

PULMONOLOGY[®]

JOURNAL

Previously **Revista Portuguesa de Pneumologia**

Volume 30 / Supplement 2 / Junho 2024

15.º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico

Coimbra, 27-28 de junho de 2024



PULMONOLOGY

www.journalpulmonology.org



Volume 30. Supplement 2. Junho 2024

15.º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico

Coimbra, 27-28 de Junho de 2024

Sumário

Comunicações orais	S1
Posters	S3
Resumos	S45



COMUNICAÇÕES ORAIS

15.º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico

Coimbra, 27-28 de Junho de 2024

CO1. ACEITABILIDADE E VIABILIDADE DE UM PROGRAMA DE TELEREABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

N. Fernandes, L.L. Ferreira, R. Rodrigues, I. Sanches, R. Monteiro, E. Tinoco, R. Marques, P. Vasconcelos, A. Loureiro, I. Pascoal

ULSGE.

Introdução: A dificuldade no acesso e a baixa adesão constituem os principais obstáculos à implementação dos programas de reabilitação respiratória (RR). A telereabilitação respiratória (TRR) pode contribuir para ultrapassar algumas destas barreiras, constituindo uma alternativa aos programas presenciais.

Objetivos: Avaliar a aceitabilidade e viabilidade da TRR na ótica do doente.

Métodos: Foi aplicado um questionário desenvolvido pelos autores a doentes em programa de RR num hospital terciário.

Resultados: Participaram 67 doentes, 72% do sexo masculino, com idade média de 66 ± 9 anos. A maioria dos doentes tinha acesso a internet no domicílio (77%) e a tablet, smartphone ou computador (67%). Porém, 37% destes, não se sentia confiante na sua utilização. Metade dos doentes (52%) referiu interesse em participar num programa de TRR (PTRR) e 54% referiu sentir-se seguro para a sua realização. Entre os doentes que não demonstraram interesse num PTRR, 90% não se sentia confiante na utilização das tecnologias de informação e 87% não se sentia seguro para realizar TRR no domicílio. A distância e o tempo de viagem da residência ao hospital foram semelhantes entre o grupo de doentes com e sem interesse na TRR. A grande maioria dos doentes (90%) indicou pelo menos uma barreira associada a TRR - falta de material para realização de exercício (63%), falta de conhecimento para utilizar tecnologias da informação (58%) e falta de orientação presencial do profissional de saúde (47%). Apesar disso, 70% dos doentes indicou pelo menos uma vantagem associada a TRR - não ter de se deslocar ao hospital (75%), maior flexibilidade de horário (40%), possibilidade de adaptar os equipamentos e os exercícios para o domicílio tornando-os facilmente acessíveis e a possibilidade de os realizar num ambiente mais confortável e familiar (28%).

Conclusões: A maioria dos doentes demonstrou interesse, identificou as barreiras e as vantagens da TRR e tem acesso a condições técnicas que lhe permitiriam integrar num PTRR. A iliteracia digital e a sensação de insegurança associaram-se a não aceitabilidade, podendo comprometer a adesão e a viabilidade da TRR. Além das

condições técnicas estes fatores devem ser considerados na implementação de um PTRR.

Palavras-chave: Telereabilitação respiratória. Aceitabilidade. Viabilidade.

CO2. HOSPITALIZAÇÃO E MORTALIDADE EM ADULTOS IDOSOS - VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO EM 2022-2023

A.C. Grande, F. Belchior, R. Costa, R. Francisco, M. Viana, A.V. Cardoso, N. Oliveira, M. Calle, D.G. Oliveira

Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa.

Introdução: O fenómeno, crescentemente reconhecido, da infeção por vírus sincicial respiratório (VSR) nos adultos, em particular na idade geriátrica, é ainda escassamente estudado. Entender a população em risco e seus outcomes é importante, particularmente perante a aprovação recente de vacinação profilática.

Objetivos: Caracterizar a população infetada por VSR e fatores de risco para hospitalização e mortalidade.

Métodos: Estudo retrospectivo de todos os casos VSR positivos detetados na nossa Unidade Local de Saúde (ULS) entre janeiro 2022 e dezembro 2023 em adultos com idade igual ou superior a 60 anos.

Resultados: Foram incluídos 479 doentes, 58% do sexo feminino, com uma mediana de idade de 81,5 anos (IQR 74,6-87,4 anos). A distribuição temporal nos dois anos mostrou um número consideravelmente superior de casos nos meses de novembro a janeiro. A taxa de hospitalização foi de 50%, representando uma incidência de 1,14 casos/1.000 habitantes/ano na população idosa da nossa região. Duração mediana de internamento de 7 dias (IQR 3-11 dias). Verificou-se sobreinfeção bacteriana (qualquer foco) em 41% dos doentes. Os fatores associados a uma maior taxa de hospitalização, de forma significativa, foram: DPOC ($p = 0,006$), tabagismo ativo ($p = 0,007$), insuficiência cardíaca ($p = 0,011$) e asma ($p = 0,015$). A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 18,3% (28,2% se excluídos doentes transferidos). Idade avançada ($p = 0,002$), residência em instituição ($p = 0,016$), imagem de pneumonia à apresentação ($p = 0,026$) e neoplasia ativa associaram-se significativamente a uma maior taxa de mortalidade ($p = 0,011$).

Conclusões: Esta é a primeira revisão dos outcomes em saúde da infeção pelo VSR em idosos de uma ULS em Portugal. Identifica, na

população idosa, uma elevada taxa de hospitalização e mortalidade intra-hospitalar, no nosso contexto. Os resultados obtidos, particularmente ao nível dos fatores de risco identificados para hospitalização e mortalidade, contribuem a orientar não só a prática clínica individual, mas também dos órgãos de saúde pública, em particular após a aprovação recente de medidas de profilaxia contra a infeção pelo VSR.

Palavras-chave: VSR. Hospitalização. Mortalidade. Adultos.

CO3. REGIONAL BURDEN OF INVASIVE PNEUMOCOCCAL DISEASE IN HOSPITALISED ADULTS IN PORTUGAL - THE SPHERE STUDY

F. Froes, C. Pardal, C.R. Cordeiro, C. Ribeiro, U. Brito, J. Ferreira, A. Morais, J. Romano

MSD Portugal.

Introduction: Invasive pneumococcal disease (IPD) is associated with significant morbidity, mortality, and healthcare burden.

Objectives: This study aimed to characterize regional differences in IPD group risks, vaccination rates, healthcare costs, and patient outcomes in Portugal.

Methods: Retrospective and multicentric study based on secondary data of 7 mainland Portuguese hospitals. Adults hospitalized with IPD in 2017-2018 were included. Costs were derived from Portuguese Healthcare System records.

Results: Of the 395 adults with IPD, 59.2% were from the South and 40.8% from the North/Center. Most were male (61.8%), aged ≥ 65

years (55.4%), and had underlying medical conditions (72.2%). IPD's most prevalent clinical manifestation was bacteremic pneumonia (80.0%). Only 4.8% patients were vaccinated against *Streptococcus pneumoniae*. Overall, northern/central patients appeared to be older (64.6%) and had more medical conditions (73.4%) than those from South (49.1% and 69.2%, respectively). Vaccination rates seemed similar between regions (-5%). The total median [P25;P75] cost per patient with IPD care during hospitalization was €3,452 [2,225;6,681], comparable between regions (South = €3,650 [2,376;7,200] vs North/Center = €3,203 [1,944;6,322]; $p = 0.224$). Likewise, patients from both regions had similar median length of hospital stays (11.0 days; $p = 1.000$) and need for intensive care (25.6 vs 21.7%; $p = 0.559$). Nevertheless, the median cost of healthcare resources use differed significantly between regions, with higher expenses being registered in the South compared to the North/Center. This was evident in imaging assessments (€104 [19;205] vs €31 [13;162]; $p = 0.001$), laboratory tests (€381 [275;626] vs €305 [228;497]; $p = 0.004$), and exams as electrocardiogram or bronchoscopy (€298 [298;340] vs €0 [0;298]; $p < 0.001$). The frequency of use of the exams was also significantly higher in the South (87.6% vs 41.6%; $p < 0.001$). Intrahospital death was also greater in the South (23.1% vs 6.8%; $p < 0.001$).

Conclusions: This is the first real-world insight into regional disparities in IPD burden among hospitalized adults in Portugal. Despite similar use in healthcare resources, differences emerged in healthcare costs and patient outcomes, emphasizing the need for targeted public health interventions to address these disparities.

Keywords: *Invasive pneumococcal disease. Regional stratification. Healthcare resources. Economic impact.*



POSTERS

15.º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico

Coimbra, 27-28 de Junho de 2024

1. UM CASO DE INFEÇÃO PULMONAR POR NOCARDIA AFRICANA

N.B. Ferreira, A.C. Grande, C.S. Pinto, F.C. Vazquez

ULSTS.

Introdução: A *Nocardia* é uma infecção bacteriana gram-positiva incomum causada por actinomicetos aeróbios do género *Nocardia*. Estas têm a capacidade de causar doença supurativa localizada ou sistémica, sendo por vezes de difícil diagnóstico e tratamento.

Caso clínico: Homem de 73 anos, reformado, tendo trabalhado como agricultor e como mineiro. Com antecedentes a destacar: Asma eosinofílica (530 eosinófilos $10^3/\mu\text{L}$) com espirometria a documentar obstrução ligeira e prova de Broncodilatação positiva; SAOS grave sob APAP; DM2; ex-fumador 40 UMA e cardiopatia hipertensiva. Sob LABA+LAMA+ICS em pó seco. Encaminhado por agravamento das queixas respiratórias com 4 meses de evolução, com vários episódios de agudização. Tentada intensificação da medicação inalada, com franca melhoria das queixas, embora persistência residual. Realizado TC-Torax com descrição de “espessamento peribrônquico acompanhado de algumas alterações fibrolineares registando também um espessamento nas bases e septos interlobulares com discretos sinais de alteração arquitectural do parênquima.” e “Discretas áreas em vidro despolido especialmente no segmento anterior do lobo superior”. Analiticamente com velocidade de sedimentação dentro dos valores de referência e painel de ANCA e ANA negativos. Serologias víricas negativas. Submetido a broncofibroscopia com lavado brônquico (LB) e broncoalveolar, com vista despiste de pneumonite de hipersensibilidade, não apresentando alterações morfológicas de relevo. Com crescimento de espécie de *Nocardia africana* em LB. Sem outras alterações de relevo nos lavados. Em teste de suscetibilidade a antifúngicos com sensibilidade a sulfametoxazol/trimetopim, que realizou por um período de 3 meses. Com resolução total das queixas respiratórias e sem surgimento de doença noutros órgãos.

Discussão: Particularmente em indivíduos imunocomprometidos, a infecção por *Nocardia* é uma possibilidade. Nos casos de infecção moderada apenas com atingimento pulmonar, poderá ser tratada com monoterapia, devendo ser realizado um período de seguimento alargado, pelo risco de ressurgimento e/ou disseminação para outros órgãos.

Palavras-chave: *Nocardia*. Infecção. Bactéria. Oportunista.

2. DERRAME PLEURAL COM ORIGEM ABDOMINAL

P. Trindade, F. Modesto, C. Giesta, H. Cabrita, J. Cardoso, P. Monteiro, C. Bárbara

ULSSM - CHULN.

Introdução: A fístula biliopleural é uma comunicação entre a árvore biliar e a pleura, podendo ser uma complicação rara secundária a trauma, infecção, neoplasia biliar ou procedimentos percutâneos e deve ser ponderada quando o rácio de bilirrubina entre líquido pleural e soro é superior a 1.

Caso clínico: Mulher de 72 anos, parcialmente dependente, com diagnóstico de neoplasia vesicular a condicionar icterícia obstrutiva por lesão secundária hilar, transferida de outro hospital por quadro de dispneia, ortopneia e insuficiência respiratória de novo com oxigenoterapia 2 L/min. Analiticamente com elevação de parâmetros infecciosos e parâmetros citocolestáticos, imagiologicamente com volumoso derrame pleural direito a condicionar atelectasia total do lobos médio e inferior direito e preenchimento da via biliar principal, tendo sido admitida colangite aguda e derrame pleural *de novo*. Realizada ecografia torácica com derrame pleural hipocogénico direito moderado, colocada drenagem torácica 20 fr após toracocentese com saída de líquido acastanhado, pH indoseável, hiperlactacidémia, bilirrubina elevada (21,8 mg/dL com rácio comparativo com bilirrubina sérica superior a 1) e consumo de glicose. Líquido pleural compatível com exsudado, hemático, LDH 2022 U/L, sem isolamento microbiológico. Admitida fístula biliopleural aguda no contexto de neoplasia da vesícula biliar, realizada antibioterapia com metronidazol, ciprofloxacina com posterior switch para piperacilina/tazobactam e remoção de drenagem ao 6º dia por dreno não funcional. Reavaliação imagiológica posterior com diagnóstico de biloma, que foi submetido a drenagem percutânea com saída de 1 litro de conteúdo e sem intercorrências após discussões com Gastroenterologia e Radiologia, tendo a doente tido alta com drenagem abdominal de longa duração, sem derrame pleural.

Discussão: Este caso clínico pauta pela raridade clínica e relembra a importância da cavidade abdominal na etiologia de derrame pleu-

ral, que deve ser considerado quando as características do líquido pleural se aproximam das do líquido abdominal com elevação de bilirrubina e de LDH.

Palavras-chave: *Fistula biliopleural. Neoplasia via biliar. Derrame pleural.*

3. PNEUMECTOMIA PÓS TUBERCULOSE - UMA REALIDADE AINDA ATUAL

P. Trindade, M. Pereira, M. Antunes

ULSSM-CHULN.

Introdução: A tuberculose é uma doença infecciosa pulmonar com 10,6 milhões de novos casos e 1.36 milhões de mortes em 2022, segundo a OMS, apresentando uma distribuição mundial assimétrica sendo mais prevalente em África, na América do Sul e na Europa de Leste. Sendo uma doença endêmica, altamente transmissível e com uma elevada morbidade e mortalidade, têm sido feitos esforços mundiais para o diagnóstico e tratamento atempados.

Caso clínico: Mulher de 38 anos, natural do Brasil, residente em Portugal desde 2022. Refere tuberculose pulmonar em 2017 tendo cumprido 6 meses de tratamento antibacilar que não sabe especificar. Sem outras patologias, sem medicação habitual. Recorreu a consulta por toracalgia posterior esquerda e tosse seca crônica. Radiografia torácica com desvio esquerdo do mediastino e hipotransparência 2/3 inferiores hemitórax esquerdo. TC Torácica com ectasia e impactação luminal da árvore brônquica esquerda com colapso total do lobo superior esquerdo e lúgula. Realizada videobroncofibroscopia com observação de orifício único estenosado, tentativa de dilatação com balão e broncoscópico rígido sem sucesso pelo risco de iatrogenia, dimensão e dureza da estenose. Foi submetida a pneumectomia esquerda por toracotomia posterolateral sem intercorrências, anatomia patológica da peça operatória com áreas fibróticas, enfisema bolhoso e bronquiectasias, sem alterações morfológicas do coto, vasos e gânglios. Alta ao 10º dia pós-operatório com melhoria sintomática.

Discussão: Apesar de menos frequente, a pneumectomia por destruição pulmonar por tuberculose é ainda uma realidade nos dias de hoje e deve ser considerada em casos selecionados como destruição pulmonar total, empiema ou resistência a antibióticos, apresentando taxas positivas de mortalidade e sobrevida. Este caso clínico alerta para uma complicação rara mas ainda existente desta infeção, reforçando a importância da suspeição clínica destes casos e respetiva orientação adequada.

Palavras-chave: *Pneumectomia. Tuberculose pulmonar.*

4. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM EXACERBAÇÕES DE DPOC DA ULS GUARDA: INVERNO 2022/2023

I. Pereira, J. Silva

Universidade da Beira Interior.

Introdução: Estima-se que em Portugal cerca de 14,2% dos portugueses com mais de 40 anos sofrem de DPOC. As exacerbações (EA-DPOC) fazem parte da história natural da doença, e são responsáveis por um declínio significativo do estado de saúde do doente, podendo ter efeitos prolongados a nível do estado de saúde, da probabilidade de hospitalização e de readmissão, da qualidade de vida e declínio da função pulmonar. A determinação dos fatores de risco para exacerbações parece ser um elemento crucial para a otimização da gestão dos doentes, uma vez que as intervenções preventivas e terapêuticas devem ser personalizadas individualmente. Há também um grande interesse em identificar os fatores clínicos que aumentam o risco de recorrências e readmissões hospitalares em doentes com DPOC, nomeadamente fatores de risco

modificáveis e modificadores de resposta ao tratamento com implicações no prognóstico.

Objetivos: Caracterizar a população que recorreu ao SU da ULS Guarda no inverno 2022/2023 com EADPOC, nomeadamente a duração média dos internamentos e cobertura vacinal dos doentes.

Métodos: Foi realizado um estudo observacional, longitudinal e retrospectivo de doentes que recorreram ao SU da ULSG entre 01/11/2022 e 31/03/2023 com EDAPOC, previamente diagnosticados com DPOC ou com episódio inaugural da doença, com recurso ao S. Clínico®, numa amostra total de 40 doentes.

Resultados: No presente estudo 80% dos doentes eram do sexo masculino, com uma idade média de 75,58 anos. 65,0% dos doentes tinham sido vacinados contra a gripe sazonal no inverno anterior, 87,5% dos doentes tinha 3 ou mais doses de vacina contra a SARS-CoV-2 e 47,5% dos doentes tinham pelo menos uma dose de vacina contra a doença Pneumocócica. 65,0% dos doentes tiveram uma exacerbação, e 47,5% não tiveram nenhum internamento, sendo a duração média dos internamentos de 12,9 dias (desvio-padrão 7,5).

Conclusões: Consideramos que a duração média dos internamentos deve merecer atenção de forma a identificar fatores que possam estar a contribuir para este outcome, e que se deve procurar intervir junto dos doentes, para uma maior vacinação contra a D. Pneumocócica, não sendo possível retirar outras conclusões devido ao reduzido tamanho da amostra. Sugerimos a realização de uma análise mais alargada, para uma amostra mais representativa da realidade.

Palavras-chave: *DPOC. Exacerbação Aguda.*

5. BIOMARCADORES INFLAMATÓRIOS DE PROGNÓSTICO NO CANCRO DE PULMÃO DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS

M. Andrade, M. Oliveira, G. Samouco, L. Ferreira

Faculdade de Ciências da Saúde-UBI.

Introdução: O cancro do pulmão é uma neoplasia com elevada incidência e tem a maior mortalidade. É essencial encontrar potenciais indicadores, acessíveis e baratos, de prognóstico que permitam estabelecer e orientar a terapêutica, tais como, o estado inflamatório.

