inferior à gordura mediastínica para-cardíaca esquerda, formando uma área de densificação de aspeto nodular, cujo resultado histológico revelou tratar-se de um teratoma maduro. O doente evoluiu de forma favorável, apresentando-se atualmente assintomático e sem sinais de recidiva da lesão na TC de controlo.
Discussão: O diagnóstico de teratomas intratorácicos pode configurar-se como um desafio para os clínicos, face à sua raridade e aos sintomas inespecíficos. Podem ser inicialmente interpretados como lesões malignas, sendo o diagnóstico definitivo obtido, na maioria das vezes, após resseção cirúrgica da lesão, através do estudo histológico da peça cirúrgica. A resseção cirúrgica completa é o tratamento de eleição, de forma a evitar potenciais complicações ou eventual transformação maligna.

Palavras-chave: *Dor torácica. Teratoma maduro.*

P130. PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA NUM ADULTO HIV POSITIVO COM BAIXA CARGA VIRAL

C. Cortesão, MI. Matias, P.S. Santos, S. Freitas

CHUC.

Introdução: A pneumonia intersticial linfocítica é uma patologia intersticial pulmonar rara, geralmente secundária a doenças autoimunes e sistémicas.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 59 anos de idade, HIV positivo com baixa carga viral (< 50 cópias/mL) sob TARV, com antecedentes de hábitos tabágicos (62 UMA) e alcoólicos, cessados há 1 ano. Foi enviado a consulta de Pneumologia por dispneia para pequenos esforços, tosse, astenia e anorexia há mais de 3 meses, sem perda de peso, associados a imagens em vidro despolido em TC torácica realizada no exterior. Ao exame objetivo sobressaíam fervores na base pulmonar direita. Não apresentava alterações endoscópicas em BFO ou isolamentos microbiológicos. Foi repetida TC torácica, observando-se múltiplas pequenas imagens quísticas sobrepostas às áreas de vidro despolido previamente observadas, principalmente nos lobos superiores e com localização central, para além de enfisema centrilobular e para-septal e espessamento de paredes brônquicas. Repetiu também BFO com LBA, que apresentava linfocitose relativa, com relação CD4/CD8 0,9. As biópsias brônquicas tiveram resultado indeterminado. Após discussão em reunião multidisciplinar de doenças intersticiais pulmonares, foi assumido o diagnóstico de Pneumonia Intersticial Linfocítica, pelo que iniciou corticoterapia. Após 6 meses desta mantém queixas de dispneia e cansaço para pequenos esforços e tosse frequente, pelo que foi considerada terapêutica com imunossupressores, que ainda não iniciou.
Discussão: A associação de pneumonia intersticial linfocítica com HIV/SIDA verifica-se comumente em crianças, sendo raramente observada em adultos, especialmente com cargas virais baixas. A terapêutica mais utilizada nesta patologia é a corticoterapia, devendo o clínico ter presente que a sua história natural é ainda mal compreendida e que alguns doentes evoluem para fibrose pulmonar progressiva apesar desta.

Palavras-chave: *Pneumonia intersticial linfocítica. Doença intersticial pulmonar. HIV.*

P131. UM CASO DE PERSISTÊNCIA DE ASPERGILOSE PULMONAR NECROTIZANTE APESAR DE TERAPÊUTICA ANTIFÚNGICA

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

CHUC.

Introdução: A aspergilose pulmonar necrotizante, ou aspergilose invasiva subaguda, é uma infeção pulmonar invasiva geralmente observada em doentes moderadamente imunocomprometidos.
Caso clínico: Senhora de 69 anos, agricultora, não fumadora, referenciada à urgência por quadro de astenia arrastada e hemoptises de volume moderado com dois dias de evolução, sem melhoria após antibioterapia. Apresentava elevação de parâmetros inflamatórios e hiponatremia. A radiografia do tórax revelava uma opacidade para-hilar direita nodular de contornos irregulares. Foi internada para estudo, continuando terapêutica com amoxicilina-ácido clavulânico, alterada para levofloxacina devido à ausência de melhoria clínica. Neste contexto realizou TC torácica que mostrou imagens nodulares cavitadas no LID e bronquiectasias preenchidas por possíveis micetomas, culturas de expectoração onde foram isolados Serratia marcescens e Aspergillus fumigatus, bem como duas BFO, sendo isolado A.fumigatus no aspirado broncoalveolar. Considerando o diagnóstico de aspergilose pulmonar necrotizante, foi iniciado voriconazol, substituído por itraconazol por efeitos adversos. Teve alta após 21 dias e melhoria clínica. Após a alta foi disponibilizado resultado positivo de IgG para *A. fumigatus* e realizou BTT de nódulo pulmonar cavitado, onde se observaram colónias de fungos filamentosos e infiltrado linfoplasmocitário com muitos eosinófilos com extensão para o parênquima pulmonar adjacente. Manteve terapêutica durante um ano e seguimento em consulta de Pneumologia, persistindo alterações radiológicas. Foi submetida a lobectomia inferior do pulmão direito, complicada por pneumotórax, não se observando alterações radiológicas relevantes em reavaliação tomográfica após oito meses.
Discussão: Salientamos um caso desafiante de aspergilose pulmonar necrotizante, na ausência de fatores de risco, com confirmação histológica e resolução após lobectomia. Está preconizado o tratamento com antifúngico, por tempo indeterminado, podendo alguns doentes realizar esta terapêutica ad eternum. A resseção cirúrgica é reservada, entre outros, para doentes com doença residual e localizada, apesar de terapêutica antifúngica adequada.

Palavras-chave: *Aspergilose pulmonar necrotizante. Aspergilose invasiva subaguda.* Aspergillus fumigatus. *Lobectomia.*

P132. HIPERCAPNIA EM DOENTES SOB VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

C. Giesta, A. Norte, T. Câmara, M. d'Almeida

Centro Hospitalar Médio Tejo.