Objetivos: Avaliar a relação entre parâmetros inflamatórios, estado nutricional, reserva funcional e o prognóstico, atendendo à sobrevivência livre de progressão e ao tempo de sobrevivência, em doentes com cancro do pulmão de não pequenas células (CPNPC) em estadios avançados submetidos a tratamento paliativo.

Métodos: Estudo observacional, transversal, retrospectivo e unicêntrico com doentes com CPNPC, em estadios avançados, tratados entre 2020 e 2022 na Unidade Local de Saúde da Guarda. Consideraram-se as variáveis rácio neutrófilo-linfócito (N/L), rácio plaqueta-linfócito (P/L), lactato desidrogenase (LDH), índice de massa corporal (IMC), Performance Status, albumina e proteínas totais, aplicaram-se testes de comparação de médias e a análise da sobrevivência de Kaplan-Meier.

Resultados: 67 doentes, 50 (74,6%) do sexo masculino, idade média 70,18 (\pm 9,03) anos. Os valores médios iniciais de LDH, IMC, albumina e proteínas totais foram de 251,06 U/L, 23,98 kg/m², 3,58 e 6,46 g/dL, respetivamente. A média da sobrevivência livre de progressão foi 16,31 (\pm 12,67) meses e da sobrevivência global foi 21,13 (\pm 19,97) meses. Verificou-se que um rácio P/L inicial baixo se associa a melhores outcomes: o grupo com P/L < 169 teve uma sobrevivência livre de progressão 1,45 vezes superior ao grupo com P/L > 169 ($p = 0,025$), também a sobrevivência global, o tempo de seguimento sob tratamento de 1ª linha e o tempo de seguimento total foram superiores para P/L < 169 ($p = 0,017$, $p = 0,010$ e $p = 0,014$, respetivamente). Verificou-se que um rácio N/L < 4 após 1 mês de tratamento está associado maior sobrevivência global ($p = 0,048$) e tempo de seguimento total ($p = 0,015$). Não houve diferenças estatisticamente significativas nas outras variáveis em estudo.

Conclusões: Os biomarcadores inflamatórios, como os rácios P/L e N/L, quando elevados, condicionam um pior prognóstico em doentes com CPNPC em estadios avançados. Estes achados são congruentes com estudos anteriores, no entanto, são necessários mais estudos que possam validar estes biomarcadores e estabelecer cut-offs.

Palavras-chave: *Cancro do pulmão de não pequenas células. Marcadores de prognóstico. Sobrevida livre de progressão. Sobrevida global.*

6. ANÁLISE DA MULTIMORBILIDADE DOS DOENTES COM ASMA GRAVE: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL

C. Hilário, L. Ribeiro, C. Parra, F.T. Silva, M.G. Maciel, R. Silva, A.I. Loureiro

Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Introdução: A Global Initiative for Asthma (GINA) tem reforçado a importância do controlo da asma e dos fatores de risco modificáveis do doente. A multimorbilidade pode complicar o tratamento da asma e associar-se a pior prognóstico.

Objetivos: Avaliar a prevalência de comorbilidades nos doentes com asma grave e a sua associação com fatores de mau prognóstico da asma.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com asma grave sob terapêutica biológica seguidos na consulta de Pneumologia e Imunoalergologia de um hospital central. Foram colhidos dados demográficos, relativos ao fenótipo da asma, comorbilidades e fatores de mau prognóstico da doença (número de exacerbações em 12 meses, ppFEV1 (%), uso de corticoterapia oral - OCS de manutenção) no período imediatamente prévio ao início da terapêutica biológica. A associação entre comorbilidades e fatores de mau prognóstico foi analisada por análise multivariada.

Resultados: Entre 49 doentes, 71,4% eram do género feminino. A média da idade foi de $59,4 \pm 17,5$ anos, 63,3% com diagnóstico antes dos 40 anos. Cerca de 80% eram não fumadores. Identificaram-se 24 comorbilidades, 5 presentes em $\geq 25\%$ dos doentes (hipertensão arterial, $n = 19$; rinite alérgica, $n = 17$; dislipidemia, $n = 15$; polipose nasal, $n = 14$; obesidade, $n = 14$) e 9 em $\geq 10\%$ (osteopenia/osteoporose, $n = 8$; rinosinusite crónica, $n = 8$; bronquiectasias, $n = 8$; refluxo gastroesofágico, $n = 7$; SAOS, $n = 7$; infeções recorrentes, $n = 6$; doença cardiovascular, $n = 6$; diabetes mellitus, $n = 5$; depressão/ansiedade, $n = 5$). 65,3% dos doentes apresentavam ≥ 3 comorbilidades. 79,6% tiveram ≥ 1 exacerbação durante o ano anterior e 46,9% estavam sob OCS de manutenção. A maioria apresentava ppFEV1 $< 80\%$ (71,4%; $n = 35$) e ppFEV1 média $68,6\% \pm 21,5$. As exacerbações foram superiores nos doentes com osteopenia e infeções recorrentes ($p 0,013$ e $p 0,008$, respetivamente). O número de comorbilidades nos doentes com necessidade de OCS de manutenção (mediana 4; AIQ 3) foi superior ao dos doentes sem OCS (mediana 3; AIQ 1), $p 0,024$. Não houve associação estatisticamente significativa com os restantes fatores de mau prognóstico.

Conclusões: Neste estudo, a maioria dos doentes apresentavam múltiplas comorbilidades, que poderão associar-se a fatores de mau prognóstico da asma, nomeadamente mais exacerbações e necessidade de OCS de manutenção.

Palavras-chave: *Asma. Epidemiologia. Multimorbilidade. Fatores de mau prognóstico.*

7. ENVOLVIMENTO HEPATOBILIAR POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

A. Dias, M.A. Marques, P.C. Roxo

ULS Coimbra.

Introdução: A tuberculose é uma doença que afeta milhões globalmente, com predileção pelo trato respiratório. O envolvimento

hepatobiliar é raro e silencioso, geralmente associado a doença disseminada ou ganglionar, exigindo diagnóstico diferencial com outras doenças, incluindo neoplasias.

Caso clínico: Homem de 49 anos encaminhado para consulta por perda ponderal de 12 kg, sudorese noturna e tosse seca com 1 mês de evolução. Antecedentes de artrite erosiva indiferenciada, medicado com lepicortinolo, metotrexato e anti-TNF α . A radiografia do tórax revelou alargamento hilar. Em ambulatório, apresentava IGRA e prova de tuberculina positivos, mas 3 colheitas de expectoração para exame direto negativas. A TC-tórax mostrou uma massa hipodensa de $4,3 \times 2,9$ cm peri-hilar e micronodulação localizada; no abdómen, identificou-se área hipodensa no segmento II do fígado, de $3,4 \times 1,9$ cm, outra no segmento VI com 11 mm e adenomegália inter-porto-cava de 22×14 mm. Solicitou-se BFO para colheita de estudo microbiológico e citológico, sendo a PCR positiva para *Mycobacterium tuberculosis* complex, confirmado por cultura. Devido às alterações hepáticas na TC, solicitou-se PET-CT, verificando-se atividade metabólica pulmonar e ganglionar mediastínica, e no fígado lesão hipodensa no lobo esquerdo com 24 mm e áreas de captação focal de FDG-F18 no segmento 6, suspeita. Realizou-se EBUS para exclusão de neoplasia pulmonar concomitante, não se identificando células neoplásicas, apenas adenite granulomatosa; as BPTB foram negativas. O doente cumpriu terapia com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol por 3 meses, até baciloscopias negativas, com ajuste de imunossupressão e suspensão de anti-TNF alfa, com boa evolução clínica, seguido de 4 meses de isoniazida e rifampicina. Realizou RM para esclarecimento de alterações hepáticas que identificou imagens tubulares hiperintensas sugerindo ectasias canaliculares biliares na localização onde se verificou captação na PET-CT, aparentando traduzir sequelas de envolvimento hepatobiliar por tuberculose.

Discussão: O diagnóstico de tuberculose hepatobiliar é raro e a confirmação definitiva deve incluir achados imagiológicos e histopatológicos. A presença simultânea de alterações pulmonares e hepáticas pode dificultar o diagnóstico, sendo necessário manter um alto grau de suspeição, especialmente em pacientes imunodeprimidos.

Palavras-chave: *Tuberculose. Hepatobiliar.*

8. A IMPORTÂNCIA DA BRONCOFIBROSCOPIA NO DOENTE HIV

A. Dias, J. Couto, Y. Martins, M.A. Marques

ULS Coimbra.

Introdução: As infeções respiratórias permanecem uma causa importante de morbi-mortalidade no doente com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana, principalmente quando apresenta maior compromisso da imunidade - contagens de linfócitos TC4 < 200 cel/mm 3 ou condição definidora de SIDA. A broncofibroscopia é uma ferramenta diagnóstica elementar no esclarecimento etiológico de alterações imagiológicas “de novo”, no doente imunocomprometido. O objetivo deste trabalho foi perceber o papel da broncofibroscopia (BF) na gestão terapêutica destes doentes.

Métodos: Foram revistas as BF realizadas no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra durante o período de julho 2022 a junho de 2023 (1 ano) e identificados os doentes que apresentavam infeção HIV. Identificaram-se 23 doentes, maioritariamente do sexo masculino ($n = 16$) com idade média de 51 anos. Apresentavam contagem de CD4 mediana de 90 cel/mm 3 , e razão CD4/CD8 de 0,18. Dos doentes observados, 2 não apresentam manifestações imagiológicas nos exames complementares (TC ou radiografia do tórax), no entanto apresentam sarcoma Kaposi e insuficiência respiratória. O padrão radiológico mais observado foi alteração em vidro despolido ($n = 9$), consolidação parenquimatosa ($n = 8$) e micronodulação ($n = 7$), na maioria dos casos, coexistentes. A BF foi solicitada com o propósito de identificação do agente patológico e em todos foi realizada colheita de aspirado brônquico e lavado brônquico dirigido ou lavado

-broncoalveolar, com isolamento de agente etiológico em 65% dos doentes. O agente mais frequentemente observado foi *Pneumocystis jirovecii* (n = 7) e citomegalovírus (n = 5). No subgrupo de doentes com agente isolado, foi ajustada a terapêutica em 60% dos casos.

Resultados: Verificou-se uma mortalidade a 30 dias de 8% (n = 2), um dos doentes de causa infecciosa respiratória.

Conclusões: A broncofibroscopia permite uma identificação precoce do agente etiológico implicado nas infeções respiratórias no doente imunocomprometido, proporcionando atuação face aos seus resultados, podendo modificar o prognóstico do doente.

Palavras-chave: HIV. Broncofibroscopia. Microbiologia. Imunocomprometido.

9. UNA CAUSA DE NÓDULOS PULMONARES MÚLTIPLES MÁS ALLÁ DE LA METÁSTASIS

A. Ríos Laguna, B.E. Macas Cabrera, S. Márquez Batalla, M.J. Martín Sánchez, H.R. Toala Saines, A.C. Huertas Puyuelo, S. Rodríguez Tardón, M.J. Corbí Cobo-Losey

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: La hiperplasia difusa idiopática de células neuroendocrinas pulmonares (DIPNECH, por sus siglas en inglés) es una entidad poco frecuente, incluida en la clasificación de la OMS de 2015 como una lesión premaligna. Se caracteriza por la proliferación de células neuroendocrinas sin una causa que lo justifique. En el caso de que sobrepase la membrana basal formando nódulos con un diámetro menor de 5 mm, se denominan tumorlets. Si el tamaño es mayor, se consideran tumores carcinoides. Es más frecuente en mujeres no fumadoras en la sexta y séptima década de la vida. Las manifestaciones clínicas incluyen tos, disnea y expectoración de larga evolución. La espirometría puede mostrar un patrón obstructivo. En las pruebas de imagen, en la DIPNECH puede objetivarse engrosamiento de la pared bronquial, bronquiectasias y signos de atrapamiento aéreo y de inflamación intersticial. Si presentan tumorlets o tumores carcinoides, se visualizan como lesiones nodulares múltiples de pequeño tamaño, predominando en campos inferiores, adyacentes a los bronquiolos centrolobulillares.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 68 años no fumadora derivada a consulta de neumología por tos y expectoración de larga evolución. Fue diagnosticada inicialmente de asma. Sin embargo, dada la escasa respuesta al tratamiento se realizó un TC de tórax en el que se visualizaron múltiples nódulos pulmonares milimétricos bilaterales, la mayoría de 2-3 mm, siendo el mayor de 9 mm, signos de atrapamiento aéreo y una discreta ectasia bronquial. Las características epidemiológicas y clínicas descritas se ajustan a las más frecuentemente observadas en esta entidad. Y los hallazgos radiológicos son compatibles con hiperplasia difusa idiopática de células neuroendocrinas pulmonares con tumorlets y tumores carcinoides.

Discusión: La proliferación de células neuroendocrinas pulmonares debe entenderse como un continuo que incluye la hiperplasia difusa idiopática, los tumorlets y el tumor carcinóide. El diagnóstico suele retrasarse por su clínica inespecífica, confundiendo con asma, EPOC o con la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Encontrándose muchas veces como hallazgo incidental en TC de tórax o en piezas quirúrgicas.

Palabras clave: DIPNECH. Tumorlets. Tumores carcinoides.

10. ABCESSO PULMONAR COM APRESENTAÇÃO EM VÔMICA

A. Cunha, J. Couto, M. Lagarto, D. Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A vômica é a emissão de expectoração muco-purulenta fétida após acesso de tosse (vigoroso). É reconhecida como um sinal

típico dos abscessos pulmonares. Os autores apresentam um caso de uma doente que recorreu à urgência por toracalgia pleurítica intensa após vômica.

Caso clínico: Mulher de 46 anos, fumadora de 25 UMA, sem comorbilidades, recorre ao serviço de urgência por toracalgia pleurítica intensa anterior direita com irradiação posterior após acesso vigoroso de tosse produtiva muco-purulenta fétida. À anamnese a doente referia quadro de dispneia de esforço e tosse produtiva muco-purulenta com 3 meses de evolução, associada a episódios de shivering e sudorese noturna. Negava contexto de aspiração, infeção prévia das vias aéreas, alterações do estado de consciência, disfagia, cáries ou outras lesões dentárias, contacto com pessoas doentes e viagens ao estrangeiro prévias ao início da sintomatologia. Apresentava-se hemodinamicamente estável, muito queixosa à inspiração profunda aquando da auscultação, com hipoxémia em ar ambiente. A radiografia do tórax mostrava uma cavitação com nível hidroaéreo no lobo superior direito (LSD). Analiticamente apresentava elevação marcada dos parâmetros inflamatórios, pelo que iniciou empiricamente ceftriaxone, azitromicina e clindamicina. A TC do tórax que revelou uma extensa consolidação parenquimatosa no LSD associada a coleção abcedada de morfologia irregular com realce marginal e nível hidroaéreo, várias adenopatias hilares direitas e mediastínicas, e suspeita de fistulização broncopleurale por presença de pneumotórax de pequeno volume e derrame pleural sugestivo de empiema. Foi colocado dreno pig-tail por empiema e realizada broncofibroscopia. Todos os exames microbiológicos e culturais (anaeróbios, aeróbios, fungos, micobactérias) do líquido pleural, sangue, expectoração, lavado e aspirado brônquico foram negativos.

Discussão: O abcesso pulmonar é uma infeção purulenta circunscrita e contida no parênquima pulmonar. A maioria surge como complicação da aspiração e, como tal, são tipicamente polimicrobianos e de início indolente. A rotura de abcesso com fístula broncopleurale é uma complicação rara. A rentabilidade dos exames culturais é geralmente baixa pelo que a terapêutica empírica precoce e de espectro alargado deve ser sempre instituída.

Palavras-chave: Abcesso pulmonar. Fístula broncopleurale. Vômica.

11. ECMO - SUPORTE VITAL EM SITUAÇÕES CRÍTICAS

M.M. Guerreiro, M.J. Lúcio, F. Nogueira, C. Cristóvão

Hospital Egas Moniz, ULS Lisboa Ocidental.

Introdução: A oxigenação extracorpórea por membrana (ECMO) é utilizada em situações onde há falência respiratória ou cardíaca grave ou quando outras intervenções terapêuticas são insuficientes para manter a vida do paciente, nomeadamente em quadros de ARDS, emergências perioperatórias, intoxicação por monóxido de carbono, transplante de órgãos. Técnica complexa e invasiva que requer uma equipa multidisciplinar altamente treinada, incluindo médicos intensivistas, enfermeiros e os demais profissionais de saúde.

Caso clínico: Homem 57 anos, autónomo, AP de pneumonite de hipersensibilidade fibrótica, recorre ao SU por dispneia e febre há 5 dias. Histórico de várias idas recentes ao SU por intercorrências infecciosas. EO: dispneico, SatO₂ 85% em aa, febril. AP MV rude, fervores dispersos. Radiografia tórax com infiltrado intersticial difuso. Iniciada antibioterapia com piperacilina-tazobactam. Agravamento progressivo com hipoxemia refratária e hipotensão sendo transferido para Cuidados Intensivos dado necessidade de ventilação mecânica invasiva. Realizada BFO onde se isolou *P. jirovecii*, iniciando cotrimoxazol. Evoluiu desfavoravelmente com acidémia respiratória, em ventilação não protetora num doente com padrão de fibrose dispersa bilateral, subpleural e alterações de vidro despolido disperso, tendo sido transferido doente para Unidade com suporte de ECMO. Esteve na Unidade de ECMO durante 2 semanas

com melhoria clínica e radiológica progressiva, tendo sido retirado do suporte ECMO, submetido a intensa reabilitação física e respiratória, com alta posterior sob OLD.

Discussão: Nos pacientes com insuficiência respiratória grave, seja por hipoxemia ou hipercapnia, a simples ventilação mecânica pode não ser suficiente para atender às necessidades do paciente, especialmente quando se procura evitar danos pulmonares decorrentes de parâmetros ventilatórios não protetores. Nestes casos, a ECMO mostra-se uma alternativa eficaz dado que, além de oxigenar o sangue, também remove eficientemente o dióxido de carbono, o que possibilita a utilização de estratégias de ventilação pulmonar protetora. Embora ofereça benefícios significativos também apresenta riscos, como hemorragias e infecções, reservando-se a casos selecionados e em centros médicos especializados.

Palavras-chave: ECMO. VNI. UCI.

12. NEOPLASIAS SÍNCRONAS: UM DOENTE, QUATRO TUMORES

A.C. Gameiro, A.R. Martins, F. Henriques, A. Cunha, C. Santos, S. Silva, S. Feijó

ULS-Refião de Leiria - Hospital de Santo André.

Introdução: A presença de neoplasias malignas síncronas é rara, sendo a sua ocorrência predisposta por fatores genéticos e ambientais. A presença de tumores síncronos primários do pulmão pode ocorrer, sendo importante a sua caracterização histológica e molecular para distinção entre neoplasias síncronas ou metástases de tumor primário único.

Caso clínico: Homem, 70 anos, ex-fumador (30 UMA), serralheiro. Antecedentes pessoais de DPOC e familiares de cancro da mama e próstata. No contexto de internamento por derrame pleural paraneumônico realizou TC torácica que identificou nódulos pulmonares no lobo superior direito (LSD) com dimensões entre 7 e 10 mm, pelo que foi encaminhado para consulta de Pneumologia. Em TC de reavaliação apresentava no LSD: nódulo sólido (21 mm) de contornos irregulares e espiculados e densificações subsólidas, a maior (17 mm) com contornos irregulares; e ainda nodularidade sólida na região tímica (27 × 15 mm). Pelo aumento de dimensões realizou biópsia transtorácica do nódulo de maiores dimensões, que revelou adenocarcinoma primário do pulmão. Completou estadiamento com PET-FDG que mostrava lesão única captante no LSD e massa mediastínica com captação inconclusiva, e RM de crânio, sem metastização. Perante o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão estadio IA e lesão tímica suspeita foi proposto tratamento cirúrgico. Foi submetido a timectomia e lobectomia superior direita com esvaziamento ganglionar. A histologia da peça operatória mediastínica revelou um timoma estadio de Masaoka modificado I, e a do LSD revelou três tumores classificados como adenocarcinomas invasivos com diferentes padrões histológicos, todos em estadio IA. O 1º tumor apresentava invasão linfovascular pelo que se optou pela realização de quimioterapia adjuvante. Para melhor caracterização foi pedido estudo molecular. O 1º tumor, correspondente ao nódulo biopsiado e com marcação em PET-FDG revelou mutação G12C no exão 2 do gene KRAS e os outros 2, correspondentes às densificações nodulares, revelaram mutação p. (Gly12Asp).

Discussão: A distinção entre neoplasias síncronas e presença de metástases pulmonares representa um desafio diagnóstico, com impacto importante no estadiamento, prognóstico e tratamento. A avaliação histológica completa e estudo molecular tornam-se essenciais para a melhor caracterização possível e consequente abordagem mais correta.

Palavras-chave: Neoplasias pulmonares síncronas. Adenocarcinoma do pulmão. Timoma.

13. ENFISEMA BOLHOSO - UMA CASCATA DE COMPLICAÇÕES

F.T. Silva, M.M. Cruz, A. Vale, B. Conde, A. Loureiro

ULS Trás-os-Montes e Alto Douro.

Introdução: O enfisema bolhoso afeta cerca de 5% da população mundial, sendo o tabagismo uma das causas mais comuns e o pneumotórax uma complicação frequente. Existem vários casos descritos de preenchimento destas bolhas por fluido, porém a sua infeção é menos relatada. A sua abordagem e tratamento são ainda menos consensuais.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, com 82 anos, autónomo, ex-fumador, com uma carga tabágica superior a 100 UMA. Com antecedentes de DPOC GOLD 3B e enfisema bolhoso extenso e, associadamente, doença cerebrovascular, aneurisma da aorta torácica e abdominal, gamopatia monoclonal de significado indeterminado e adenocarcinoma da próstata. Durante o internamento por pneumotórax espontâneo secundário, drenado com dreno de jolly, constatou-se a sua localização intra-cisural, com necessidade de reposicionamento. Pelo risco cirúrgico inerente ao doente, optou-se por tratamento médico com pleurodese química, que decorreu sem complicações imediatas. Posteriormente, 2 dias após a remoção do dreno, inicia quadro de hemoptises de pequeno volume, autolimitadas, cuja imagem torácica sugere preenchimento parcial das bolhas enfisematosas com líquido, e derrame pleural direito de pequeno volume. Associadamente houve aumento dos parâmetros inflamatórios e febre, pelo que se procedeu a drenagem de líquido sero-hemático de umas das bolhas, com dreno pigtail. Cumpru 18 dias de antibioterapia (piperacilina/tazobactam e clindamicina), sem isolamentos microbiológicos. Por melhoria clínica, analítica e imagiológica, removeu o dreno 8 dias após a sua colocação.

Discussão: Este caso clínico ilustra a dificuldade inerente a uma complicação rara do enfisema bolhoso, com abordagem terapêutica por vezes discordante. Apesar de resolúvel, a doença pulmonar crônica grave e suas complicações, são um verdadeiro desafio na pneumologia clínica.

Palavras-chave: DPOC. Enfisema bolhoso. Hemoptises.

14. QUANDO A CAUSA DO DERRAME PLEURAL NÃO É PULMONAR: UM CASO CLÍNICO

A.R. Pereira, A. Andrade, D.S. Gomes, S. Costa, B. Rodrigues, L. Andrade

Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro.

Introdução: O derrame pleural é uma complicação rara da pancreatite aguda e crónica. Está associado a uma mortalidade de 20-30%. A maioria dos derrames são à esquerda, seguidos de derrame bilateral e 10% são à direita. As duas causas principais são o bloqueio linfático transdiafragmático e fístula pancreático-pleural, esta última é uma causa ainda mais rara e está mais associada a casos de pancreatite em alcoólicos.

Caso clínico: Homem, 60 anos, autónomo, fumador (50 UMA), com antecedentes de micronodulação pulmonar estável desde 2014, enfisema pulmonar, consumo excessivo de álcool e pancreatite crónica alitiásica com vários internamentos por pancreatite agudizada desde 2002. Internado em junho/2023 com queixas de dispneia de novo de agravamento gradual associada a dor epigástrica de longa data. Analiticamente com aumento da amilase e lipase. Tomografia computadorizada (TC) com derrame pleural bilateral de pequeno/moderado volume e alterações compatíveis com coleção abcedada lobulada paravertebrais com difícil individualização da glândula supra-renal, junção gastro-esofágica e cauda pancreática. Sem insuficiência respiratória. Toracocentese diagnóstica com proteínas totais de 3,1 g/dL e elevação da amilase e lipase no líquido pleural (3.258 UI/L e 3.978 U/L respetivamente). Assumido

derrame pleural em contexto de pancreatite crônica agudizada. Recorre novamente ao serviço de urgência em julho/2023 pelo mesmo quadro. TC com melhoria do derrame pleural à direita e agravamento à esquerda (de grande volume), pâncreas heterogêneo com calcificações, pseudoquistos, dilatação do canal de Wirsung e ligeira melhoria da coleção referida anteriormente. Nova toracocentese diagnóstica revelou proteínas totais de 3,6 g/dL, amilase > 3.500 UI/L e lipase > 4.500 U/L no líquido pleural. Realizou colangiopancreatografia por ressonância magnética com identificação de fistula pancreático-pleural. Com indicação para toracocenteses evacuadoras enquanto aguarda resolução por parte da Cirurgia Geral.

Discussão: O presente caso clínico ilustra um caso raro de derrame pleural por fistula pancreático-pleural em pancreatite crônica. Estes derrames são refratários à drenagem e geralmente resolvem após resolução da etiologia intra-abdominal.

Palavras-chave: *Derrame pleural. Pancreatite. Fistula.*

15. A SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO NO PÓS-ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Pereira, C. Valente, B. Ferraz, M. Redondo, J. Borges, M. Drummond

Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro.

Introdução: A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é comum e está associada a diversas patologias cerebrais e cardiovasculares, representando um fator de risco significativo para estas. Frequentemente diagnosticada após um acidente vascular cerebral (AVC), a identificação e o tratamento precoce da SAOS são fundamentais para a prevenção de complicações adicionais.

Objetivos: Avaliar se existe relação entre o nível de adesão (boa/baixa) ao tratamento da SAOS com pressão positiva na via aérea (PPVA) e o nível de gravidade da SAOS (ligeira/moderada/grave) com a ocorrência de eventos adversos (evento cerebrovascular/cardiovascular/morte) nos doentes diagnosticados com SAOS após AVC.

Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva de uma amostra de adultos com diagnóstico de SAOS de novo após AVC na Unidade Local de Saúde de São João entre 01/06/2020 e 30/06/2023 com reavaliação posterior em consulta. Foi utilizado o teste estatístico exato de Fisher.

Resultados: Foram incluídas 21 pessoas (44-76 anos de idade), 47,6% fumadores ativos, 62,5% hipertensos, 28,6% diabéticos, 9,5% com arritmias, 14,3% obesos e 33,3% com excesso de peso. Foi diagnosticada SAOS ligeira em 19,0% dos casos, moderada em 33,3% e grave em 47,6%. Foi realizada polissonografia nível I em 4,8% e nível III em 95,2% dos casos cerca de 33 dias (mediana) após o AVC. A mediana de tempo até ao início do tratamento dirigido à SAOS com PPVA foi de 40 dias. A maior parte dos doentes (52,4%) apresentaram baixa adesão ao tratamento, com a reavaliação a ocorrer entre um a doze meses após a implementação da terapêutica. Não foi estabelecida uma relação significativa entre o nível de adesão nem o nível de gravidade da SAOS com o número de eventos adversos ($p = 0,476$ e $p = 1,000$, Teste Exato de Fisher, respetivamente). No entanto, ocorreram eventos adversos em dois casos. Um homem de 65 anos com baixa adesão ao tratamento sofreu um acidente isquémico transitório de novo, uma mulher de 75 anos que recusou tratamento morreu num contexto de pneumonia de aspiração.

Conclusões: É importante uma avaliação a mais longo prazo após o evento cerebrovascular e uma amostra maior que permita uma análise mais fidedigna. No entanto, este estudo sugere uma tendência para a ocorrência de eventos adversos na SAOS de maior gravidade e nos casos de baixa adesão ao tratamento.

Palavras-chave: *Síndrome de apneia obstrutiva do sono. Acidente vascular cerebral. Adesão terapêutica.*

16. MUITO MAIS DO QUE ASMA... GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE

A. Andrade, P. Teixeira, V. Fernandes

ULSRA.

Introdução: A granulomatose eosinofílica com poliangeíte (EGPA) é uma vasculite ANCA de pequenos e médios vasos rara.

Caso clínico: Homem de 51 anos, ex-fumador (16 UMA), referenciado a consulta por asma eosinofílica com início em idade adulta de difícil controlo. Medicado com ICS em dose média e LABA. Apresentava como antecedentes pessoais rinosinusite crónica com polipose nasal (RCcPN), submetido a polipectomia (histologicamente com alguns eosinófilos). Analiticamente com eosinofilia periférica ($1,27 \times 10^9/L$). Realizado step-up para inaloterapia tripla, a que se associou montelucaste. Foi ainda realizada prova terapêutica com antiparasitário. Após 1 mês recorreu ao SU por défice sensitivo-motor da mão direita, tendo sido excluído evento cerebrovascular. Recorreu novamente ao SU 2 meses depois por agravamento das queixas de cansaço e dispneia para médios esforços, tosse produtiva por vezes raiada de sangue, febre vespertina e perda ponderal de 3 kg. Ao exame objetivo apresentava sibilância e défice sensitivo-motor na mão direita. Analiticamente com hipoxemia, VS 44 mm, anti-MPO 67 UI/mL e eosinofilia $16,13 \times 10^9/L$. Por suspeita de EGPA, iniciou metilprednisolona 1 mg/Kg e foi internado para estudo complementar. Realizou broncoscopia com lavado broncoalveolar que foi inconclusivo; angioTC torácica com áreas de densificação parenquimatosa, consolidação na base esquerda com derrame pleural ligeiro e espessamento difuso de paredes brônquicas; esfregaço de sangue periférico com eosinofilia; ECG normal, ecocardiograma com ligeiro derrame pericárdico, e eletromiografia da mão direita com compressão do nervo mediano. No internamento, desenvolveu défice sensitivo do pé direito, tendo realizado nova eletromiografia que foi compatível com mononeuropatia múltipla. Apresentou evolução clínica favorável, tendo tido alta. Dado o diagnóstico de EGPA com envolvimento pulmonar, ORL e neurológico (défice sensitivo persistente), iniciou tratamento em Hospital de Dia com ciclofosfamida.

Discussão: O diagnóstico precoce de EGPA é desafiante, sendo necessário um elevado grau de suspeição. O diagnóstico diferencial é difícil principalmente com síndrome hipereosinofílica. Para além disso, os critérios aprovados para o diagnóstico da EGPA implicam a presença de vasculite em biópsia, que pode ser inconclusiva sob corticoterapia sistémica.

Palavras-chave: *Granulomatose eosinofílica com poliangeíte. Vasculite ANCA. Eosinofilia periférica.*

17. TERAPÊUTICA INTRA-HOSPITALAR VS AUTO-ADMINISTRAÇÃO EM DOENTES COM DÉFICE DE ALFA-1-ANTITRIPSINA: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

A. Lira, A. Mineiro, C. Antunes, A. Borba, A. Miguel

Hospital de Santa Marta.

Introdução: O défice de alfa-1 antitripsina (DA1AT) é uma doença genética rara, associada a enfisema pulmonar e doença hepática crónica em diferentes graus. A terapêutica de reposição diminui a progressão da doença e está indicada nos doentes com défice grave, mas requer administração endovenosa em meio hospitalar.

Casos clínicos: No nosso centro Hospitalar são seguidos até à data atual 6 doentes sob reposição de A1AT. A idade mediana é de $58,5 \pm 10,1$ anos, 4 são do sexo masculino, 5 têm fenótipo ZZ e apenas 1 SZ; Todos os doentes cumprem critérios de DPOC nas provas de função respiratórias e apenas um apresenta, à data, critérios de insuficiência respiratória. Realizam administração de A1AT em meio hospitalar, com periodicidade quinzenal ou semanal, há $36(\text{mediana}) \pm 39,6$ meses, com necessidade de despender pelo menos 90

minutos neste dia para tal. Em 2023, o doente mais novo (52 anos) e com seguimento em consulta há mais tempo (desde 2012) tornou-se o primeiro doente em Portugal em regime de auto-administração de A1AT. Este doente apresentava em 2012 alteração ventilatória obstrutiva pulmonar, com FEV1 52%, FEV1/FVC 37%, CPT 118%, VGIT 130%; bem como alterações enfisematosas e níveis séricos de A1AT de 0,21 g/L. O estudo genético identificou o fenótipo ZZ, pelo que iniciou terapêutica de reposição, além de medicação broncodilatadora otimizada e de reabilitação respiratória. Em 2018 iniciou oxigenoterapia no esforço e em viagens de avião. À data atual em mMRC1, FEV1: 40%, sem exacerbações, BODE 5 sob OLD 24h. Uma vez que mantém uma vida profissional activa, foi proposto, em Junho de 2023, iniciar auto-administração no domicílio da terapêutica, tendo sido necessárias 3 sessões de ensino pela equipa de enfermagem.

Discussão: O doente referiu melhoria de qualidade de vida significativa, menor ligação ao hospital e ausência de complicações. O regime de autoadministração de terapêutica de reposição de AAT implica uma seleção criteriosa dos doentes, tendo em conta parâmetros psicológicos, físicos, logísticos e sociais. O ensino adequado da técnica é essencial. Neste caso a introdução desta modalidade terapêutica associou-se a melhoria de qualidade de vida e autonomia, sem interferir com a estabilidade clínica ou segurança do doente.

Palavras-chave: A1AT. Auto-administração. Autonomia.

18. A GRANDE SIMULADORA - UM CASO SUSPEITO DE METASTIZAÇÃO PULMONAR

A.I. Santos, J. Ramos, P. Cravo Roxo

ULS Coimbra.

Introdução: O cancro do pulmão é a neoplasia maligna mais frequente e a principal causa de morte por doença oncológica e, junto com metastização pulmonar por outra neoplasia, é a principal suspeita num doente com múltiplos nódulos pulmonares. O diagnóstico diferencial inclui tuberculose pulmonar ou sarcoidose. O tuberculoma pulmonar é um nódulo/massa caseosa encapsulada bem circunscrita localizada no pulmão e causada por *Mycobacterium tuberculosis*, sem inflamação ou disseminação circundantes, e que pode ser a manifestação de tuberculose primária ou pós-primária.

Caso clínico: Homem, 55 anos, fumador, sem antecedentes patológicos. À admissão na Urgência com quadro de toracalgia aguda, tosse seca matinal crónica e perda ponderal não quantificada com 2 semanas de evolução. Ao exame objetivo sem alterações e gasimetricamente sem insuficiência respiratória. Analiticamente com elevação de D-dímeros e na radiografia torácica eram evidentes opacidades parenquimatosas nodulares bilaterais. A angio-TC descartou embolia pulmonar e identificou múltiplas formações nodulares sólidas com contornos espiculados e caudas pleurais sugestivas de processo neoplásico primitivo/metástases. Do estudo em ambulatório, as serologias e virologias foram negativas, não realizou broncofibroscopia pela localização periférica das lesões, a TC cranioencefálica não identificou lesões metastáticas, exceto uma possível lesão osteoblástica, e na PET/CT múltiplos nódulos dispersos e formações ganglionares mediastino-hilares com captação intensa de 18FDG. Realizou 2 biópsias pulmonares guiadas por TC que foram inconclusivas e a biópsia cirúrgica de 2 nódulos pulmonares revelou tuberculomas. Foi orientado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico e iniciou terapêutica antibacilar.

Discussão: Os tuberculomas pulmonares são nódulos benignos, geralmente encontrados sob a forma de nódulo solitário e sobretudo nos lobos superiores. Contudo, este caso descreve uma apresentação atípica como nódulos múltiplos dispersos bilateralmente que mimetizam metástases pulmonares. O diagnóstico de tuberculoma pulmonar permanece desafiante por requerer um procedimento invasivo e pelo diagnóstico diferencial importante com doença ma-

ligna, e que poderá coexistir. A resposta à terapêutica antibacilar é geralmente favorável com redução e/ou desaparecimento dos nódulos.

Palavras-chave: Nódulos pulmonares. Metastização pulmonar. Tuberculoma.

19. PARA ALÉM DAS BRONQUIECTASIAS: UM ACHADO DE POLICONDRITE RECIDIVANTE NA PRÁTICA CLÍNICA

A.I. Santos, D. Ferreira, J. Cemlyn-Jones

ULS Coimbra.

Introdução: Bronquiectasias (BQ) são dilatações brônquicas crónicas com consequentes complicações respiratórias. As causas possíveis são múltiplas e do estudo etiológico faz parte a avaliação da autoimunidade. A policondrite recidivante (PR) é uma doença autoimune rara caracterizada por inflamação recorrente da cartilagem do ouvido externo, nariz, laringe, traqueia e brônquios major. Embora infrequente, pode coexistir com BQ apresentando desafios de gestão. Apresentamos um caso clínico de BQ cujo estudo complementar revelou PR concomitante.