Introdução: No decurso da doença pulmonar obstrutiva crónica é previsível que se desenvolva hipercapnia. Otimização terapêutica, cessação tabágica e reabilitação respiratória podem não ser suficientes e é instituída ventilação não invasiva (VNI). Apresentamos dois casos clínicos de utilização de VNI por patologia obstrutiva das vias aéreas, contudo sem correção da hipercapnia.
Casos clínicos: A.R. homem de 64 anos e fumador ativo com carga tabágica de 20 unidades maço-ano (UMA). Antecedente de sobreposição asma/DPOC. Apresentava cansaço para esforços e tosse produtiva. A gasometria arterial em ar ambiente evidenciou insuficiência respiratória global (pH 7,42, pO2 54 mmHg, pCO2 50 mmHg e HCO3- 32,4 mEq/L). Após a otimização da terapêutica médica, o doente mantinha insuficiência respiratória global pelo que iniciou VNI. Apesar de se encontrar bem-adaptado mantinha hipercapnia, índice de apneia-hipopneia total de 12-60/h e dessaturação noturna. Pouco tempo após, surgiu uma tumefação cervical direita a que se associaram queixas de disfagia, disfonia, odinofagia e expectoração hemoptóica, tendo realizado tomografia computorizada do pescoço que mostrou desvio esquerdo da laringe e faringe por volumosa massa direita provavelmente em relação com o tumor da amígdala com cerca de 6,2 cm de maior diâmetro. M.P., homem de 51 anos e fumador ativo com carga tabágica de 60 UMA. Antecedentes de síndrome de apneia obstrutiva do sono sob auto-CPAP, bronquite crónica e obesidade. Internamento no Serviço de Pneumologia por pneumonia a *Streptococcus pneumoniae*, insuficiência respiratória global e acidémia respiratória, tendo iniciado VNI neste contexto. Houve resolução da acidémia respiratória, contudo mantinha insuficiência respiratória global (pH 7,42, pO2 59 mmHg, pCO2 58 mmHg, HCO3- 37,6 mEq/L e saturação O2 de 91%). Apurou-se que o doente apresentava rouquidão de novo e perda ponderal, e aquando da alta foi referenciado à Consulta Externa de Otorrinolaringologia. Foi-lhe, então, diagnosticado tumor laringo-faríngeo e realizou laringectomia total, faringectomia parcial, hemitiroidectomia direita e pelviglossectomia total.
Discussão: Os autores apresentam este caso para salientar a obstrução da via aérea alta como contributo para a manutenção da hipercapnia em doentes com insuficiência respiratória global.

Palavras-chave: *Ventilação não invasiva. Insuficiência respiratória global. Tumor laríngeo.*

P133. SÍNDROME DE LOFGREN – QUANDO A CLÍNICA FAZ O DIAGNÓSTICO

M.M. Carvalho, M. Conde, R. Rodrigues, R. Noya, A. Vale, B. Conde, A. Fernandes

CHTMAD.

Introdução: Síndrome de Lofgren é um fenótipo clinicamente distinto de Sarcoidose, mais comum em jovens e no sexo feminino.

Caracteriza-se por eritema nodoso, adenopatias hilares, poliartralgia migratória e febre.
Caso clínico: Sexo feminino, 27 anos. Sem antecedentes de relevo. Não fumadora. Recorreu ao SU por nódulos, artralgias e rigidez matinal dos membros inferiores desde há 1 mês. Medicada previamente com deflazacorte, acemetacina e amoxicilina/clavulanato, com recorrência dos sintomas após suspensão da terapêutica, pelo que mantinha anti-inflamatório. Ao exame físico apresentava-se subfebril, com exantema macular disperso (poupava palmas e plantas e não desaparecia com digitopressão) e nódulos duros na região tibial bilateralmente, dolorosos à palpação. Realizou radiografia do tórax que evidenciava nódulos pulmonares dispersos bilateralmente e adenomegalias hilares. Na TC do tórax eram evidentes «áreas de consolidação com densidade de tecidos moles, vidro despolido na periferia e espessamento dos septos interlobulares, correspondendo ao sinal do 'halo' com distribuição broncocêntrica. Várias adenomegalias mediastínicas e hilares». Assumido possível Síndrome de Lofgren e a doente foi internada na Pneumologia, com suspensão do anti-inflamatório. Durante internamento, realizou estudo auto-imune e serologias víricas (sem alterações) e biópsia de um nódulo do membro inferior (histologia compatível com eritema nodoso agudo). Por manutenção dos infiltrados pulmonares e agravamento das artralgias e do eritema nodoso, teve alta medicava com AINE e corticoide oral. Na consulta, 2 meses após alta, encontrava-se assintomática e na radiografia do tórax de reavaliação verificava-se resolução dos infiltrados pelo que iniciou desmame de corticoide oral e suspendeu AINE. TCAR do tórax de reavaliação após desmame de corticoide evidenciava finas estrias fibróticas nos ápices pulmonares e gânglios mediastínicos de baixo eixo-curto residuais.
Discussão: O eritema nodoso pode associar-se a inúmeras patologias o que torna o seu diagnóstico diferencial um desafio. A Síndrome de Lofgren está presente em apenas 5-10% dos doentes com sarcoidose, sendo que a sua presença tem 95% de especificidade para o diagnóstico e está frequentemente associada a um prognóstico favorável.

Palavras-chave: *Síndrome de Lofgren. Sarcoidose. Eritema nodoso.*

P134. TIMOMA - QUANDO A MIASTENIA GRAVIS LIMITA O TRATAMENTO

M.M. Carvalho, C. Parra, R. Rodrigues, L. Nascimento, B. Conde, A. Fernandes

CHTMAD.