Caso clínico: Mulher, 57 anos, sem antecedentes patológicos, seguida em Consulta de Pneumologia desde 2021 após episódio de pneumonia da comunidade. Por manutenção de toracalgia e tosse realizou TC torácica que revelou BQ e bronquiolectasias difusas *de novo*. Cumpriu cinesiterapia respiratória com melhoria, mas mantendo tosse e broncorreia diária em menor grau. Do estudo complementar no âmbito da Consulta de BQ foi identificada positividade para anticorpos anti-P-ANCA mieloperoxidase. Foi avaliada em Consulta de Doenças Autoimunes onde se apuraram episódios de pericondrite da cartilagem auricular bilateral com 1 ano de evolução e resolução espontânea, com prurido e elevação da velocidade de sedimentação concomitantes. O quadro clínico é compatível com PR, com condrite inflamatória auricular não-erosiva, mas seropositiva, com envolvimento do respiratório. A presença de BQ de etiologia não-infecciosa é enquadrável no diagnóstico de PR. A doente mantém-se em vigilância com realização de ciclos curtos de corticoterapia se episódios de flare, sem imunossupressão de base pelo risco infeccioso respiratório.

Discussão: O caso clínico apresentado ressalta a importância de considerar etiologias autoimunes na investigação diagnóstica das BQ principalmente quando acompanhadas de sintomas atípicos ou achados laboratoriais sugestivos de inflamação sistémica. A coexistência de PR e BQ apresenta desafios diagnósticos e carece de uma abordagem multidisciplinar. O tratamento da PR é principalmente sintomático e nenhum protocolo terapêutico padrão está estabelecido devido à raridade da doença. O prognóstico é geralmente bom, mas o envolvimento das vias aéreas é fator de morbilidade e mortalidade, podendo evoluir com complicações respiratórias.

Palavras-chave: Bronquiectasias. Doença autoimune. Policondrite recidivante.

20. GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE: PARA ALÉM DA CORTICOTERAPIA

A.L. Trigueira, A. Machado, J.M. Macedo, L.F.S. Silva, J.C. Costa, R.M. Gomes, M. Santos, J. Ferreira

ULS Entre Douro e Vouga.

Introdução: A granulomatose eosinofílica com poliangeíte (GEPa), previamente conhecida como síndrome de Churg-Strauss, é uma patologia multissistémica caracterizada pela presença de asma, rinosinusite e eosinofilia acentuada.

Caso clínico: Homem de 38 anos, ex fumador (6 UMA), antecedentes de rinite alérgica e polipose nasal, submetido a polipectomia em 2022. Medicado habitualmente com corticoide nasal e

terapêutica inalatória (corticoide associado a um agonista beta2 de longa ação) por sibilância recorrente. Foi admitido no serviço de urgência por tosse e pieira em agravamento há 3 meses, associadas a expectoração mucopurulenta. Negava dispneia, dor torácica e febre. Na auscultação pulmonar, tinha murmúrio vesicular rude nos ápices e sibilos bilateralmente. Sem insuficiência respiratória. Do estudo realizado na urgência, apresentava leucocitose com eosinofilia (14,8%), aumento da proteína C reativa (25,9 mg/L) e da velocidade de sedimentação (36 mm). Estudo microbiológico com antígeno SARS-CoV-2, antígeno *L. pneumophilla* e *S. pneumoniae* negativos. Na TC tórax, observadas várias áreas de consolidação, associadas a opacidades em vidro despolido no lobo superior direito. Continuou a investigação em regime de internamento, com auto-imunidade negativa (inclusive ANCA e ANA), mas aumento da IgE (521 KU/L). Realizou broncoscopia com lavado broncoalveolar que tinha aspeto inflamatório com predomínio de eosinófilos (60%), sem isolamentos microbiológicos; as biópsias brônquicas, evidenciavam infiltrado inflamatório de polimorfonucleares eosinófilos intra/extravascular. Após instituição de corticoterapia sistémica e otimização da terapêutica inalatória, o doente evoluiu favoravelmente. Ao consultar o processo, verificou-se a existência de eosinofilia periférica há pelo menos 2 anos. Atualmente, é seguido em consulta de Pneumologia, tendo iniciado mepolizumab 300 mg SC mensal, tendo sido possível suspender corticoterapia periférica, mantendo boa evolução.

Discussão: Este caso representa a fase eosinofílica da GEPA, salientando-se significativo envolvimento do pulmão, com cerca de 40% dos pacientes a apresentar opacidades pulmonares, asma e eosinofilia periférica. Esta fase antecede a vasculite sistémica, uma condição potencialmente ameaçadora à vida, sublinhando a importância de iniciar o tratamento de forma imediata.

Palavras-chave: *Granulomatose eosinofílica com poliangeite. Churg-Strauss. Eosinofilia.*

21. INFEÇÃO POR MYCOBACTERIUM CHIMAERA EM INDIVÍDUO IMUNOCOMPETENTE

A.L. Trigueira, L.F.S. Silva, J.M. Macedo, R.M. Gomes, J. Ferreira
ULS Entre Douro e Vouga.

Introdução: A *Mycobacterium chimaera* (MC) é um microrganismo descrito recentemente, pertencente ao complexo *Mycobacterium avium*. Nos últimos anos, destacou-se ao ser identificada como causa de infeções disseminadas em doentes submetidos a cirurgias cardíacas. Há também descrição de casos em doentes imunodeprimidos. Contudo, a infeção em pessoas imunocompetentes é extremamente rara.

Caso clínico: Homem de 54 anos, funcionário da câmara municipal, ex-fumador há 10 anos. Foi referenciado à consulta de Pneumologia por alterações numa tomografia computadorizada (TC), com uma lesão cavitada no lobo superior direito. Tinha antecedentes de bronquiectasias, com uma história de expectoração hemoptoica há 3 anos, sem novos episódios desde há 2 anos. Desvalorizava queixas de emagrecimento de cerca de 5 kg e de dispneia (mMRC = 1), ao longo do último ano. Negava história de infeções respiratórias de repetição e sintomas oculares. Bebeu água do poço em 2020 e 2021. Ao exame objetivo, não apresentava alterações. Por ausência de expectoração para colheita, foi realizada uma broncoscopia com lavado brônquico dirigido ao brônquio lobar superior direito, tendo-se detetado uma MC. O doente foi referenciado para o centro de diagnóstico de tuberculose, tendo sido iniciado tratamento com azitromicina, rifampicina e etambutol. Aguarda teste de resistência aos macrólidos. Na reavaliação aos 15 dias, o doente referia apenas náuseas e diarreia, autolimitados aos 3 primeiros dias. Análises e eletrocardiograma normais. O expectável é que cumpra pelo menos 12 meses de tratamento.

Discussão: O caso clínico que descrevemos envolve uma infeção por MC num indivíduo imunocompetente, tratando-se de um caso único pela sua raridade. Devido à natureza indolente do microrganismo, os sintomas foram pouco valorizados pelo doente, existindo lesão cavitada extensa no momento do diagnóstico. Como a micobactéria é recente, não existem indicações específicas para o seu tratamento; portanto, é utilizado o mesmo esquema terapêutico recomendado para os demais casos do complexo *Mycobacterium avium*.

Palavras-chave: *Micobactéria atípica. Mycobacteria chimaera.*

22. UMA COMPLICAÇÃO TORÁCICA RARA DE NEOPLASIA GÁSTRICA

R. Oliveira, D. Godinho, P. Varandas, R. Macedo, P. Pinto,
 C. Bárbara

Departamento do Tórax, Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde Santa Maria.

Introdução: O quilotórax pode surgir como complicação rara de doenças neoplásicas, mais frequentemente, o linfoma. Contudo, existem na literatura, alguns casos descritos de quilotórax no contexto de neoplasia gástrica avançada, podendo ser secundários a invasão maligna directa do ducto linfático ou por efeito de massa. Nos casos de quilotórax bilateral com ascite, a migração transdiafragmática de ascite quilosa pode ser o mecanismo fisiopatológico mais provável.

Caso clínico: Reporta-se o caso de uma mulher de 51 anos, com diagnóstico conhecido de neoplasia gástrica com metastização peritoneal, sob quimioterapia paliativa com capsitabina e irinotecano. A doente apresentava linfedema significativo, ascite e dispneia progressiva causada por derrame pleural bilateral, mais exuberante à esquerda. Após toracocentese, o líquido pleural apresentava aspeto quiloso e o exame citoquímico revelou contagem de triglicéridos de 458 mg/dL. A paracentese revelou, também, um líquido do tipo leitoso com componente importante de triglicéridos de 496 mg/dL. Foi colocado dreno torácico, assim como dieta apropriada e terapêutica com octeotrido para minimizar a excreção de fluido linfático. Contudo, a quantidade de líquido drenado manteve-se superior a 1L por dia. Deste modo, como medida diagnóstica e terapêutica, foi realizada uma linfangiografia pela radiologia de intervenção. A acumulação de lipiodol adjacente ao diafragma medial esquerdo foi interpretada como anómala, revelando, assim, obstrução. Houve diminuição significativa do líquido drenado nos dias após realização de linfangiografia, tendo sido também considerada a embolização do ducto torácico. No entanto, devido a complicações relacionadas com a doença neoplásica avançada, a doente acabou por falecer durante o internamento.

Discussão: A abordagem do quilotórax maligno é complexa e requer, frequentemente, uma abordagem multidisciplinar. Destaca-se, neste caso, a colaboração entre a Pneumologia, Radiologia de Intervenção, Oncologia, Medicina Paliativa e Nutrição, tendo sido essencial para uma melhor gestão da doença durante o internamento.

Palavras-chave: *Quilótórax. Ascite quilosa. Neoplasia.*

23. DIAGNÓSTICO TARDIO NA FIBROSE QUÍSTICA - NOVOS CAMINHOS NA ERA DA TERAPÊUTICA MODULADORA

B. Martins, J. Pacheco, R. Boaventura, L. Almeida, A. Amorim
Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto.

Introdução: A fibrose quística (FQ) é uma doença sistémica, autosómica recessiva, cuja apresentação habitual ocorre na infância. Atendendo à complexidade e heterogeneidade da sua manifestação, o seu diagnóstico pode ocorrer de forma tardia, na idade adulta, apresentando-se geralmente na forma de bronquiectasias com infeção crónica associada.

Caso clínico: Mulher de 40 anos, com antecedentes de tuberculose pulmonar em 1997, lobectomia superior direita e ressecção do segmento apical do lobo inferior direito em contexto de infecções de repetição em 2003, seguida previamente noutro centro. Internada em 2020 na Unidade de Cuidados Intensivos por hemoptises maciças, infecção respiratória a MRSA e insuficiência respiratória tipo 2 com necessidade de intubação orotraqueal. A TC torácica revelou a presença de bronquiectasias cilíndricas e quísticas bilateralmente, com maior expressão a nível apical no pulmão direito remanescente. A doente foi submetida a arteriografia com embolização seletiva e iniciou antibioterapia, com resolução das hemoptises. Constatada desnutrição calórico-proteica moderada (IMC 16 Kg/m²). Com base nas alterações imagiológicas e IgG de *aspergillus fumigatus* (194 mgA/L) assumiu-se aspergilose crónica cavitária, tendo iniciado voriconazol. No estudo etiológico das bronquiectasias foi identificado um teste de suor positivo (103 mmol/L), sendo o diagnóstico de FQ confirmado pela presença de 2 variantes patogênicas (F508del e R334W). A doente teve alta do internamento sob oxigenoterapia de deambulação e foi referenciada para avaliação para transplante pulmonar. Apresentava síndrome ventilatório obstrutivo grave (FEV1 25,3%). Em 2021 iniciou terapêutica moduladora com elexacaftor-tezacaftor-ivacaftor, sem efeitos laterais associados, apresentando franca melhoria clínica, funcional (FEV1 atual 38,8%), com possibilidade de suspensão de oxigenoterapia, resolução do quadro de desnutrição (IMC 21,6 Kg/m²) e saída de lista ativa de transplante.

Discussão: O presente caso reflete a importância da suspeição do diagnóstico de FQ em doentes adultos, dada a precocidade de introdução de tratamento se associar a melhor prognóstico, sobretudo atendendo à existência atual de terapêutica moduladora do CF-TR e o seu impacto positivo significativo no prognóstico da doença.

Palavras-chave: Fibrose quística. Elexacaftor-tezacaftor-ivacaftor. Bronquiectasias.

24. INTERNAMENTOS POR HEMOPTISE NO HOSPITAL DE LOURES: UMA ANÁLISE DESCRITIVA

B. Cêrca, M.A. Santos, C. Simão, M. Aguiar, F. Todo-Bom

Hospital de Loures - ULS Loures-Odivelas.

Introdução: A hemoptise é um sintoma comum de diversas patologias pulmonares com tratamento e prognóstico muito distintos.

Objetivos: Caracterizar os doentes internados com hemoptises em relação a dados demográficos, etiologia, achados imagiológicos e endoscópicos, necessidade de cuidados intensivos e mortalidade. Avaliar a relação entre o timing de realização e a rentabilidade da broncoscopia flexível (BF).

Métodos: Estudo observacional retrospectivo dos diagnósticos de hemoptise no internamento no Hospital de Loures entre janeiro de 2022 e dezembro de 2023. Realizou-se a estatística descritiva no Microsoft Excel e avaliou-se a rentabilidade da BF no SPSS Statistics 29, considerando estatisticamente significativos valores $p < 0,05$.

Resultados: Foram incluídos 96 doentes, 65% do sexo masculino e com média etária de 67 ± 16 anos. A etiologia foi multifatorial em 30% (24% por anticoagulação concomitante a outra etiologia), neoplasia em 20%, infecção em 19% e bronquiectasias em 9%. 14% foram assumidas como idiopáticas. A maioria dos episódios foram ligeiros ou moderados (47%). A TC torácica era sugestiva de neoplasia em 24%, de infecção em 19% e de hemorragia alveolar em 14%. Foi realizada BF em 57%, em média $3 \pm 3,8$ dias após admissão. A origem da hemorragia foi localizada em 35% das BF, estando ativa em 13% (71% destes realizaram terapêutica endobrônquica). Observou-se uma tendência sem significado estatístico para maior rentabilidade da BF na localização da origem da hemorragia quando realizada nas primeiras 48 horas após admissão (43 vs. 27%, $p = 0,22$). A BF permitiu a identificação ou confirmação da etiologia em 44% dos doentes que a realizaram: 15 doentes com alterações endobrônquicas (12 neoplasias, 2 pneumonias e 1 aspergiloma), 8 com isolamento

bacteriano e 3 com tuberculose. Por fim, 15% dos doentes foram admitidos em UCI, sendo a taxa de mortalidade 15%.

Conclusões: A BF é uma ferramenta essencial no diagnóstico e terapêutica das hemoptises, com uma tendência para maior rentabilidade quando realizada precocemente. Nos casos cuja etiologia foi multifatorial é de salientar a elevada percentagem de doentes sob anticoagulação oral o que poderá estar relacionado com o número crescente de doentes sob esta terapêutica.

Palavras-chave: Hemoptises. TC torácica. Broncoscopia.

25. ALÉM DA PELE - MANIFESTAÇÕES PULMONARES DA SÍNDROME DE SWEET

B. Catarino, O. Salgado, S. Barros

USF Salvador Machado (ULS Entre o Douro e Vouga).

Introdução: A Síndrome de Sweet é uma dermatose neutrofílica, de predomínio no sexo feminino, caracterizada por início súbito de febre, leucocitose e lesões cutâneas eritemato-violáceas, com infiltrado dérmico por neutrófilos. O envolvimento pulmonar é raro mas potencialmente fatal se não tratado.

Caso clínico: Mulher, 57 anos. Várias idas ao Serviço de Urgência (SU) por pustulose palmo plantar (melhorava parcialmente com corticoide tóxico), odinofagia e lesões orais dolorosas. Destaca-se episódio de SU a 06/09 por febre de novo, com elevação de parâmetros inflamatórios. Apresentava múltiplas vesículas com rutura espontânea e corrimento purulento. Internada no Serviço de Medicina Interna com as hipóteses de eritema multiforme major pós infeccioso, embolização séptica ou síndrome de Sweet. Realizou biópsias cutâneas e antibioterapia com aparente melhoria clínica. Tomografia computadorizada (TC) toracoabdominopélvica com nódulos pulmonares no lobo superior esquerdo (LSE). Broncofibroscopia sem alterações. Lavado broncoalveolar com BAAR, PCR de *M. tuberculosis* e cultura negativos. Citologia negativa para células malignas. TC de reavaliação com regressão das lesões nodulares, pelo que não foi realizada biópsia. Por reaparecimento de lesões cutâneas e nova elevação de marcadores inflamatórios, recolocada hipótese de síndrome de Sweet - iniciou corticoterapia sistémica, com evolução favorável. Anatomia patológica das lesões cutâneas com infiltrado neutrofílico, compatível com a suspeita. Alta após 14 dias com lesões em cicatrização. TC Tórax (jan 2023) com regressão completa dos nódulos. Reaparecimento das lesões a 20/02/2024, após redução da dose de corticoide. Nova TC tórax a destacar nódulo de 4,5 cm no LSE, que regrediu com reajuste do corticoide.

Discussão: Este caso pretende ilustrar uma apresentação rara da Síndrome de Sweet e enfatizar a importância da colaboração entre especialidades médicas na otimização da gestão destes doentes. A nível pulmonar manifesta-se como alveolite neutrofílica, culturas negativas e infiltrados parenquimatosos responsivos a corticoterapia. Os sintomas cutâneos e pulmonares são, habitualmente, concomitantes podendo os cutâneos surgir meses ou anos antes. Sem tratamento, a sua duração é imprevisível e pode ter recorrências frequentes com evolução para insuficiência respiratória e ARDS.

Palavras-chave: Síndrome de Sweet. Nódulos pulmonares. Dermatose.

26. ANOMALIAS PULMONARES INTERSTICIAIS (ILA): MAIS DO QUE UM ACHADO RADIOLÓGICO INCIDENTAL?

B. Ferraz, M.E. Brandão, A. Carvalho, C.S. Moura, S. Guimarães, P.C. Mota, A. Morais, T. Oliveira

Unidade Local de Saúde do Santo António.

Introdução: As ILA são alterações radiológicas parenquimatosas pulmonares subtile, com ocupação < 5% do parênquima pulmonar iden-

tificadas incidentalmente em TC de tórax de alta resolução, na ausência de sintomas ou alterações da função respiratória.

Caso clínico: Homem de 75 anos, ex-fumador 60 UMA, sem outras exposições. História de síndrome de cólon irritável e arteriopatia periférica. Em TC toracoabdominal realizada por diarreia recorrente identificou-se reticulação parenquimatosa pulmonar subpleural com gradiente ápico-caudal, inespecífica, e densificação em vidro despolido no lobo inferior do pulmão direito. O doente encontrava-se assintomático e com exame objetivo respiratório normal. Espirometria, volumes estáticos e difusão alvéolo-capilar do monóxido de carbono normais. Assumido o diagnóstico de ILA, tendo o doente permanecido em vigilância. Por incremento dimensional da densificação em vidro despolido e do seu componente sólido, foi realizada biópsia pulmonar transtorácica (BPTT), cuja histologia não evidenciou malignidade. Após agravamento radiológico da lesão, a BPTT foi repetida, revelando adenocarcinoma primitivo pulmonar. Mediante doença oncológica em estadió precoce, proposto para lobectomia. Porém, no intraoperatório constatou-se rigidez e friabilidade do parênquima pulmonar; assim, realizou-se exérese atípica do nódulo pulmonar para minorar o risco de complicações pós-operatórias. Histologia da peça cirúrgica documentou a neoplasia e pneumonia intersticial fibrótica com padrão de pneumonia intersticial usual (UIP) provável. Assumido, em contexto multidisciplinar, o diagnóstico de doença pulmonar fibrótica inclassificável e proposta vigilância.

Discussão: O presente caso clínico pretende demonstrar que as ILA fibróticas, embora constituam um achado subclínico, têm tradução histopatológica e têm relevância no plano terapêutico dos doentes, nomeadamente interferindo no risco inerente à cirurgia torácica. Além disso, o reconhecimento e vigilância desta entidade permite instituição atempada de terapêutica se a sua evolução o justificar.

Palavras-chave: *Anomalias pulmonares intersticiais. Neoplasia Pulmonar.*

27. ANÁLISE DA RESPOSTA CLÍNICA, GASIMETRIA E FUNCIONAL NUMA POPULAÇÃO COM CIFOESCOLIOSE: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

B. Ramos, F. Munoz, S. Moura Cabral, J. Trilha Campos, A. Vasconcelos

ULSAM.

Introdução: A cifoescoliose (CE) é definida como um desvio da curvatura normal da coluna vertebral nos planos sagital e coronal, podendo ocorrer rotação do eixo espinhal. É classificada em primária ou secundária, sendo frequente estes doentes desenvolverem insuficiência respiratória com necessidade de VNI.

Objetivos: Avaliar a resposta clínica, funcional e gasimétrica numa população com CE após início de VNI, assim como, numa subanálise dos mesmos dados nos doentes com CE grave.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo dos doentes com CE em consulta de VNI. Foram colhidos dados demográficos, clínicos, gasimétricos e funcionais. A normalidade da distribuição das variáveis foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. Para as amostras emparelhadas utilizou-se o teste T e para as restantes o teste de Wilcoxon. Efetuada uma subanálise nos doentes com CE grave. A análise foi realizada no SPSS versão 29, com um nível de significância de 0,05.

Resultados: Identificados 19 doentes, com idade média de 67,2 ± 14,1 anos, na sua maioria do sexo masculino (n = 12) e classificada como primária em 84% (n = 16). De acordo com os critérios imagiológicos, definidos pelo ângulo de Cobb, a CE é classificada como grave em 16 doentes. A maioria encontra-se ventilado em modo ST (n = 15), com média de EPAP/IPAP de 6,6/21,7 cmH₂O, FR 15 cpm, TI 1,2s, com O₂ suplementar em 3 doentes. Uso de 100%, média 9,7h, IAH 3,8/h e VC 421 mL. Da restante análise foram excluídos 2

doentes por aguardarem avaliação pós VNI. Na amostra total registou-se melhoria significativa apenas na PaCO₂ (p < 0,001), sem diferenças nos restantes parâmetros. Nos doentes com CE grave, houve diferença estatisticamente significativa na FVC préBD(%) (p 0,044), na FEV₁ préBD(%) (p 0,016), no pH (p 0,035), na PaCO₂ (p < 0,001) e no cansaço (p 0,046). Sem diferenças nos restantes dados.

Conclusões: Embora globalmente se tenha registado uma melhoria em quase todos os parâmetros gasimétricos e funcionais com a VNI, apenas a PaCO₂ apresentou melhoria com diferença estatisticamente significativa. No entanto, quando analisamos o subgrupo com CE grave, verificamos diferenças estatisticamente significativas em vários parâmetros. Posto isto, face às melhorias evidenciadas no presente estudo, destacamos a importância da referenciação precoce à consulta de VNI, sobretudo nos doentes com CE grave.

Palavras-chave: *Cifoescoliose. Ventilação não-invasiva. Insuficiência respiratória.*

28. ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA, ESENCIAL UNA ALTA SOSPECHA CLÍNICA

B.E. Macas Cabrera, A. Ríos Laguna, S. Márquez Batalla, M.J. Martín Sánchez, M.J. Corbí Cobo-Losey, H.R. Toala Saines, S. Rodríguez Tardón, A.C. Huertas Puyuelo

Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción: La aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA) es una forma clínica de presentación de la aspergilosis pulmonar. Ocorre en aproximadamente en el 9% de los pacientes con FQ y el 11.3% de los asmáticos. La exposición del árbol bronquial a conidias de *Aspergillus* spp., conlleva a una respuesta compleja de hipersensibilidad que termina por producir la desgranulación de mastocitos, reclutamiento de células inflamatorias y síntesis de IgE. Las manifestaciones clínicas incluyen disnea, tos, tapones mucosos, estos pacientes presentan exacerbaciones con frecuencia. Para el diagnóstico de la ABPA se utilizan criterios clínicos, radiológicos e inmunológicos. Los más utilizados son los propuestos por Rosenberg-Patterson (propuestos en 1977) y los de la Sociedad Internacional de Micología Humana y Animal (ISHAM) (modificados en 2021), que proponen condiciones predisponentes, criterios obligatorios y otros criterios. Es fundamental realizar un diagnóstico precoz para brindar un tratamiento óptimo y evitar complicaciones en estos pacientes. La primera línea de tratamiento son los corticosteroides orales y azoles.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente hombre, de 65 años, exfumador. Como antecedentes de importancia: EPOC y asma crónica. A los 45 años, presentó un cuadro de hipereosinofilia. Derivado a la consulta de neumología por asma no controlada con medicación habitual, disnea grado 1-2 mMRC, expectoración amarillenta. En la exploración física roncus bilaterales. Estudios complementarios: en la analítica destaca: Eosinófilos 1,65 × 10³/ul, IgE 2.921 KU/L. TACAR: múltiples bronquiectasias bilaterales, de aspecto quístico y predominio central, algunas de ellas ocupadas por tapones mucosos de alta densidad. Opacidades nodulares centrolobulillares y en "árbol en brote", en ambos lóbulos inferiores. Consolidación en llingula. Este paciente cumple criterios tanto de los propuestos por Rosenberg-Patterson como los del ISHAM, por lo que se llegó al diagnóstico de ABPA.

Discusión: La ABPA es una patología compleja, mucho más frecuente de lo que se piensa. Los antecedentes del paciente, la hipereosinofilia e hiperIgE, son datos clave. La prueba de imagen *gold estándar* es el TACAR. La primera línea de tratamiento consiste en corticoides orales y azoles.

Palabras clave: *Aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA). Asma. Hipersensibilidad. Fibrosis quística.*

29. ASMA COMO FATOR DE RISCO PARA HERPES ZOSTER - REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

A.C. Benfeito, A.R. Silva, A.S. Amorim, E. Almeida, S. Sapage

ULS Gaia Espinho - USF Canelas.

Introdução: O herpes zoster (HZ), definido como a infecção causada pela reativação do vírus varicela zoster, afeta, aproximadamente, 30% da população geral ao longo da vida. O risco de desenvolver esta doença aumenta com a idade, sendo que a grande maioria ocorre entre os 50 e 60 anos. Existem outros possíveis fatores de risco que se encontram ainda em estudo e, entre eles, a asma tem sido alvo de investigação.

Objetivos: sintetizar a evidência disponível, na literatura científica, para responder à pergunta: “Será a asma um fator de risco para herpes zoster?”

Métodos: Para isso, foi realizada uma pesquisa de trabalhos em português ou inglês na PubMed e Cochrane Library utilizando as MeSH “asthma” AND “herpes zoster”. Foram também incluídos artigos da Google Scholar que tivessem ambas as palavras-chave no seu título. Daqui, obtivemos 35 artigos, dos quais foram excluídos os duplicados ou não pertinentes ao trabalho. Após leitura integral dos artigos selecionados, foram incluídos outros artigos de interesse presentes na bibliografia, obtendo um total de 15 artigos.

Resultados: Todos os estudos demonstraram uma maior incidência de HZ em doentes asmáticos, tanto em crianças como em adultos. Vários destes estudos concluíram que esta relação é independente de outros fatores, como, por exemplo, idade, sexo, história de diabetes ou dermatite atópica, considerando a asma como um fator de risco independente para HZ. Em relação à vacinação contra o HZ, vários artigos analisados aconselham a vacinação em doentes asmáticos, por diminuir a incidência da doença. Ainda assim, um dos estudos concluiu que as crianças asmáticas vacinadas continuavam a ter mais risco de HZ do que as não asmáticas vacinadas. Quanto a fatores como o uso de corticoide sistêmico ou inalado, o controlo da asma e a frequência de agudizações, o seu impacto no risco de HZ não é unânime, nos estudos aqui incluídos.

Conclusões: Assim, concluímos que existe evidência suficiente que demonstre que a asma é um fator de risco independente para HZ. Deste modo, devemos considerar a vacinação contra HZ em utentes com asma, independentemente de antecedentes de infecção por varicela e da idade, sendo esta mais relevante a partir dos 50 anos, visto ser esta faixa etária a mais afetada.

Palavras-chave: *Asma. Herpes zoster.*

30. CENTRO DE DIAGNÓSTICO PNEUMOLÓGICO DE SINTRA - CASUÍSTICA NO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE DOENÇA

C. Roquete, C. Couto, R. Fortes, I. Luz, L. Alves, M.P. Brito, M.P. Soares, C. Sousa, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: O Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Sintra iniciou atividade em fevereiro de 2023 com o objetivo de, em proximidade dos doentes do concelho de Sintra, servir a área de elevada prevalência de tuberculose da ULS Amadora-Sintra.

Objetivos: Caracterizar, demográfica e clinicamente, os novos casos de tuberculose doença do concelho de Sintra.

Métodos: Estudo retrospectivo dos casos de diagnóstico de tuberculose doença com início de seguimento no CDP de Sintra, de fevereiro de 2023 e abril de 2024. Procedeu-se a colheita de dados demográficos (sexo, idade, naturalidade) e clínicos (forma de apresentação, status de infecção VIH, fatores de risco, comorbilidades, esquema terapêutico e efeitos adversos) e análise descritiva.

Resultados: Foram identificados 120 casos de tuberculose doença (TB) que iniciaram seguimento no CDP de Sintra. A maioria dos doentes era do sexo masculino (n = 75, 62,5%) com idades compreen-

didadas entre os 18 e 87 anos (mediana 49 ± 29,25). Verificou-se uma elevada prevalência de doentes naturais de outros países (n = 56, 46,7%) maioritariamente de África (n = 47, 39,2%, com destaque para Guiné-Bissau (n = 22), Angola (n = 16) e Cabo Verde (n = 7)). A forma de apresentação mais comum foi pulmonar (n = 70, 58,3%) das quais 54,3% eram bacilíferas, seguidas da ganglionar (n = 13), disseminada (n = 10), ocular (n = 10), pleural (n = 8), geniturinária (n = 4, 2 BCGite), óssea (n = 2), cutânea (n = 2) e meníngea (n = 1). Apenas 13 doentes eram HIV+ (10,8%). O principal fator de risco identificado foi Diabetes mellitus (n = 20) e tabagismo (n = 20) seguido do alcoolismo (n = 11), neoplasia (n = 9) e imunossupressão farmacológica (n = 8). Foi identificado antecedente de TB em 7 doentes. Apenas em 7 casos a terapêutica antibacilar não foi a convencional (HRZE) por resistência à isoniazida (n = 2), à pirazinamida (n = 2), toxicidade hepática (n = 1), reação alérgica (n = 1) e identificação de M. intracellulare (n = 1). Cerca de 69,4% dos doentes em tratamento encontra-se em toma observada diretamente, 15 doentes com apoio de associações comunitárias. De referir um caso de óbito e 4 casos de abandono terapêutico.

Conclusões: Esta casuística reflete o impacto da prevalência de tuberculose na população imigrante o que poderá levantar considerações quanto a estratégias preventivas e de rastreio.

Palavras-chave: *CDP. Tuberculose.*

31. ASPERGILOSE PULMONAR CRÓNICA: SÉRIE DE CASOS

C.L. Couto, R. Fortes, V. Figueiredo, L. Carreto, F. Rodrigues

ULS Amadora/Sintra.

Introdução: Aspergilose pulmonar corresponde às doenças causadas por *Aspergillus* spp., em doentes com patologia estrutural pulmonar e/ou imunossupressão. Estas infeções, que apresentam uma morbimortalidade elevada, continuam a ser um desafio, culminando em diferentes níveis de progressão de doença. Apresentamos quatro casos de aspergilose pulmonar crónica com diferentes características.

Casos clínicos: Homem, 34 anos, com antecedentes de tuberculose pulmonar, iniciou quadro de hemoptises, dispneia e perda ponderal. TC tórax revelou cavitação no LSE com conteúdo denso. Precipitinas *Aspergillus* 54 UI/L. Iniciou voriconazol. Perante hemoptises refratárias a terapêutica médica e embolização da artéria brônquica, realizou pneumectomia esquerda, que confirmou infecção *Aspergillus*. Homem, 53 anos, com história de pneumonias de repetição, com dispneia, hemoptises e hipoxemia. TC Tórax evidenciou destruição bronquiectática e cavitária dos lobos superiores, com preenchimento de uma cavidade, espessamento pleural e calcificações pericavitárias. Precipitinas > 200 UI/L. Iniciou voriconazol admitindo aspergilose pulmonar crónica fibrosante, com controlo das hemoptises. Homem, 43 anos, com aspergiloma simples numa cavidade sequelar a tuberculose pulmonar em vigilância. Apresentou hemoptises, perda ponderal e anorexia, com progressão imagiológica e doseamento crescente de precipitinas (100 > 135 UI/L). Iniciou voriconazol. Por permanência de hemoptises refratárias a embolização de dois ramos brônquicos, fez lobectomia superior direita. Homem, 58 anos, com antecedentes de tuberculose pulmonar e aspergilose pulmonar crónica fibrosante, medicado há 20 meses com voriconazol. Apresentou agravamento clínico, com aumento da expectoração, dispneia, perda ponderal e anorexia, agravamento imagiológico e analítico (precipitinas > 200), assumindo-se falência terapêutica. Iniciou posaconazol e ciclos de micafungina, com parca melhoria, acabando por falecer três meses depois.

Discussão: Os casos apresentados demonstram diferentes fases e evoluções da doença, bem como o desafio no manuseamento destes doentes, destacando-se o papel da cirurgia torácica e terapêutica antifúngica no controlo da doença, em particular das hemoptises. Alertamos para a necessidade do aumento suspeição, pois o atraso no diagnóstico e tratamento está associada a elevada morbimortalidade.

Palavras-chave: *Aspergilose pulmonar. Hemoptises. Diagnóstico. Tratamento.*

32. INFEÇÃO POR MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

C.L. Couto, C.F. Roquete, M.I. Luz, L. Carreto, F. Rodrigues, C. Portugal, E. Aliyeva

Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra.

Introdução: A prevalência de micobactérias não tuberculosas (MNT) é maior em doentes com patologia pulmonar estrutural e em imunodeprimidos. O envolvimento pulmonar é o mais comum. O *M. avium* complex corresponde ao agente mais identificado. O tratamento é complexo e deve ser mantido por doze meses após a conversão cultural.

Objetivos: Realizar uma avaliação demográfica dos doentes com infeção por MNT e avaliar os esquemas terapêuticos realizados e efeitos adversos.

Métodos: Análise retrospectiva dos isolamentos de MNT de 2012 a 2023 identificadas num hospital terciário, responsáveis por causar doença. Foram considerados como critérios de doença os definidos pelas guidelines BTS.

Resultados: Obtivemos um total de 35 doentes com uma idade média de 63 anos, 63% do sexo masculino. Os doentes foram divididos em 2 grupos: o grupo com doença pulmonar (89%, n = 31); e o grupo com doença extra-pulmonar (11%, n = 4). Dentro do grupo com atingimento pulmonar: 48% tinham doença pulmonar prévia e 42% eram imunodeprimidos. O padrão imagiológico mais comum foi nodular bronquiectásico. Os agentes mais isolados foram *M. avium* (32%), *M. intracelulare* (23%) e *M. fortuitum* (13%). A média de tempo de tratamento foi de 13 meses e o esquema mais utilizado foi rifampicina, etambutol e claritromicina. Durante o tratamento, 12% apresentaram hepatotoxicidade, 10% náuseas/vómitos e 3% ototoxicidade. Foi possível identificar 9 perfis de suscetibilidades, sendo que apenas 1 doente apresentou resistência. Dentro do grupo com atingimento extra-pulmonar, todos eram imunodeprimidos (75% por infeção HIV). Os órgãos afetados foram: hepático, ganglionar, medula óssea e peritônio. Os agentes isolados foram *M. avium* (50%), *M. kansasii* (25%) e *M. triplex* (25%). A média de tempo do tratamento foi de 13,5 meses. Foram registados 2 efeitos adversos: neurite ótica e náuseas/vómitos. Não existem dados relativamente ao perfil de resistência.

Conclusões: O envolvimento pulmonar foi mais prevalente e o *M. avium* o agente mais predominante. Os doentes com atingimento pulmonar apresentavam mais alterações pulmonares de base e os do grupo extra-pulmonar apresentavam maior grau de imunossupressão. A média da duração do tratamento foi de 13 meses. Com este trabalho pretendemos alertar para esta patologia que é um desafio em termos de tratamento e diagnóstico.

Palavras-chave: *Micobactérias não tuberculosas. Diagnóstico. Tratamento.*

33. CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE GRANDES CÉLULAS DO PULMÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C.A. Martinho, M. Afonso

CHUC.