Introdução: Timomas representam 20% das neoplasias mediastínicas e associam-se frequentemente a síndromes paraneoplásicas, sendo miastenia gravis a mais comum. Doentes com miastenia gravis geralmente apresentam doença em fase mais precoce porque os sintomas neuromusculares despoletam a investigação diagnóstica.
Caso clínico: Sexo feminino, 76 anos. Não fumadora. Antecedentes de adenocarcinoma do cólon, submetida a colectomia e QT adjuvante em 2014. Em Janeiro de 2020 identificado em TC TAP de reavaliação aumento dimensional de imagem nodular do mediastino anterior, 42 × 30 mm, heterogénea e de contornos irregulares. Realizada biópsia transtorácica cuja análise anatomopatológica identificou timoma tipo B3. Um mês depois, recorre ao SU por ptose palpebral bilateral com 4 dias de evolução enquadrado em quadro de miastenia gravis, tendo sido internada. Investigação incluiu: anticorpos anti-ACH positivos (2,89); RMN torácica que mostrou formação ovóide no mediastino anterior compatível com diagnostico de lesão do tipo timoma, a contactar face anterior da aorta ascendente e da VCS mas sem invasão direta; provas funcionais respiratórias com alteração ventilatória obstrutiva moderada (FEV1 63%), grave diminuição do FVC em decúbito dorsal (-23%) e diminuição do PIM (20 cmH2O), traduzindo grave disfunção diafragmática; PEM dentro da normalidade. Alta medicada com prednisolona e piridostigmina. Três semanas após a alta foi reavaliada em consulta de Pneumologia, verificando-se agravamento do estado geral (PS ECOG3) pelo que se decidiu otimização terapêutica (prednisolona 20 mg e piridostigmina 60 mg 6/6h) com vista a tratamento cirúrgico. Apesar de optimização do estado geral (PS ECOG2) e avaliação funcional (baixo risco de complicações pulmonares pós-cirúrgicas - critérios de Torrington e Henderson), face ao risco de crise miasténica no pós-operatório, foi recusada para timectomia e proposta para RT (60 Gy/30 Fr) que cumpriu em 12/2020. Reavaliação imagiológica com redução das dimensões encontrando-se sob vigilância desde então.
Discussão: Este caso realça a importância da avaliação multidisciplinar dos doentes, sendo imprescindível uma avaliação pré-operatória cuidada dos doentes com miastenia gravis pelo risco cirúrgico aumentado. A terapêutica sistémica é uma alternativa nos doentes com contraindicação para cirurgia.

Palavras-chave: *Timoma. Miastenia gravis. Crise miasténica.*

P135. A IMPORTÂNCIA DA MULTIDISCIPLINARIEDADE NA ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

G.M. Portugal, I. Pedro, D. Baptista, AI. Coutinho, L. Carvalho

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma entidade associada a elevada morbimortalidade, podendo ocorrer em doentes sem fatores de risco previamente identificados. O seu tratamento não deve ser apenas dedicado ao TEP, mas também direcionado à sua etiologia, tornando-se imperativa uma pesquisa sistemática e exclusão de fatores de risco conhecidos.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 63 anos, fumador 80 UMA, com história de hipertensão arterial essencial, dislipidémia e hérnias discais cervicais e lombares sob tratamento conservador. Recorreu ao serviço de urgência por queixas de toracalgia de características pleuríticas com duas semanas de evolução, de agravamento progressivo e dispneia de esforço. Da avaliação inicial, destaca-se a elevação dos D-dímeros 0,93 ug/dL. Realizou Angio-TC de Tórax que mostrou TEP central bilateral. Foi internado no Serviço de Pneumologia com diagnóstico de TEP com um score de PESI 93 - classe III, sem instabilidade hemodinâmica. Em internamento, realizou meios complementares de diagnóstico para esclarecimento do quadro clínico de onde se destacam: TC coluna dorsal com colapso dos corpos vertebrais de D7 e D8. Do estudo de trombofilias destaca-se diminuição da proteína S e da antitrombina III. Apresentava, também, anemia normocítica, hipercalcémia e lesão renal aguda, analiticamente. Durante o internamento, por agravamento de dorsalgia e lombalgia, bem como fraturas patológicas em D7 e D8, foi colocada a hipótese diagnóstica de mieloma múltiplo (MM). Da avaliação complementar, verificou-se a presença de pico monoclonal em eletroforese das proteínas séricas e na imunofixação sérica apurou-se a presença de componente monoclonal IgA Lambda. Realizou-se, ainda, mielograma que mostrou infiltração por plasmocitos e proplasmocitos com dismorfias (70% celularidade total), sendo compatível com MM. O doente foi transferido para o Serviço de Hematologia para início de terapêutica dirigida.
Discussão: O TEP, pela sua diversidade de contextos clínicos, carece de uma investigação cuidada por parte do pneumologista, onde a pluridisciplinariedade é frequentemente um fator imperativo na melhor abordagem, seguimento e terapêutica dirigida à sua etiologia.

Palavras-chave: *Tromboembolismo pulmonar. Síndrome paraneoplásica. Mieloma múltiplo.*