Introdução: O carcinoma neuroendócrino de grandes células do pulmão (LCNEC) é raro, apresentando características tanto de carcinoma de pequenas células como de células não pequenas (NSCLC). Devido à sua raridade, não existem ensaios clínicos randomizados que definam a abordagem terapêutica ideal. Cerca de 25% dos LCNEC são combinados com outros padrões histológicos. Apresenta-se um caso clínico de doente com LCNEC combinado com adenocarcinoma do pulmão.

Caso clínico: Mulher, de 75 anos, PS 1, não fumadora, com antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca, asma e diabetes mellitus tipo 2. Apresentação inicial com hemoptises, realizou TAC que mostra lesão primária junta-hilar direita com 9 x 5 cm, sem plano de clivagem com estruturas vasculares hilares. O estadiamento mostrou metastização pulmonar disseminada, ganglionar mediastino-hilar bilateral e supra-clavicular direita, óssea ilíaca direita, e cerebral com lesão expansiva cortical frontal antero-lateral esquerda com 12 mm. Realizou broncofibroscopia com sinais de invasão da mucosa no brônquio principal direito e lesões endobrônquicas que foram biopsadas, e cujo resultado mostrou tratar-se de carcinoma neuroendócrino combinado com adenocarcinoma do pulmão, com PD-L1 60% e mutação L858R no exão 21 do recetor EGFR. Deste modo, foi assumido o diagnóstico de LCNEC combinado com adenocarcinoma do pulmão, estadio IVB (T4N3M1c). A decisão terapêutica de 1ª linha consistiu em 4 ciclos de carboplatina e etoposido, com resposta parcial, mantendo-se assintomática nomeadamente a nível neurológico. Atendendo à estabilidade clínica e ao controlo de doença extratorácica optou-se por iniciar osimertinib subsequentemente. Após três meses apresentava franca reposta a nível cerebral, e aos seis meses significativa resposta a nível torácico, que se manteve na avaliação efectuada aos 12 meses.

Discussão: O LCNEC combinado com adenocarcinoma é um subtipo histológico raro, não existindo evidência robusta relativamente ao tratamento. Preferencialmente o tratamento dirige-se ao componente neuroendócrino pela sua agressividade. O estudo molecular permite alargar o espectro de opções terapêuticas com eficácia nesta doença.

Palavras-chave: *Carcinoma neuroendócrino de grandes células do pulmão.*

34. HIPERCAPNIA INESPERADA

C.S. Alves, I.M. Macedo, M. Pereira, C. Pereira, P. Pinto, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca.

Introdução: A síndrome de apneia central do sono (SACS) pode apresentar-se com valores variáveis de pressão parcial arterial de dióxido de carbono (paCO₂) diurno de acordo com o seu mecanismo fisiopatológico.

Objetivos: Caracterizar os doentes com SACS sob terapêutica com pressão positiva e que desenvolveram hipercapnia *de novo*.

Métodos: Análise descritiva e retrospectiva de doentes com SACS sob terapêutica com pressão positiva, seguidos na Unidade de Sono e Ventilação Não Invasiva de um hospital terciário, entre 03/2023 e 04/2024. Procedeu-se à caracterização dos doentes que desenvolveram hipercapnia *de novo* em termos demográficos, classificação dos distúrbios do sono segundo o ICSD-3, grau de gravidade inicial, valor de paCO₂ diurna e o modo ventilatório.

Resultados: De uma população de 134 doentes com o diagnóstico de SACS sob pressão positiva, identificaram-se quatro doentes (3%) com SACS que desenvolveram hipercapnia *de novo*. Todos os doentes eram do sexo masculino, com idade média de 75,3 anos. A média do IAH e IAC inicial foi de 55,3 e 49,6 eventos/hora, respetivamente. A SACS foi classificada: com respiração Cheyne-Stokes (RCS) (n = 1), devido a patologia médica (cardiovascular) sem RCS (n = 1), emergente do tratamento (n = 1) e relacionada com medicação (buprenorfina) (n = 1). Nenhum doente apresentava hipercapnia na altura do diagnóstico. Apesar da otimização terapêutica sob servoventilação adaptativa, verificou-se o aparecimento de novo de hipercapnia num período médio de 8,1 ± 2,8 anos após a terapêutica da SACS; com um valor médio de paCO₂ diurno de 48,7 mmHg e IAH residual médio de 27,6 eventos/hora. Foram realizadas quatro poligrafias sob pressão positiva, tendo-se identificado um IAH médio de 51,6/h, com predomínio de eventos obstructivos. Foi alterado o

modo ventilatório em todos os doentes para binível-ST, tendo havido correção da hipercapnia e do IAH residual. Em três casos aferiu-se aumento ponderal e no restante verificou-se melhoria da patologia cardiovascular.

Conclusões: Apesar da maioria dos casos de SACS cursarem com normo/hipocapnia, existe a possibilidade de desenvolvimento de hipercapnia por outros mecanismos. Este estudo vem reforçar a importância de uma monitorização regular nos doentes com SACS, tendo em conta a complexidade da patologia e da sua interação com outras comorbilidades.

Palavras-chave: *Síndrome de apneia central do sono. Hipercapnia.*

35. PESO A MENOS, FÔLEGO A MAIS: OBESIDADE NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

C. Durão, R. Freire-Silva, R. Gano, M. Ardérius

Unidade Local de Saúde de Santa Maria.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma patologia prevalente caracterizada pela inflamação crónica das vias aéreas e conseqüente obstrução persistente do fluxo aéreo. A coexistência de outras comorbilidades é frequente e acrescenta complexidade à abordagem. A obesidade, cuja prevalência tem aumentado exponencialmente, agrava significativamente sintomatologia, hospitalizações e mortalidade, sendo que a perda ponderal pode reverter parcialmente esses efeitos. Recentemente foram aprovados fármacos para o tratamento da obesidade que demonstraram grande eficácia, sobretudo quando utilizados em associação a alterações de estilo de vida.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 61 anos, com DPOC tabágica (carga tabágica de 75UMA) a condicionar insuficiência respiratória global crónica. O quadro era agravado pela presença de obesidade mórbida (IMC 40,5 kg/m²) que tinha surgido após a menopausa e episódio depressivo maior. Cumpria oxigenoterapia de longa duração (OLD) 24 h/dia (1,5 L/min em repouso e 4 L/min em esforço) e BiPAP noturno, frequentando sessões de reabilitação respiratória. Foi integrada num programa hospitalar multidisciplinar para o tratamento de doentes obesos, coordenado por internista e com a participação de fisiatras, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros e psicólogos. Foi iniciada terapêutica farmacológica com semaglutido, titulado até 1mg/semana (dose máxima disponível em Portugal), e foi promovida a mudança de estilo de vida com exercício em grupo e dieta acompanhada. Ao fim de 6 meses verificava-se uma perda de 19 kg (20% da massa corporal) e referia melhoria significativa na qualidade de vida e na tolerância ao esforço. Provas de marcha de 6 minutos realizadas antes do tratamento e aos 6 meses objetivaram uma melhoria de 40 metros na distância percorrida sem pausas, assim como menor dessaturação (92% comparativamente com 84% prévios). Além disso, reduziu necessidade de OLD em repouso para 0,5 L/min.

Discussão: Este caso de sucesso ilustra a eficácia das novas terapêuticas médicas para a obesidade e o seu benefício nos doentes obesos com patologia respiratória, devendo os doentes elegíveis ser incluídos em programas multidisciplinares sempre que possível.

Palavras-chave: *Doença pulmonar obstrutiva crónica. Obesidade. Oxigenoterapia de longa duração. Semaglutido.*

36. ANSIEDADE E ASMA: UMA RELAÇÃO PERIGOSA!

D. Godinho, M.J. Santos, P. Varandas, R. Oliveira, R. Macedo, C. Lopes, P. Pinto, C. Bárbara

ULSSM.

Introdução: Embora não exista uma “personalidade asmática”, existe uma significativa associação entre asma e emoções negati-

vas, sendo a ansiedade e a depressão as principais. Os asmáticos tendem a expressar angústia, ansiedade e distúrbios de ajustamento, sendo o pânico duas a oito vezes mais comum.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 24 anos com antecedentes de atopia conhecida desde os 17 anos, com dermatite atópica, rinite alérgica e sintomatologia ocasional de dispnéia, pieira e tosse seca agravadas com o esforço e frio, realizando medicação de alívio apenas nas agudizações. Tinha história familiar de asma. A doente era seguida em psiquiatria por ansiedade, referindo “ataques de pânico” noturnos esporádicos, encontrando-se medicada com antidepressivo e ansiolítico. Foi internada por exacerbação por rinovírus a condicionar insuficiência respiratória com necessidade de oxigenoterapia em incremento progressivo nos primeiros dias de internamento, por agravamento da mesma, apesar de terapêutica médica otimizada. Pelo agravamento clínico e radiológico concomitante, realizou angio-tomografia computadorizada, para exclusão de tromboembolismo pulmonar, que evidenciou uma extensa área de consolidação com broncograma aéreo que envolvia a totalidade dos segmentos basais do lobo inferior esquerdo, com fina lâmina de derrame pleural, e uma área de consolidação justadiafragmática do lobo inferior direito com mínimo derrame pleural também associado. A doente, já sob antibioterapia, foi transferida para uma unidade de cuidados intensivos para realização de oxigenoterapia de alto fluxo, tendo sido possível um desmame rápido da mesma com suspensão de oxigenoterapia. Verificou-se uma serologia positiva para *Chlamydia pneumoniae*, bem como níveis séricos de IgE elevados. Teve alta medicada com LABA/LAMA/ICS e foi referenciada a consulta de asma grave, completando a marcha diagnóstica e otimizando a terapêutica inicial com introdução de ICS/LABA em SOS e antagonista dos recetores dos leucotrienos.

Discussão: A asma é uma doença grave que pode ser fatal, especialmente se não controlada ou subdiagnosticada, devendo todos os profissionais de saúde estarem alerta para a mesma de modo a referenciar precocemente os doentes para um diagnóstico e tratamento atempado, prevenindo exacerbações graves.

Palavras-chave: *Asma. Ansiedade. Dispnéia. Agudização.*

37. SAME SAME BUT DIFFERENT

D.P. Rocha, A.C. Craveiro, S. Diana, S. Lopes, S. Begonha, M.J. Valente, S. Valente

ULS Cova da Beira-Covilhã.

Introdução: O *Aspergillus* é um fungo ubíquo e cujas manifestações pulmonares dependem da presença de alterações estruturais e do grau de imunossupressão do hospedeiro. A aspergilose pulmonar crónica (APC) encontra na aspergilose pulmonar crónica cavitada (APCC) a sua apresentação mais comum e que se inadequadamente tratada pode progredir para aspergilose pulmonar crónica fibrosante. Estas entidades são típicas de doentes imunocompetentes e que apresentam patologia pulmonar subjacente presente ou passada.

Casos clínicos: Os seguintes casos clínicos descrevem dois indivíduos do sexo feminino com APCC. A doente 1 de 53 anos, imunossupressão secundária a lúpus eritematoso sistémico, sob voriconazol há 11 meses por Aspergilose invasiva. Internada com um quadro de tosse produtiva mucopurulenta e agravamento da dispnéia, sem insuficiência respiratória, mas com padrão de citocolestase hepática. Imagiologicamente apresentava lesões cavidadas bilateralmente. Exame direto e cultural expectoração a evidenciar flora mista Gram negativa. PCR e antígeno galactomannan de *Aspergillus* sérico negativos. Excluída a infeção por *Aspergillus*, parou voriconazol pela hepatotoxicidade e iniciou antibioterapia empírica. Apresentou melhoria clínica, analítica e imagiológica que obviou a necessidade de realização de BTT. Manteve seguimento em consulta externa com exame de imagem anual e sem recidivas. A doente 2 de

47 anos com antecedentes pessoais de TP e aspergilose pulmonar tratadas, surge em consulta externa por agravamento de queixas respiratórias. TAC com cavidades de parede pouco espessa e demonstrada infecção por *Aspergillus* com DNA em lavado brônquico fortemente positivo, o que motivou início do tratamento com voriconazol, que suspendeu ao final de 6 meses e manteve-se em seguimento sem intercorrências.

Discussão: O primeiro caso é um exemplo paradigmático de que as cavidades sobreinfetam por patógenos convencionais que não o *Aspergillus* e que exigem tratamento adequado. Demonstra também que doentes com doença crónica estabilizada podem não beneficiar de terapêutica prolongada. No segundo caso foi necessário reiniciar tratamento de forma a reduzir os sintomas e prevenir a progressão da doença. Em ambos a decisão de iniciar ou suspender tratamento deve ser ponderada caso a caso levando em consideração a tolerância, estado clínico e avaliação imagiológica.

Palavras-chave: *Aspergilose. Cavitária. Tratamento.*

38. DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR RAPIDAMENTE PROGRESSIVA, A IMPORTÂNCIA DA MULTIDISCIPLINARIEDADE

D. Noivo, M. Marçal, F. Modesto, G. Lage, M.C. Figueira, L.S. Fernandes, I. Fernandes

ULS Arrábida.

Introdução: A síndrome anti-sintetase (SAS) caracteriza-se pela associação de miosite inflamatória e a presença de anticorpos anti-sintetase. Pode manifestar-se com miosite, febre, “mãos de mecânico” e, por vezes, como doença intersticial pulmonar (DIP) rapidamente progressiva, especialmente em doentes jovens.

Caso clínico: Mulher, 45 anos, ex-fumadora (20 UMA), obesa e diabética. Recorre ao SU por mialgias e tosse seca com um mês de evolução, associadas a dispneia para esforços progressivamente menores e febre desde há uma semana. Na admissão salienta-se hipoxémia e hipotransparências bibasais na radiografia de tórax. Foi admitido o diagnóstico de pneumonia adquirida da comunidade (PAC) e iniciou antibioterapia. Por agravamento clínico apesar de melhoria de parâmetros inflamatórios efetuou TC-tórax que revelou padrão imagiológico NSIP/OP. Na avaliação pela Pneumologia foi apurada história de mialgias, artralhas e fraqueza muscular proximal associadas a “mãos de mecânico” e discreta elevação da CK sérica nas análises da admissão. Pela hipótese de doença intersticial pulmonar associada a doença do tecido conectivo (DTC) foi solicitada avaliação autoimune, incluindo painel alargado de miosites, iniciada corticoterapia e foi admitida na UCI. A equipa de doenças autoimunes considerou não apresentar critérios formais para diagnóstico de DTC. Após discussão em reunião multidisciplinar (RMD) e tendo em conta ausência de melhoria franca com corticoterapia e DIP rapidamente progressiva, iniciou ciclofosfamida. O painel de miosites veio positivo para o anticorpo anti-PL7. Após nova RMD, admitiu-se o diagnóstico de DIP associada a SAS. A doente apresentou melhoria clínica e imagiológica, encontrando-se atualmente sob ciclofosfamida e a iniciar micofenolato de mofetilo. Em ambulatório efetuou biópsia muscular guiada por ressonância magnética (sob corticoterapia e ciclofosfamida) que revelou alterações mínimas sem seguro significado patológico.

Discussão: A DIP no doente jovem pode facilmente ser confundida com uma PAC. A história clínica, associada a um exame físico detalhado e dirigido são de extrema importância para um correto diagnóstico diferencial. A SAS, especialmente na sua forma amiopática, deve fazer sempre parte do diagnóstico diferencial da DIP rapidamente progressiva sem causa evidente.

Palavras-chave: *Doença intersticial pulmonar. NSIP. Síndrome anti-sintetase.*

39. DIAGNÓSTICO RARO POR DETRÁS DE UM PADRÃO DE MICRONÓDULOS PULMONARES

D. Moreira-Sousa, J.M. Bento, S. Begonha, A.S. Lopes, D. Rocha, M.J. Valente, M.S. Valente

ULS Cova da Beira.

Introdução: O diagnóstico diferencial de múltiplos nódulos pulmonares baseia-se na clínica, nos estudos analítico e funcionais respiratórios e em exames de imagem. No entanto, a biópsia pode ser necessária para um diagnóstico final. Apresenta-se um caso clínico raro numa doente asmática com múltiplos micronódulos pulmonares.

Caso clínico: Mulher de 55 anos com exposição a fumo passivo, lã em contexto profissional e a pelo de cão e gato. De antecedentes pessoais, apresentava asma sob broncodilatador/corticoide inalado. Encaminhada para pneumologia por apresentar uma tomografia computadorizada de tórax (TCt) que relatava um padrão micronodular difuso, realizada em contexto de tosse crónica e pieira ocasional. A investigação inicial confirmou diagnóstico de asma alérgica e rinosinusite crónica com polissensibilização a aeroalérgenos e uma imunodeficiência ligeira de IgM. A repetição da TCt revelou discretas áreas fibrocicatríciais nos lobos superiores (LS) e múltiplas lesões micronodulares de distribuição inespecífica bilateralmente, sem adenopatias associadas. O rastreio de tumores sólidos foi negativo e a broncofibroscopia revelou discretos sinais inflamatórios difusos, com um broncoalveolar linfocítico, sem isolamento de agentes microbianos. Decidiu-se um seguimento imagiológico e tratamento da patologia alérgica de difícil controlo. Após 6 anos de seguimento, a TCt revelou nódulos pulmonares de novo, um deles mal definido, misto, de 12 mm e outro nódulo de características sólidas de 6 mm, ambos no LS esquerdo. A tomografia por emissão de positrões excluiu a presença de focos hipermetabólicos, e decidiu-se avançar para criobiópsia pulmonar. O estudo anatomo-patológico revelou a presença de nódulos com características de meningoteliomas, que permitiu o raro diagnóstico de meningoteliomatose pulmonar difusa.

Discussão: Apesar de raramente associada a sintomatologia ligeira de tosse e dispneia, a meningoteliomatose pulmonar difusa é habitualmente assintomática, apresentando-se mais frequentemente como um diagnóstico incidental. O diagnóstico diferencial inclui as causas de micronódulos de distribuição miliar e adenocarcinomas metastáticos. Habitualmente, os micronódulos apresentam estabilidade temporal, sendo uma patologia benigna.

Palavras-chave: *Radiologia. Meningoteliomatose pulmonar difusa. Micronódulos pulmonares. Criobiópsia.*

40. LURBINECTEDINA: 4 CASOS DE VIDA REAL

D. Amorim, R. Gomes, M. Dias, A. Barroso

Serviço de Pneumologia, ULS Região de Leiria. Unidade Multidisciplinar de Tumores Torácicos (UMTT), Serviço de Pneumologia, ULS Gaia/Espinho.

Introdução: A lurbinectedina é um fármaco do grupo dos agentes alquilantes que em 2019 recebeu designação de fármaco órfão pela FDA e EMA para o tratamento de doentes com cancro de pulmão de pequenas células (CPPC) metastático, com progressão de doença após 1ª linha. Apesar dos ensaios clínicos terem demonstrado eficácia e segurança, os dados do mundo real ainda são limitados. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a resposta e os resultados dos doentes sob lurbinectedina, num cenário de vida real.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo dos doentes com CPPC seguidos na UMTT da ULS Gaia/Espinho, que realizaram tratamento com lurbinectedina até março de 2024. Foram analisadas as características dos doentes, o estadiamento da neoplasia e a resposta ao tratamento, bem como os efeitos laterais.

Resultados: Neste período 4 doentes receberam lurbinectedina, todos homens, entre os 39 e 64 anos (média 54,5 anos), com diagnóstico de CPPC em maio de 2021 (n = 1) e no último trimestre de 2022 (n = 3). Ao diagnóstico, 2 doentes apresentavam estadió IVB, tendo sido tratados com carboplatina + etoposídeo + atezolizumab, e os restantes 2 tinham estadió IIIB, tendo sido tratados com quimioterapia e radioterapia radical. A sobrevida livre de progressão de doença mediana (PFSm) após a 1ª linha terapêutica foi de 4,5 meses (mínimo 1 mês, máximo 6 meses). Após progressão, um doente em estadió IIIB repetiu ciclo de carboplatina + etoposídeo e os restantes fizeram todos topotecano, com PFSm 2 meses. A lurbinectedina foi usada em 3ª linha terapêutica num doente, em 4ª linha terapêutica noutro doente e em 5ª linha terapêutica em 2 doentes. Em todos os casos a administração foi por cateter periférico. Com a utilização de lurbinectedina, a PFSm foi de 3 meses e a sobrevida global mediana (OSm) 4,5 meses. Três doentes tiveram como melhor resposta a estabilidade e um progrediu após 2 ciclos. Os quatro doentes já faleceram. Relativamente aos efeitos laterais, ressalva-se um episódio de neutropenia febril G3 e um episódio de extravasamento do fármaco durante a administração endovenosa, com edema, eritema e dor de difícil controlo.

Conclusões: Neste estudo, a lurbinectedina demonstrou segurança e eficácia semelhantes aos ensaios clínicos, revelando-se como mais uma opção no tratamento do CPPC, ainda que muito aquém do desejado.

Palavras-chave: CPPC. Lurbinectedina. PFS. OS.

41. BOLHA ENFISEMATOSA GIGANTE: UM CASO DE “AIR-TRAPPING” TRATÁVEL

D. Ferreira, M. Castro, P. Castro, R. Marçôa

Unidade Local de Saúde de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Uma bolha enfisematosa gigante ocupa, por definição, pelo menos 30% do hemitórax e a sua principal causa é o tabagismo. É um achado imagiológico que requer investigação diagnóstica adicional e, funcionalmente, manifesta-se frequentemente com obstrução do fluxo aéreo e “air-trapping”.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 56 anos, fumador (20 UMA), diagnosticado com linfoma de não Hodgkin. Após efetuada TC de estadiamento, foi encaminhado para a consulta de Pneumologia do nosso Hospital para estudo de uma volumosa imagem aérea no hemitórax direito, com uma extensão craniocaudal de 20 cm e transversal máxima de 10 cm. O restante parênquima pulmonar apresentava enfisema centroacinar difuso. Encontrava-se assintomático do ponto de vista respiratório e sem alterações de relevo ao exame objetivo. O estudo funcional respiratório revelou uma alteração ventilatória obstrutiva (AVO) moderadamente grave e “air-trapping” marcado: Volume residual (RV) = 188%; capacidade pulmonar total (TLC) = 117%; RV/TLC = 164%. O doseamento da alfa-1-antitripsina era normal. Foi medicado com LABA/LAMA e incentivado à cessação tabágica. Pela dúvida relativa à natureza da lesão pulmonar, o caso foi discutido em reunião multidisciplinar com Cirurgia Torácica e Imagiologia, que concordaram tratar-se de uma bolha enfisematosa gigante e hipertensiva, e como tal, com indicação para remoção cirúrgica. O doente foi submetido a bulectomia por resseção atípica pulmonar via cirurgia videotoroscópica (VATS). Apresentou boa evolução ao longo do pós-operatório e teve alta ao fim de 5 dias. Foi-lhe sugerida reabilitação respiratória no hospital, que recusou. Na avaliação em consulta, 3 meses após a cirurgia, mantinha-se assintomático e sem fumar desde o internamento. A histopatologia da peça cirúrgica confirmou tratar-se de uma bolha enfisematosa. Funcionalmente, o doente apresentou uma melhoria bastante significativa, agora com uma AVO ligeira, sem “air-trapping” evidente (RV = 93%; TLC 89%; RV/TLC = 106%). Recomendou-se manter o inalador e a abstinência tabágica.

Discussão: Uma bolha enfisematosa gigante em indivíduos assintomáticos não requer tratamento específico. Contudo, se o risco de complicações for elevado, como no caso apresentado, a sua resseção pode estar indicada, a qual resulta numa melhoria sintomática e funcional marcadas.

Palavras-chave: Bolha enfisematosa. Bulectomia. Air-trapping.

42. PAN-AZOLE RESISTANT CHRONIC PULMONARY ASPERGILLOSIS TREATED WITH CYCLICAL CASPOFUNGIN

D. Ferreira, M. Castro, D. Connell

Unidade Local de Saúde de Vila Nova de Gaia/Espinho. Ninewells Hospital & Medical School, Dundee, NHS Tayside.

Introduction: Chronic pulmonary aspergillosis (CPA) is a slowly progressive disease caused by the ubiquitous fungus *Aspergillus*, normally affecting people with underlying structural lung disease. Standard therapy is with triazoles, however drug resistance is becoming an increasing challenge in the management of CPA. In this case we describe a patient with aspergilloma demonstrating pan-azole resistance.

Case report: 72-year-old white male, ex-smoker, with past history of suspected pulmonary tuberculosis in 1970s, but no formal diagnosis or treatment at that time, was diagnosed with left upper lobe aspergilloma in 2014. After being found to have an isolate of *Aspergillus fumigatus* resistant to Itraconazole and Posaconazole, several treatments were tried - Voriconazol, Caspofungin, Ambisome and Posaconazole - but stopped early due to side-effects. Patient has presented at our clinic in 2022 with progressive breathlessness on exertion for one year. He had been receiving treatment with isavuconazole since 2018. Investigational studies were conducted, with high-resolution CT showing increase in the size of the aspergilloma, serum *Aspergillus* IgG showing an increase of 186 to 822 mgA/L, and updated sputum culture demonstrating pan-azole resistance. After multidisciplinary team discussion and consultation with the patient, it was agreed to stop isavuconazole and commence treatment with intravenous caspofungin for four weeks aiming to repeat this treatment course every three to four months.

Conclusions: This intervention has resulted in excellent functional and immunologic response thus far and the patient is continuing to receive regular follow up in our clinic. This case demonstrates the difficulties posed by the rising prevalence of azole resistance and that alternative treatment strategies, such as the use of echinocandins or novel therapies such as ibrexafungerp and olorofim, may become more prominent in the treatment of CPA.

Keywords: *Aspergilloma*. Azole resistance. Caspofungin.

43. UM DRENO NA FALHA DO ANTICONCEPCIONAL

D. Baptista, P. Varandas, R. Oliveira, P. Trindade, C. Bárbara

ULSSM-Unidade Local de Saúde Santa Maria.

Introdução: A endometriose é uma doença que se caracteriza pela presença de tecido endometrial fora do útero, que induz uma reação inflamatória crônica. Ocorre predominantemente durante o período reprodutivo da vida da mulher. Mais raramente, a endometriose pode atingir locais extra pélvicos, sejam cerebrais, renais ou pulmonares. A endometriose torácica é uma entidade rara que consiste numa forma de endometriose extrapélvica encontrada em tecidos parenquimatosos pulmonares ou na pleura. Manifesta-se mais frequentemente como pneumotórax catamenial, denominado dessa forma para refletir sua relação temporal com a menstruação, sendo definido como o surgimento de pneumotórax de 24 h antes a 72 h após o início da menstruação. Ocorre principalmente entre a terceira e quarta décadas de vida e, preferencialmente, no hemitórax direito.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 39 anos, com antecedentes de pneumotórax prévios, 5 episódios (2 à esquerda e 3 à direita), que recorreu ao serviço de urgência por toracalgia do tipo pleurítica com início há 2 dias, coincidente com a menstruação. Sob anticoncepcional contínuo, apresentava-se em amenorreia há cerca de 8 meses, coincidente com a data do último episódio de pneumotórax. A radiografia de tórax confirmou a presença de pneumotórax no hemitórax direito, tendo sido colocado dreno torácico com controlo ecográfico. Dada a ausência de expansão completa do pulmão durante o internamento na Pneumologia, o histórico de recidiva e antecedentes cirúrgicos, a paciente foi proposta ao Serviço de Cirurgia Torácica, tendo sido submetida a intervenção cirúrgica (por VATS) para realização de pleurodesse química. Durante a cirurgia não houve evidência de focos de endometriose torácica, tornando desafiante a confirmação do diagnóstico. À data de alta a doente apresentava o pulmão expandido, mantendo seguimento em ambulatório pela Pneumologia, Cirurgia Torácica e Ginecologia, esta última para optimização da terapêutica hormonal.

Discussão: Dada a raridade do quadro clínico, o diagnóstico de pneumotórax catamenial pode surgir anos após a primeira ocorrência e após episódios repetidos, podendo ser ainda mais difícil na ausência de história clínica compatível e na ausência de achados de endometriose pélvica ou endometriose torácica observados durante o procedimento cirúrgico.

Palavras-chave: *Pneumotórax catamenial. anticoncepcional. endometriose.*

44. SERVOENTILAÇÃO NA SÍNDROME DA APNEIA CENTRAL DO SONO - PERSPECTIVA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

D. Baptista, C.S. Alves, C. Pereira, M. Pereira, R. Staats, P. Pinto, C. Bárbara

ULSSM-Unidade Local de Saúde Santa Maria.

Introdução: A síndrome da apneia central do sono (SACS) constitui 5-10% dos distúrbios respiratórios do sono, sendo classificada em diferentes tipos de acordo com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (ICSD-3). A servoventilação adaptativa (ASV) é um modo ventilatório recente, utilizado como tratamento segunda linha.

Métodos: Análise descritiva e retrospectiva de doentes submetidos a ASV, seguidos na Unidade de Sono e VNI de um hospital terciário, entre 22/10/23 e 23/06/24. Os distúrbios do sono foram classificados de acordo com a ICSD-3 e os doentes agrupados de acordo com o tipo de SACS. Foram analisados dados demográficos, IAC ao diagnóstico, FEVE, OLD e comorbidades. Foram descritos IAH e a diferença de tempo decorrido entre o início da ASV e outro modo ventilatório.

Resultados: População de 594 pacientes foram identificados 116 sob ASV, tendo sido incluídos 82 e os restantes excluídos por falta de dados. A maioria era do sexo masculino (89%, n = 73) e tinha, em média, 75,1 ± 10,5 anos e IAC 26 ± 13 eventos/hora. Foram divididos em 3 grupos: A - ACS emergente por tratamento com pressão positiva (PAP) (40,2%, n = 33), B - apneia central com respiração Cheyne-Stokes (29,3%, n = 24); C - apneia central com doença não associada à respiração Cheyne-Stokes (30,5%, n = 25). Os do grupo A tinham em média 71 anos, IAC 24 eventos/hora e diagnóstico de SAOS com IAH médio de 34 ± 16/h. Iniciaram ASV, em média, 7,8 meses após PAP. Os do grupo B tinham, em média, 78 anos e IAC 30 eventos/hora. Em média, estavam sob PAP um mês antes do início do ASV. No grupo C, os doentes tinham, em média, 76 anos e IAC 25 eventos/hora. Ademais, 64% tinham diagnóstico de SAOS (IAH médio 26,5), tendo iniciado ASV 96,5 meses após PAP. Dois pacientes do grupo C sob OLD. As comorbidades foram HTA (47%, n = 16) e obesidade no Grupo A, doença cardiovascular e cerebrovascular no Grupo B e patologia cardiovascular, pulmonar, neurológica e obesi-

dade no Grupo C. FEVE comprometida em 3% dos pacientes do grupo A, 52% do grupo B e 13% do grupo C.

Conclusões: A prevalência de SACS neste estudo foi superior à da literatura e o principal tipo foi a ACS emergente. Houve elevada prevalência de patologia cardiovascular e SAOS prévia. Pacientes com apneia central com respiração de Cheyne-Stokes eram mais velhos e apresentavam maior número de eventos centrais.

Palavras-chave: *SACS. Apneia central do sono. Servoventilação.*

45. DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL INDUZIDA POR LEFLUNOMIDA? UMA RARA COMPLICAÇÃO TERAPÊUTICA

D. Mendonça, G. Samouco, G. Lopes, B. Bem, M. Tavares, É. Almeida, F. Jesus, F. Silva, A.V. Tavares, L. Ferreira

ULS da Guarda.

Introdução: Leflunomida é uma DMARD usada no tratamento da artrite reumatoide. É metabolizada em teriflunomida, que inibe a síntese de pirimidinas, desencadeando efeitos anti-inflamatório e imunomodulador. Tem uma semi-vida prolongada, devido à significativa circulação entero-hepática, e o seu perfil de efeitos adversos é favorável, porém há casos de ILD induzida por leflunomida que se manifestam por dispneia, tosse seca e febre, opacidades em vidro despolido ou reticulares e consolidações bilaterais em TC tórax, e dano alveolar difuso na histologia.

Caso clínico: Mulher, 71 anos, antecedentes de artrite reumatoide com fibrose pulmonar sob metotrexato e leflunomida. Recorre ao SU por dispneia e tosse seca há 5 dias. SDR com necessidade de FiO₂ 50%, febre (38 °C) e auscultação pulmonar com ferveiros dispersos. Análises: ligeira leucocitose com neutrofilia, elevação da PCR e D-dímeros. Rx tórax: infiltrados intersticiais bilaterais de novo. ECG sem alterações. Vírus respiratórios não detetados. Angio-TC tórax: excluído TEP, densificações em vidro despolido com espessamento de septos interlobulares em todos os lobos pulmonares (padrão crazy paving). Inicia antibioterapia empírica e metilprednisolona 1 mg/kg, suspensos metotrexato e leflunomida e é internada no serviço de Pneumologia. Discutido caso com equipa de Doenças Autoimunes colocando-se as hipóteses de diagnóstico de etiologia infecciosa ou ILD induzida por leflunomida, optando-se por realizar terapêutica de washout com colestiramina. Rápida melhoria clínica, analítica e imagiológica, tendo tido alta ao fim de 12 dias, em desmame de corticoterapia, tendo reiniciado apenas metotrexato. Mantem seguimento em consultas de Pneumologia e Doenças Autoimunes, não apresentando agravamento de patologia articular ou clínica respiratória; provas de função respiratória revelaram-se normais e teve resolução das alterações de novo no TC tórax 8 meses após alta.

Discussão: Neste caso não garantimos que se trata de uma ILD induzida por leflunomida, porém, sabe-se que apesar de rara, é uma doença com elevada mortalidade, cujo risco de surgir aumenta se presença concomitante de outra ILD e/ou história de exposição a metotrexato. Diagnóstico precoce é fundamental dado que a terapêutica atempada com corticoterapia, colestiramina e suspensão da leflunomida podem reverter eficazmente a fisiopatologia desta entidade.

Palavras-chave: *Leflunomida. Doença pulmonar intersticial. Artrite reumatoide. Metotrexato.*

46. COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO CONSUMO DE COCAÍNA: UM CASO DE PULMÃO DE CRACK

E. Paiva, D. Madama, A. Cunha, T. Pais, M. Lagarto

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A cocaína é a segunda droga ilícita mais consumida no mundo. Quando administrada por via sistémica, atua como um

agente simpaticomimético, aumentando o tónus vascular pulmonar. Numa fase aguda, pode levar a um aumento significativo da atividade inflamatória, com libertação de IL-8, causando uma síndrome do pulmão de crack (“crack lung”).

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino, 38 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e dor torácica do tipo pleurítica, localizada a nível das bases, com evolução de algumas horas. Sem achados de relevo ao exame físico. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios e D-dímeros. Gasometricamente sem evidência de insuficiência respiratória. A radiografia torácica mostrou a presença de infiltrado intersticial bilateral, e o eletrocardiograma apresentava ondas T espiculadas. Realizou uma Angio-TC, que apresentou extensas densificações do parênquima pulmonar, inferiormente com aspeto nodular. Foi realizado rastreio microbiológico e iniciada antibioterapia empiricamente. O doente admitiu o consumo ocasional de cocaína inalada, e referiu o aparecimento de sintomatologia semelhante, com menor intensidade, aquando de consumos prévios. Foi internado para continuação do estudo. Realizou broncofibroscopia, destacando-se a presença de conteúdo acastanhado com sedimento no lavado bronco-alveolar. O estudo do lavado revelou um predomínio de macrófagos, sendo a pesquisa de hemossiderina negativa. O estudo bacteriológico foi negativo. O estudo de autoimunidade foi também negativo, apresentado apenas um aumento da velocidade de sedimentação eritrocitária. Após 5 dias de internamento repetiu TC torácica, verificando-se a resolução das alterações observadas anteriormente.

Discussão: O termo “crack lung” refere-se a uma síndrome pulmonar aguda, que ocorre após a inalação de cocaína, e está por vezes associado a um quadro de febre, dispneia, tosse produtiva ou hemoptises, dor pleurítica e insuficiência respiratória. Na radiografia pode se apresentar como infiltrados intersticiais difusos, e em TC como opacidades em vidro despolido peribroncovasculares e centrais. Estes achados são geralmente inespecíficos, podendo estar associados a várias patologias. No entanto, a sua resolução num curto período após a cessação dos consumos pode apontar para esta síndrome.

Palavras-chave: *Cocaína. Doença alveolar difusa. Lavado bronco-alveolar.*

47. DERRAME PLEURAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LÚPUS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

E. Almeida, M. Tavares, J.M. Silva

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença inflamatória crónica, imunomediada, e sistémica, o que lhe confere um espetro amplo de manifestações clínicas. Afeta comumente mulheres em idade jovem. No sexo masculino o diagnóstico é muitas vezes comprometido pela baixa incidência neste grupo, bem como pelas apresentações atípicas. O derrame pleural é uma manifestação tardia do LES, reportada em aproximadamente 50% dos doentes, embora seja raro como apresentação inicial da doença.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 62 anos, fumador de 60 UMA, com exposição a asbesto durante 20 anos, enviado a consulta de Pneumologia por apresentar um quadro com um mês de evolução de tosse seca e sintomas constitucionais - astenia, anorexia e perda ponderal. Nesse contexto realizou TC do tórax que mostrou moderado derrame pleural bilateral, septado, com maior volume relativo à direita. A análise bioquímica do líquido pleural revelou tratar-se de um exsudado, o exame microbiológico foi negativo, e a citologia foi negativa para células neoplásicas. Analiticamente não apresentava alterações no hemograma, leucograma, análise sumária de urina, função hepática, função renal e ionograma. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica para exclusão de neoplasia.