P136. PNEUMONIA EOSINOFÍLICA SECUNDÁRIA À INALAÇÃO DE HEROÍNA

G.M. Portugal, I. Pedro, D. Baptista, F. Reis, L. Carvalho

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: As doenças pulmonares eosinofílicas são um grupo heterogéneo de patologias que se caracterizam por uma proeminente infiltração do parênquima pulmonar e dos espaços alveolares por eosinófilos. A sua apresentação pode ser aguda ou crónica e pauta-se por eosinofilia (> 10%) no lavado broncoalveolar ou em biópsia pulmonar.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 56 anos, fumador 40 UMA, com história de DPOC e hábitos toxifílicos (cocaína no passado e no mês anterior inalação diária de heroína). Recorreu ao serviço de urgência por queixas de febre, tosse, toracalgia de características pleuríticas e dispneia de agravamento progressivo com uma semana de evolução. Apresentava-se febril, sudorético e polipneico (SO2 em AA de 92%), com fervores crepitantes difusos à auscultação pulmonar e edemas dos membros inferiores. Da avaliação inicial, destaca-se elevação dos parâmetros inflamatórios com neutrofilia e eosinofilia absoluta, insuficiência respiratória parcial e densificação difusa em vidro despolido em TC tórax. Esta alteração imagiológica foi interpretada em contexto de resolução de COVID-19 ligeira diagnosticada 4 meses antes. Foi, inicialmente, assumida infeção respiratória e medicado com antibioterapia empírica. Durante o internamento, não foram isolados agentes microbiológicos. Verificou-se manutenção de febre e agravamento da hipoxémia após curso de antibioterapia, pelo que realizou broncofibroscopia que identificou 34% de eosinófilos no lavado broncoalveolar. Assumiu-se a hipótese de pneumonia eosinofílica secundária à inalação de heroína e foi iniciada corticoterapia sistémica em alta dose. Observou-se rápida melhoria clínica e da hipoxémia, tendo alta com desmame de corticoterapia. Aguarda reavaliação imagiológica em ambulatório. Foi referenciado para programa de reabilitação de toxifilia e informado dos riscos inerentes à inalação de drogas.
Discussão: A toxicidade pulmonar induzida por fármacos e por drogas é a causa secundária mais frequente no mundo ocidental de pneumonia eosinofílica, devendo-se colher sempre uma história clínica rigorosa que incida na caracterização da história farmacológica e hábitos toxicofílicos. O diagnóstico prende-se pela confirmação de eosinofilia pulmonar e sustenta-se na rápida resolução do quadro após corticoterapia sistémica e suspensão do fármaco/droga.

Palavras-chave: *Pneumonia eosinofílica. Toxifilia. Heroína. Diagnóstico diferencial.*

P137. QUANDO O "CONTROLO EVOLUTIVO" VAI MAIS ALÉM QUE O DIAGNÓSTICO

A.M. Mestre, J.S. Carvalho, A.S. Garcia, C.I. Guimarães, S.B. Carreira, M.C. Gomes

Hospital Egas Moniz - CHLO.

Introdução: A Tuberculose é responsável por cerca de 1,8 milhões de mortes/ano, sendo a principal causa de morte por doença infeciosa a nível mundial. A propriedade de se manter num estado não-replicativo permite-lhe permanecer latente durante vários anos. O cancro, à semelhança de outras situações clínicas associadas a imunossupressão, propicia a progressão de infeção latente para doença ativa. Uma metanálise mostrou um risco 9 vezes superior de desenvolver tuberculose nos doentes com neoplasia hematológica, cancro da cabeça e pescoço ou do pulmão.
Caso clínico: Mulher, 68 anos, não-fumadora com história de infeções respiratórias de repetição. Desenvolveu quadro de hipoacusia, tumefação cervical esquerda anterior e dor intensa na ATM ipsilateral, seios maxilares e coluna cervical. Foi avaliada por ORL, destacando-se da investigação: audiograma com surdez neurossensorial; TC-ouvidos com preenchimento das mastoides; TC-pescoço com tumefação cervical e adenopatias; CAAF de adenopatia cervical mostrou granulomas necrotizantes com BAAR positiva; Exame micobacteriológico da expetoração negativo; TC-tórax e da coluna cervical sem alterações; VIH negativo. Encaminhada ao CDP para tratamento de tuberculose ganglionar extratorácica com HRZE. Após 2 meses de tratamento apresentava em TC-Cervical agravamento franco, com lesão cervical esquerda, infiltrativa, com extensão crânio-caudal, obstrução dos recessos tubários, obliteração tímpano-mastoideia de predomínio esquerdo e discreta erosão óssea da parede do teto da nasofaríngе, associada a múltiplas adenopatias, pelo que se prosseguiu investigação. Estabelecido o diagnóstico de Carcinoma da nasofaringe não queratinizante, indiferenciado, EBER positivo, T3N1M0, iniciou quimiorradioterapia com boa resposta. Completou 6 meses de terapêutica antibacilar (2M HRZE + 4M HRE).
Discussão: As formas extrapulmonares de tuberculose acrescem na dificuldade diagnóstica. O espetro alargado de manifestações, mimetizando múltiplas patologias, e a possibilidade de sobreposição com outras doenças, nomeadamente neoplasias, salientam a importância de um seguimento atento destes doentes. A tranquilidade de um diagnóstico, neste caso clínico o diagnóstico de tuberculose ganglionar, não deve inibir o clínico de prosseguir na investigação etiológica perante uma evolução desfavorável.

Palavras-chave: Mycobacterium tuberculosis. *Tuberculose e cancro.*

P138. QUANDO A EOSINOFILIA NÃO SE RESUME À ASMA

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

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A eosinofilia expressa-se como um aumento do número de eosinófilos em circulação, sendo um achado bastante frequente na população asmática.
Caso clínico: Mulher de 45 anos, leucodérmica, residente em Lisboa, sem história de viagens recentes, não fumadora, com antecedentes de rinite alérgica e asma brônquica (diagnóstico aos 30 anos de idade); medicada em ambulatório com LAMA + LABA + ICS, montelucast, aminofilina e pantoprazol. Por difícil controlo da sintomatologia respiratória, doente encontrava-se sob 10 a 20 mg/dia prednisolona nos últimos 3 anos. Desde o diagnóstico de rinite e asma que se documentou eosinofilia periférica, tendo sido a sua etiologia considerada secundária dado os diagnósticos de rinite e asma alérgicas. Em 2017, por toracalgia persistente de novo, recorreu ao SU do Hospital Doutor Manoel Constâncio tendo sido internada para estudo. No decorrer do internamento foi diagnosticada miopericardite e esofagite (com documentação endoscópica de infiltração eosinofílica). É referenciada a consulta de Pneumologia em 2020, por asma de difícil controlo. Dos exames complementares realizados, destaca-se a nível laboratorial (em doente sob 10 mg de prednisolona/dia) ausência de anemia, leucocitose com eosinofilia de 920×10^9/L, Ige Total 1.849 U/ml. Todo o estudo da auto-imunidade foi negativo. Após prova terapêutica com albendazol e suspensão da corticoterapia sistémica por 5 dias, foi repetido o hemograma que documentou $1,2 \times 10^9$/L eosinófilos, e elevação de Ige Total para 2.844 U/mL. Apesar da doente apresentar eosinofilia ligeira em provável contexto de asma e rinite alérgica, atendendo a infiltração multiorgânica (esófago e presumivelmente coração), a doente foi submetida a mielograma por punção ilíaca posterior, que documentou "eosinofilia acentuada em vários estadios maturativos. A maior parte dos eosinófilos têm vacúolos e são hipogranulares". Aguarda actualmente exames imuno-histoquímicos.
Discussão: A apresentação do caso clínico pretende descentralizar a interpretação de eosinofilias nas patologias pulmonares, chamando a atenção para a possibilidade de ocorrência de outras patologias

concomitantes que cursem igualmente com aumento do número de eosinófilos.

Palavras-chave: *Asma. Rinite eosinofílica. Síndrome hipereosinofílica.*

P139. DOENÇAS PULMONARES EOSINOFÍLICAS – UM VERDADEIRO DESAFIO DIAGNÓSTICO

D.N. Cora, A.C. Vieira, C. Cristovão

Hospital Egas Moniz-Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: As doenças pulmonares eosinofílicas podem apresentar-se como pneumonias eosinofílicas com apresentação aguda, crónica ou transitória (síndrome de Loeffler) e o atingimento pulmonar ocorre isoladamente ou enquadrado em doenças sistémicas. A etiologia da pneumonia eosinofílica, pode permanecer idiopática ou de causa secundária (fármacos, hábitos toxicofílicos ou infecção fúngica). O diagnóstico de pneumonia eosinofilica crónica, requer uma alta suspeição clínica e um diagnóstico diferencial criterioso.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 75 anos, reformado de trabalhador em armazém de texteis. Tinha história pessoal de hipertensão arterial, fibrilhação auricular, hipotiroidismo e hábitos tabágicos pregressos (13 UMA). Negava história de asma, rinite, atopia, viagens recentes e contacto com tuberculose. Enviado a consulta de Pneumologia por queixas de tosse e expectoração mucosa, dispneia de esforço (mMRC 2), perda ponderal de 10 kg com 10 meses de evolução. Negava febre, obstrução nasal, rinorreia anterior ou posterior, epistáxis, artralgias, mialgias, xerostomia, xeroftalmia, parestesias, alterações cutâneas e gastrointestinais. A TC de tórax mostrava áreas em vidro despolido dispersas por ambos os campos pulmonares. As análises mostravam eosinofilia periférica de 6.700/mm^3, sem aumento dos parâmetros inflamatórios. Foi efetuada broncofibroscopia flexível com LBA e bíopsias brônquicas. A citologia do LBA revelou 42% eosinófilos. As biópsias bronquicas apresentavam denso infiltrado eosinofilico da mucosa brônquica. Foram excluidas causas secundarias de doença pulmonar eosinofílica, nomeadamente causas infecciosas, inflamatórias e medicamentosas. Após inicio de corticoterapia, verificou-se remissão completa e célere da sintomatologia e dos infiltrados pulmonares tendo realizado terapêutica durante 6 meses. Atualmente mantém-se em remissão clinica, analítica e imagiológica.
Discussão: A pneumonia eosinofílica crónica apesar de ser uma doença intersticial rara é um diagnóstico a ser considerado sobretudo em áreas com baixa prevalência de infeções parasitárias. A exclusão de causas secundárias implica uma marcha diagnóstica extensa. Apesar da excelente resposta à corticoterapia sistémica, após suspensão da mesma, dada a elevada taxa de recidiva, uma vigilância apertada é fundamental.

Palavras-chave: *Pneumonia eosinofilica. Eosinofília periférica. Lavado broncoalveolar. Corticoterapia.*

P140. TRANSFORMAÇÃO HISTOLÓGICA COMO MECANISMO DE RESISTÊNCIA A TRATAMENTO COM INIBIDOR TIROSINA CINASE

R. Quita, S. Azevedo, A. Araújo, P. Fidalgo

CHUP.

Introdução: A transformação histológica é um dos mecanismos de resistência ao tratamento sistémico com inibidor de tirosina cinase (ITC) em doentes com carcinoma do pulmão não-pequenas células (CPNPC) com mutação sensibilizadora do EGFR (recetor do fator de crescimento epidérmico), ocorrendo em 5-10% dos casos.
Caso clínico: Homem de 70 anos, ex-fumador (50 UMA), múltiplas comorbilidades e ECOG 1. Diagnosticado em outubro de 2017 com adenocarcinoma do pulmão cT3N2M1b – estadio IVA - com metástase cerebral única, tratado radicalmente com radioquimioterapia radical e radiocirurgia cerebral. Progressão de doença (cerebral e extra-cerebral) em julho de 2018. Por apresentar mutação sensibilizadora do EGFR (exão 21 – L858R) iniciou tratamento sistémico paliativo com Osimertinib em contexto de programa de acesso precoce em setembro de 2018, com excelente tolerância e mantendo ECOG 1. Resposta parcial como melhor resposta e regressão completa das metástases cerebrais. Progressão sintomática de doença em outubro de 2019. Re-biópsia de lesão pulmonar em progressão, para estudo de mecanismos de resistência ao Osimertinib, com identificação de transformação histológica em carcinoma do pulmão de pequenas células (CPPC) em novembro de 2019. Iniciou quimioterapia (QT) paliativa com Carboplatina e Etoposido em dezembro de 2019, com melhoria sintomática e resposta parcial documentada após 3 ciclos, e RT holocraniana paliativa. Agravamento sintomático e do estado funcional após 4º ciclo de QT, em relação com progressão de doença, pelo que se considerou não beneficiar de tratamento oncológico subsequente. Manteve tratamento sintomático exclusivo, tendo falecido em junho de 2020.
Discussão: O nosso caso enfatiza a importância do estudo dos mecanismos de resistência em doentes sob tratamento com ITC do EGFR. Salientamos a relevância da biópsia tecidular na identificação precoce de transformação histológica em CPPC, com impacto no prognóstico e orientação terapêutica.

Palavras-chave: *Adenocarcinoma. EGFR. Transformação histológica. Carcinoma de pequenas células.*

P141. ADENOCARCINOMA DO PULMÃO COM MUTAÇÃO COMPOSTA EGFR – PAPEL DO RETRATAMENTO COM AFATINIB

R. Quita, P. Fidalgo, A. Araújo, S. Azevedo

CHUP.

Introdução: A identificação de mutações sensibilizadoras no CPNPC permitiu o desenvolvimento de terapêuticas alvo com benefício na taxa de resposta e sobrevivência livre de progressão comparativamente à quimioterapia (QT). Apesar da boa resposta inicial, a doença evolui invariavelmente. O Afatinib é um inibidor irreversível da tirosina cinase (ITC) do EGFR e HER2. Em estudos mais recentes foi demonstrada a sua eficácia nas mutações raras de EGFR.
Caso clínico: Mulher de 69 anos, sem antecedentes patológicos de relevo e sem história tabágica. Diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão, estadio cT2N0M0, com mutação composta do EGFR (exão 18 G719X e exão 20 S7681), ALK negativo, PD-L1 negativo. Submetida a lobectomia e esvaziamento ganglionar. O resultado anatomo-patológico revelou adenocarcinoma, G2, estadio IIIA [pT4N0(0/2) R0M0], sem invasão linfovascular. Realizou 1 ciclo de QT adjuvante com Cisplatina e Vinorelbina. Internada após, por neutropenia febril. O estudo realizado revelou consolidação do lobo inferior direito. A citologia de LBA confirmou recidiva de adenocarcinoma. A doente apresentava ECOG 2. Realizou tratamento sistémico paliativo de 1ª linha com Gefitinib 250 mg PO qd com boa tolerância e doença estável como melhor resposta. 9 meses após, apresentou progressão assintomática de doença. A pesquisa de mutação de resistência T790M foi negativa, inicialmente por biópsia líquida e posteriormente por biópsia tecidular. Manteve Gefitinib. 4 meses após, apresentou progressão de doença pulmonar associada a agravamento sintomático e insuficiência respiratória. Realizou QT com Carboplatina e Pemetrexedo, 3 ciclos, tendo apresentado progressão de doença como melhor resposta. Em grupo multidisciplinar, foi proposta a realização de tratamento paliativo off label com Afatinib. A doente iniciou na dose de 40 mg PO qd. Desde o início do tratamento, a doente teve um franco benefício clínico com resolução de insuficiência respiratória e melhoria de estado funcional.
Discussão: O tratamento de CPNPC com mutações compostas do EGFR permanece incerto. Existe evidência que suporta a utilização

de Afatinib nestes casos, em 1ª linha ou como forma de retratamento com ITC de 1ª linha. Neste caso, dada a ausência de mutação de resistência T790M e ausência de resposta a QT, sua utilização revelou-se clinicamente significativa.

Palavras-chave: *Adenocarcinoma. Mutação EGFR. Gefitinib. Afatinib.*

P142. RENTABILIDADE DIAGNÓSTICA DA BRONCOFIBROSCOPIA NUM CENTRO DE REFERÊNCIA TERCIÁRIO

S.M. Cabral, D. Madama, A.J. Ferreira

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A broncofibroscopia tem sido considerada uma técnica invasiva com relativamente poucos riscos, que apresenta uma significativa aplicação diagnóstica e terapêutica na patologia torácica.
Objetivos: Analisar a rentabilidade diagnóstica da broncofibroscopia e técnicas subsidiárias, num centro de referência terciário.
Métodos: Foram incluídos doentes submetidos a broncofibroscopia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra- Pólo HUC de 01-04-2019 a 30-06-2019, com exames a evidenciar patologia pulmonar/envolvimento pulmonar. As variáveis estudadas foram idade, género, resultado anatomopatológico de biópsias brônquicas e pulmonares transbrônquicas(BPTB), escovado brônquico, citologia, microbiologia de aspirado e lavado brônquico, e diagnóstico final.
Resultados: 110/168 broncofibroscopias tinham critérios de inclusão. A média de idades foi 66 anos (DE ± 14,6), 66 do género masculino. As indicações para realização do exame foram: 62/110 identificação de agente infecioso (AI), 24/110 provável neoplasia pulmonar primitiva/metastizada (NP) e 24/110 suspeita de doença intersticial difusa (DID). O AI foi identificado em 25/62 casos (9/23 imunodeprimidos), os mais frequentes MRSA e KPC. 17/24 suspeitas de NP mostraram tradução endobrônquica: 7 lesão brônquica objetivada, 5 infiltração mucosa, 3 alargamento de esporão de divisão brônquica e 2 infiltração mucosa e alargamento esporão divisão brônquica. O diagnóstico foi estabelecido em 12/17 casos, e na presença de lesão endobrônquica visível todos obtiveram diagnóstico (7/7). No estudo da DID, nenhuma das 20 BPTB forneceu diagnóstico inequívoco; 10 biópsias iterativas não identificaram granuloma nos 7 casos de sarcoidose. A rentabilidade diagnóstica foi 12/24 na NP e 25/62 na identificação de AI. Na DID não obtivemos rentabilidade (0/20).
Conclusões: A broncofibroscopia demonstrou relevante rentabilidade diagnóstica na NP, principalmente em lesões endobrônquicas visíveis macroscopicamente durante a realização do exame. Na identificação de AI, a rentabilidade foi aceitável, nomeadamente em imunodeprimidos e identificação de microorganismos multirresistentes. A ausência de diagnóstico inequívoco na DID, pode dever-se a insuficiente material representativo, pelo que a orientação incluiu avaliação do lavado broncoalveolar e criobiópsia / EBUS-TBNA.

Palavras-chave: *Broncofibroscopia. Rentabilidade diagnóstica.*

P143. RENTABILIDADE INFORMATIVA DO LAVADO BRONCOALVEOLAR PARA ESTABELECIMENTO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA INTERSTICIAL DIFUSA

S.M. Cabral, D. Madama, T. Alfaro, S. Freitas, A.J. Ferreira

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O lavado broncoalveolar (LBA) pode ser informativo para estabelecer diagnóstico de doença intersticial difusa (DID), mesmo na ausência de biópsia conclusiva. Embora maioritariamente insuficiente para firmar diagnóstico de DID, o seu diferencial celular numa amostra de boa qualidade pode não só sustentar a hipótese já levantada, como também ponderar de forma mais apurada um diagnóstico diferencial por vezes extenso e pouco orientado.
Objetivos: Avaliar a rentabilidade do LBA no diagnóstico de DID, num centro de referência.
Métodos: Foram incluídos doentes que realizaram LBA na Unidade de Técnicas Pneumológicas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra- Pólo HUC de 01-04-2019 a 30-06-2019. As variáveis estudadas foram idade, género, caraterísticas LBA, nomeadamente qualidade da recolha, macroscopia, celularidade e predomínio celular, CD4/CD8,% hemossiderófagos e diagnóstico final.
Resultados: 28 LBA realizados. A média de idades foi 59 anos (DE ± 16,2), sendo 16 do género masculino. A recolha média foi 80 ml. 1 LBA foi excluído por baixa celularidade. Na sarcoidose os 7 LBA revelaram alveolite linfocítica e 5/7 CD4/CD8 elevada. Em reunião multidisciplinar foram estabelecidas 5 RB-ILD (todas LBA hipercelular e % de macrófagos elevada), 4 casos de fibrose pulmonar idiopática (FPI), 1 pneumonia intersticial linfoide, 1 pneumonite hipersensibilidade (PH) aguda e 1 caso de envolvimento pulmonar por doença mista do tecido conjuntivo (LBA marcadamente linfocítico nestes 3 últimos). Houve confirmação de hemorragia alveolar difusa (HAD) numa vasculite ANCA-c PR3, com recolha progressivamente hemorrágica e LBA neutrofílico com 70% hemossiderófagos. Não se determinou etiologia num caso de fibrose pulmonar, 1 suspeita de sarcoidose e outra de envolvimento pulmonar por artrite reumatóide; os restantes 4 doentes, igualmente sem diagnóstico de DID. A rentabilidade informativa global do LBA foi 16/28 casos.
Conclusões: Este estudo reforçou a boa rentabilidade do LBA para estabelecer diagnóstico de RB-ILD e confirmação HAD, sendo ainda bastante aceitável na sarcoidose. Na FPI foi pouco informativo, num caso linfocítico, implicando necessidade de exclusão de PH pelo padrão imagiológico e ausência de exposição inalatória. A criobiópsia e EBUS-TBNA confirmam importância no diagnóstico diferencial.

Palavras-chave: *Lavado broncoalveolar. Rentabilidade informativa.*

P144. ASMA OCUPACIONAL: DO DIAGNÓSTICO À RECONVERSÃO PROFISSIONAL

T. Brito, F. Sampaio, J. Vilas-Boas, C. Barbosa

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE.

Introdução: A asma ocupacional é uma condição clínica caracterizada por limitação variável do fluxo aéreo e/ou hiperreatividade das vias aéreas, causada por agentes e condições do ambiente de trabalho e consequente exposição ocupacional. É, atualmente, considerada a doença respiratório ocupacional mais frequente nos países desenvolvidos e apresenta forte impacto laboral.
Caso clínico: Mulher, 56 anos, assistente operacional de unidade hospitalar. Fumadora ativa. Antecedentes de rinossinusite, com sensibilização a ácaros e gramíneas. Após contacto com agentes irritativas (cloro, amoníaco) no local de trabalho, desenvolveu episódio de tosse, dispneia e pieira súbito, com recurso ao SU. Posteriormente encaminhada para consulta de Pneumologia para estudo de asma. Realizou PFR, com demonstração de obstrução reversível das vias aéreas. Teste de Broncoprovocação com metacolina positivo. Medições seriadas do PEF (*Peak expiratory flow*) mostraram diminuição significativa no local de trabalho. Assumido diagnóstico de asma ocupacional e proposta reconversão profissional, com afastamento das tarefas de higienização e início de desempenho de tarefas de mensageira. Realizada participação de Doença Profissional, com posterior caracterização e atribuição de IPP de 7,5% Passados 5 anos, apresenta agravamento clínico e menor tolerância ao esforço. Repete PFR com evidência de Síndrome ventilatório obstrutivo moderado com air-traping pulmonar e TAC tórax alta resolução 2018: "[…] enfisema centrolobular difuso com predomínio nos lobos superiores…; a nível apical bilateral observam-se algumas imagens

fibróticas de natureza sequelar(…)". Terapêutica instituída: furoato de fluticasona + vilanterol (184/22 µg id); brometo de tiotrópio18 µg id; montelucaste 10 mg id; Terbutalina SOS. Agravamento de incapacidade associada a doença profissional, com atribuição de IPP de 37,5%. Começa a desempenhar funções de telefonista.
Discussão: O caso apresentado é ilustrativo de uma asma ocupacional induzida por irritantes presentes no ambiente laboral. As manifestações clínicas geralmente não se associam a período de latência, podendo mesmo acontecer após uma única exposição ao irritante no local de trabalho, como acontece no síndrome de disfunção reativa das vias aéreas. A abordagem terapêutica passa pela evicção dos agentes implicados.

Palavras-chave: *Asma ocupacional. Asma induzida por irritantes. Síndrome da disfunção reativa das vias aéreas.*

P145. TUBERCULOSE CUTÂNEA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A.T. Cunha, D. Canhoto, A. Guiomar, P.C. Roxo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: As lesões cutâneas são manifestações raras de tuberculose. O termo Eritema induratum de Bazin (EIB) é usado para descrever uma paniculite granolomatosa lobular que ocorre devido a uma resposta de hipersensibilidade ao Mycobacterium tuberculosis. Manifesta-se como nódulos firmes subcutâneos, dolorosos e rosados com tendência a evoluírem com ulceração, e que surgem frequentemente na região inferior e posterior das pernas. Os autores apresentam um caso clínico de uma recorrência de tuberculose cutânea.
Caso clínico: Mulher de 72 anos, com antecedentes de tuberculose cutânea em setembro de 2015 com resposta favorável ao tratamento com antibacilares, recorreu a consulta de Dermatologia por alterações cutâneas. Apresentava múltiplos nódulos duro-elásticos, ligeiramente dolorosos, alguns de superfície eritematosa, com cerca de 1 a 3 cm de maior eixo na região posterior e interna das pernas, face externa dos antebraços e região inferior direita do abdómen. Negava queixas respiratórias, gastrointestinais, genitourinárias e constitucionais. Analiticamente apresentava uma elevação da velocidade de sedimentação (49 mm). A biópsia cutânea revelou alterações histológicas típicas de EIB, embora sem isolamento do bacílo. A doente foi encaminhada para o Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra, onde iniciou esquema de isoniazida, pirazinamida, rifampicina e etambutol (HRZE). Ao final do primeiro mês, apesar da diminuição dos nódulos, o etambutol e a pirazinamida foram suspensos por queixas sugestivas de neuropatia periférica. Posteriormente reiniciou etambutol e piridoxina, sem reaparecimento dos sintomas, e com regressão das lesões cutâneas. A doente irá manter o tratamento com HRE e piridoxina até completar sete meses.
Discussão: A manifestação cutânea de tuberculose é rara e o diagnóstico de EBI é feito com base no reconhecimento de características clínicas, achados histopatológicos e evidências de infecção por M. tuberculosis. No caso apresentado, a regressão das lesões cutâneas na sequência da instituição terapêutica antibacilar suporta o diagnóstico de tuberculose cutânea.

Palavras-chave: *Eritema induratum de Bazin. Tuberculose cutânea.* Mycobacterium tuberculosis.

P146. DOENÇA DE POMPE: EVOLUÇÃO CLÍNICA E FUNCIONAL

A.T. Cunha, I. Farinha, S. Pereira, C. Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A Doença de Pompe é causada por um défice da enzima lisossómica α-glicosidase-ácida (GAA) que leva a uma acumulação de glicogénio no músculo. É uma doença com evolução heterógenea mas progressiva, cujos sintomas iniciais podem ser inespecíficos como fadiga e mialgias. A forma de apresentação mais comum é a miopatia proximal com envolvimento dos músculos da cintura pélvica e do tronco leva à perda da atividade motora grosseira como andar. O atingimento dos músculos respiratórios conduz a insuficiência respiratória. Para avaliar a fraqueza dos músculos respiratórios são importantes alguns parâmetros: capacidade vital forçada (FVC) em supino e ortostatismo, pressões musculares inspiratória e expiratória (PIM e PEM, respectivamente), análise dos gases arteriais e polissonografia nocturna. O tratamento consiste na reposição enzimática com GAA e na ventilação não invasiva (VNI). Os autores apresenta a evolução clínica e funcional respiratória de três doentes com Doença de Pompe.
Caso clínico: As três doentes com Doença de Pompe, atualmente com idades entre os 23 e os 33 anos, são acompanhadas consulta de Apoio Respiratório Neuromusculares desde a idade adulta. Encontram-se sob VNI e GAA desde o diagnóstico, que ocorreu entre os 4 e 13 anos. Ao longo do seguimento em consulta, as doentes têm-se mantido clínicamente estáveis, com boa adesão ao VNI, sem insuficiência respiratória, e sem internamentos ou intercorrências infecciosas de relevo. A avaliação funcional respiratória na posição sentada foi realizada periodicamente. Atualmente, a FVC das doentes é entre 12,3 e 22,6% do previsto, a PIM entre 13,6 e 26,6 cmH2O, a PEM entre 10,9 e 19,1 cmH2O. O pico da tosse (PCF) atual é entre 114 e 150 L/min. A análise da evolução dos parâmetros funcionais revelou estabilidade ao longo dos anos com o tratamento com VNI e reposição enzimática.
Discussão: A literatura descreve um declínio acentuado dos vários parâmetros funcionais nos doentes não tratados com GAA. Embora sem acesso ao estudo funcional respiratório prévio ao início do tratamento com GAA, as doentes acompanhadas apresentaram um declínio funcional anual bastante inferior ao esperado. A VNI, a utilização do Cough Assist e a reposição enzimática com GAA têm sido cruciais para manter a função respiratória e motora, e o aumento da sobrevida destas doentes.

Palavras-chave: *Doença de Pompe. Doença de armazenamento de glicogénio tipo II.*