Posteriormente, o doente apresentou artralguas de caráter inflamatório nas interfalângicas proximais e metacarpofalângicas bilateralmente, associadas a rigidez articular, assim como fenómeno de Raynaud com a exposição ao frio, o que motivou reavaliação analítica com estudo autoimune. Este mostrou um título de ANA e anti-dsDNA positivos, conduzindo ao diagnóstico de lúpus eritematoso sistémico. O doente foi encaminhado a consulta de Reumatologia, e iniciou prednisolona e hidroxiquina, tendo apresentado resolução do derrame pleural, sem recorrência do mesmo com o desmame de corticoterapia.

Discussão: O presente caso pretende ilustrar a importância de considerar as doenças reumatológicas na investigação de derrame pleural de origem desconhecida, particularmente na presença de clínica sugestiva. Mesmo uma manifestação comum do LES, quando ocorre como apresentação inicial, pode frequentemente dificultar o diagnóstico precoce, essencial para prevenir complicações potencialmente fatais.

Palavras-chave: *Lúpus eritematoso sistémico. Derrame pleural.*

48. HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE UMA PICADA DE INSETO

E. Almeida, J. Ribeiro, J.M. Silva

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: As reações adversas a picadas de inseto são comuns e a maioria são reações cutâneas locais. Alguns indivíduos desenvolvem reações sistémicas, com envolvimento respiratório e vascular, sendo uma causa comum de anafilaxia; estas reações são maioritariamente causadas por insetos pertencentes à ordem *Hymenoptera*. A hemorragia alveolar difusa (HAD) secundária a picada de himenópteros é uma manifestação rara; ocorre por hipersensibilidade ao veneno com toxicidade direta para as capilares alveolares, ou como parte de uma vasculite sistémica. Descrevemos um caso de choque anafilático e HAD após picada de vespa.

Caso clínico: Homem de 41 anos, trabalhador agrícola. Sem antecedentes pessoais relevantes ou alergias conhecidas. Recorreu ao SU por prurido, edema da face, dispneia e aperto torácico após picada de vespa. Apresentou episódio de hemoptise em moderada quantidade, único e autolimitado. À admissão no SU estava consciente, hipotenso, e com fevres dispersos na auscultação; por insuficiência respiratória (IR) com sinais de dificuldade respiratória foi admitido na sala de emergência. Iniciou oxigenioterapia por máscara de alto débito, e necessitou de adrenalina 0,5 mg intramuscular e broncodilatação. Analiticamente objetivou-se leucocitose 15.370/uL, eosinófilos 70/uL, Hb 12,3 g/dL, função renal e análise sumária de urina normais. O ECG não mostrou alterações. A radiografia torácica revelou infiltrados alveolares bilaterais, e a TC do tórax era compatível com HAD, apresentando um padrão de “crazy paving” multifocal peribroncovascular com distribuição difusa bilateral. Assumiu-se o diagnóstico de choque anafilático com HAD e o doente iniciou tratamento com corticoide sistémico. Observou-se melhoria clínica com resolução da IR e sem novos episódios de hemoptise. A TC torácica de reavaliação revelou melhoria das alterações parenquimatosas pulmonares, e o doente teve alta ao terceiro dia de internamento após ensino de autoadministração de adrenalina. A avaliação analítica efetuada na consulta de seguimento mostrou IgE 95,50, Phadiatop® negativo e a IgE específica para venenos de himenópteros revelou uma co-sensibilização para Vespa crabro, Vespa velutina e Polistas spp.

Discussão: No contexto clínico adequado, as picadas de inseto devem ser reconhecidas como causa de HAD, por forma a evitar a investigação fútil de outras doenças subjacentes.

Palavras-chave: *Hemorragia alveolar difusa. Himenópteros.*

49. FÍSTULA TRAQUEO-ESOFÁGICA - UMA APRESENTAÇÃO RARA DE TUBERCULOSE

F. Barbosa, J. Pereira, J. Cemlyn-Jones, Y. Martins

ULS Coimbra.

Introdução: A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e que pode afetar qualquer órgão.

Caso clínico: Reporta-se o caso de um doente do sexo masculino e 75 anos de idade, admitido no serviço de urgência (SU) com clínica de disfagia, febre e disfunção multiorgânica. Na avaliação no Serviço de Urgência, foi realizada uma TC torácica que revelou um espessamento do esôfago superior, sugestivo de lesão neoformativa, associado a sinais de mediastinite e de fistulização traqueal. Nesse contexto, foi assumida suspeita de neoplasia esofágica com fistulização traqueal e mediastinite, pelo que foi internado para tratamento de suporte e antibioterapia. Durante o estudo foi realizada endoscopia digestiva alta que objetivou estenose esofágica infranqueável ao endoscópio e ulceração da mucosa com orifício fistuloso acima do esfíncter esofágico superior, onde foram realizadas biópsias. Posteriormente procedeu-se à realização de broncoscopia rígida onde foram objetivados sinais de compressão extrínseca e sinais de infiltração da parede traqueal posterior, com solução de continuidade, tendo-se procedido à realização de aspirado brônquico para estudo microbiológico e micobacteriológico, biópsias da lesão endotraqueal peri-fístula e colocação de prótese traqueal. Os resultados do estudo histológico e microbiológico foram negativos, não se tendo comprovado a existência de neoplasia esofágica. O doente apresentou melhora clínica, analítica e imagiológica, mas manteve queixas de tosse produtiva, pelo que, foi realizada videobroncofibroscopia com colheita de novo aspirado brônquico e lavado brônquico dirigido que foram enviados para microbiologia, citologia e micobacteriologia. Este estudo revelou exame direto e PCR para *M. tuberculosis* positiva, tendo-se confirmado o diagnóstico de tuberculose pulmonar.

Discussão: A fistulização traqueo-esofágica por tuberculose é pouco comum, no entanto, a tuberculose pode ter diversas apresentações clínicas, mimetizando outras patologias. É essencial considerar a tuberculose como um diagnóstico diferencial.

Palavras-chave: *Fístula traqueo-esofágica. Tuberculose.*

50. PÓLIPO FIBROEPITELIAL BRÔNQUICO - UMA ENTIDADE RARA

F. Barbosa, J. Pereira, T. Alfaro

ULS Coimbra.

Introdução: Os pólipos fibroepiteliais brônquicos são tumores benignos raros de aspeto polipoide e histologicamente compostos por um estroma fibrovascular envolvido por epitélio respiratório normal.

Caso clínico: Aqui descreve-se o caso de um doente do sexo masculino de 73 anos de idade com lesão endobrônquica objetivada em TAC torácica, que foi realizada em contexto de hemoptises. Para estudo da lesão, foram realizadas biópsias da lesão endobrônquica por videobroncofibroscopia no Hospital Privado onde era seguido, que não foram conclusivas. Posteriormente, foi referenciado a Cirurgia Torácica para realização de biópsia cirúrgica, contudo, dada a localização da lesão, constatou-se a impossibilidade de realização de biópsia cirúrgica extemporânea, havendo a necessidade de proceder a lobectomia inferior esquerda. Foi solicitada nova avaliação endoscópica para nova tentativa diagnóstica. Na videobroncofibroscopia objetivou-se a presença de lesão com aspeto polipoide na dependência da parede medial do brônquio lobar inferior esquerdo, tendo-se procedido à ablação da mesma, com envio de material para estudo histológico. A avaliação histológica revelou tratar-se de pólipos fibroepiteliais brônquicos.

Discussão: Os pólipos fibroepiteliais brônquicos são lesões benignas raras, mas que devem fazer parte do diagnóstico diferencial de tumores endobrônquicos. Sempre que possível, deve ser tentada a via diagnóstica menos invasiva.

Palavras-chave: *Pólipo fibroepitelial. Tumores benignos pulmonares.*

51. CANCRO DO PULMÃO - A IMPORTÂNCIA DO (RE) ESTADIAMENTO

F.P. Silva, A. Barroso, M. Dias, D. Coutinho, R. Gomes

ULS Guarda.

Introdução: A presença de múltiplos tumores primários do pulmão é relativamente rara mas está a tornar-se mais comum, constituindo uma fonte de novos desafios quer a nível do diagnóstico quer da terapêutica.

Caso clínico: Homem, 76 anos, fumador ativo. Diagnosticado com Carcinoma Pulmão Não Pequenas Células NOS no LSD em Agosto 2021, cT1N0M0, PDL-1 < 5%, NGS sem mutações/rearranjos. Submetido a SBRT em setembro 2021. Recidiva em Agosto 2022 (N2), tendo realizado QT/RT concomitante. Após o 4º ciclo de tratamento (Dezembro 2022), TC-Toracoabdominal (TA) descreve aumento de nódulo previamente presente no LIE (7-10 mm) e alteração da sua conformação (agora espiculado), mantendo-se estável outro nódulo no LSE (15 mm) - biópsia transtorácica (janeiro 2023) sem células malignas. Em Março 2023 repetiu TC-TA, verificando-se novo aumento dimensional do nódulo no LIE (20 mm). PET F18-FDG: captação anormal ao nível dos 2 nódulos e em gânglio supraclavicular esquerdo; Biópsia LIE: Carcinoma epidermoide pulmão, T2aN0Mx, PDL-1 80-89%; Biópsia do gânglio supraclavicular: metastização do primeiro tumor (LSD). Atendendo às diferentes histologias, optou-se por biopsar também o nódulo no LSE, identificando-se um terceiro tumor primário (Adenocarcinoma Pulmão, cT1bN0Mx, PDL-1 90-100%, NGS: KRAS G12C). Repetiu PET (novembro 2023) para completar estadiamento, evidenciando-se captação aumentada nos gânglios supraclavicular esquerdo e pré-vasculares mediastínicos superiores à esquerda, sem metastização à distância. De acordo com decisão em reunião multidisciplinar iniciou tratamento sistémico do tumor inicial com carboplatino + pemetrexed com indicação para ponderar SBRT das restantes lesões se resposta ao tratamento do 1º tumor. Apresentou progressão em TC após 3 ciclos de tratamento, sendo iniciada imunoterapia em 2ª linha.

Discussão: Descrevemos o caso de um doente com 3 neoplasias primárias distintas que envolveu um importante trabalho em equipa multidisciplinar no sentido de garantir a abordagem mais correta. Lesões potencialmente metastáticas devem ser biopsadas para efeitos de diagnóstico e estadiamento, podendo os resultados alterar drasticamente a terapêutica proposta ao doente. Sempre que possível, dever-se-ão realizar tratamentos potencialmente curativos que não se equacionariam caso não se investigasse.

Palavras-chave: *Cancro do pulmão. Estadiamento.*

52. ASPERGILOSE PULMONAR CRÓNICA CAVITADA - UM DESAFIO CLÍNICO

F.M. Freitas, A.S. Gonçalves, F.C. Lima, V. Teixeira

Hospital Central do Funchal.

Introdução: A aspergilose pulmonar crónica cavitada (APCC) caracteriza-se por uma evolução lenta dos sintomas e das alterações imagiológicas, ao longo de meses a anos. Apresenta, habitualmente, cavidades pulmonares de paredes irregulares com material intracavitário.

Caso clínico: Destaca-se o caso de um homem de 66 anos, fumador (135 UMA), com antecedentes pessoais de Doença Pulmonar Obstru-

tiva Crónica (DPOC), alcoolismo, Tuberculose pulmonar, polimedicação, enviado para a consulta de Pneumologia por queixas de dispnéia para pequenos esforços (mMRC 2), tosse diária com expectoração purulenta, anorexia e perda ponderal de 10 kg em 8 meses. Em consulta, apresentava-se emagrecido e a auscultação pulmonar revelava murmúrio vesicular diminuído na base direita e ronos bibasais, sem outras alterações. Dos estudos efectuados, destacam-se: pesquisa de precipitinas *Aspergillus* positiva, Imunoglobulina E 1006, phadiatop +, serologias víricas negativas, tomografia computadorizada (TC) de tórax que revelou “Eixo traqueobrônquico repuxado para a direita, de acordo com aspetos de expressão fibrótica muito importantes envolvendo o vértice pulmonar. A este nível encontramos uma área cavitada com imagem aérea em crescente, medindo cerca de 4,4 cm, a fazer diagnóstico diferencial entre tuberculoma e aspergiloma. Bronquiectasias e bronchiolectasias retráteis. Aspetos de expressão enfisematosa centrilobular e parasseptal envolvendo os lobos superiores e os inferiores(...)”. Assim, foi colocada a hipótese diagnóstica de APCC e o doente iniciou itraconazol 200 mg 2 vezes por dia. Após 3 meses, o doente mantinha queixas respiratórias e a TC tórax de controlo não revelava alterações de novo. Iniciou megestrol, reabilitação respiratória e manteve itraconazol. Na última observação, o doente mantinha queixas respiratórias com 1 episódio de hemoptises de novo, negando qualquer melhoria com a terapêutica instituída. Assim, decidiu-se suspender o itraconazol, iniciar voriconazol 200 mg 2 vezes dia e pedir nova TC tórax.

Discussão: Com este caso pretende-se realçar a importância do diagnóstico de APCC pois esta é responsável por uma morbidade significativa e cujo diagnóstico é muitas vezes tardio.

Palavras-chave: *Aspergilose pulmonar crónica cavitada. Aspergillus. Aspergiloma. Itraconazol.*

53. QUISTOS PULMONARES, UM ACHADO. E AGORA?

F.M. Freitas, A.S. Gonçalves, C. Sousa, F.C. Lima, P. Mendes, V. Teixeira

Hospital Central do Funchal.

Introdução: O achado imagiológico de quistos pulmonares é uma característica radiológica que pode estar presente num grupo heterogéneo de doenças. Entre estas destacam-se a linfangioleiomiomatose (LAM); a Histiocitose de células de Langerhans (HCL) e a pneumonia intersticial linfóide (PIL).

Caso clínico: Destaca-se o caso de uma mulher de 49 anos, fumadora, com antecedentes de hipertensão arterial, fibromioma uterino, síndrome depressivo, rinosinusite não atópica, litíase renal e bulimia até aos 38 anos, polimedicação, enviada para a consulta de Pneumologia por alterações imagiológicas na tomografia computadorizada (TC) de tórax - “múltiplas formações quísticas no parênquima pulmonar, de paredes finas atingindo 11/12 mm os quistos dominantes...”. Em consulta referia apenas pieira ocasional, sem outra sintomatologia ou alterações ao exame objetivo. Dos estudos efectuados destacam-se: anticorpos anti-tiroideus positivos, restante auto-imunidade e serologias víricas negativas; pletismografia corporal normal, estudo da difusão do monóxido de carbono moderadamente reduzido; videobroncofibroscopia com lavado bronco-alveolar sem alterações relevantes e realização de biópsias brônquicas cujo resultado anatomopatológico referiu “parênquima pulmonar com áreas de colapso com agregados de macrófagos rodeando espaços vazios (lipídicos?), sem formação de granulomas”; TC abdominorrenopélvica que documentou “...pequeno quisto hepático inespecífico; pequenos quistos renais bilaterais...”; doseamentos de alfa-1 antitripsina e fator de crescimento endotelial vascular D negativos. Atendendo à ausência de diagnóstico estabelecido, a doente foi submetida a biópsia pulmonar cirúrgica que revelou “parênquima pulmonar com atelectasia, áreas de fibrose com macrófagos e esboço de vacúolos de tipo lipídico. Coexistem lesões de

enfisema panlobular subpleural. Patologia intersticial com características de pneumonia lipídica.”

Discussão: Sendo a presença de macrófagos espumosos um achado inespecífico e o estudo imagiológico não corroborando a hipótese diagnóstica de PIL, após a discussão do caso em grupo de patologia intersticial, foi solicitada a pesquisa do gene FLCN, que excluiu a síndrome Birt-Hogg-Dubé. Perante os resultados apresentados foi decidida atitude de vigilância imagiológica e funcional a curto prazo.

Palavras-chave: *Quistos pulmonares. Doença intersticial. Pneumonia intersticial linfóide. Linfangioleiomiomatose.*

54. EMPIEMA APÓS BIÓPSIA BRÔNQUICA: DESAFIOS E TERAPÊUTICA

F. Raposo, C. Simão, B. Cêrca, M. Aguiar, M. Felizardo, P. Calvino, F. Todo Bom

ULS Loures-Odivelas e ULS São José.

Introdução: O tratamento do CPNPC em estadio IV passa por tratamento sistémico, contudo a cirurgia pode ser essencial, nomeadamente com “salvage surgery”. A broncofibroscopia (BF) tem um importante papel no diagnóstico e estadiamento do cancro do pulmão. Em raras situações, ocorrem infeções graves após BF que podem comprometer o início de tratamento sistémico.

Caso clínico: Homem de 54 anos, fumador (20 UMA). Recorreu ao SU por sintomas de tosse seca, febre e perda ponderal. A TC torácica revelou volumosa massa cavitada no lobo inferior direito e adenopatia infra-hilar necrosada. Procedeu-se a BF com biópsia transbrônquica para diagnóstico. A histologia revelou adenocarcinoma do pulmão (PD-L1 70%). Após BF, apresentou febre, aumento dos parâmetros inflamatórios e iniciou antibioterapia de largo espectro, sem melhoria. Documentou-se extenso derrame pleural direito e realizou-se toracocentese com saída de pús. Assumiu-se abscesso com fistulização para a pleura, colocando-se drenagem torácica. Em reunião multidisciplinar foram propostos 21 dias de antibioterapia e reabilitação intensiva previamente a cirurgia de controlo de foco infeccioso para possibilitar realização de tratamento sistémico. Realizou TC abdominal e crânio sem evidência de metastização à distância. Foi submetido a pneumectomia direita com esvaziamento ganglionar sem intercorrências. Do estudo anatomo-patológico, foi identificado carcinoma adenoescamoso - pT4N2 R0 (PD-L1 > 50%) com área de invasão da pleura visceral. Realizou PET-FDG de re-estadiamento que evidenciou doença maligna metabolicamente ativa na loca de pneumectomia, massa pélvica e quadricipite direito. Optou-se pelo início de tratamento sistémico com duplete de platina (1 ciclo) até resultado de NGS que não mostrou mutações alvo, iniciando posteriormente 1ª linha com pembrolizumab que mantém até à data.

Discussão: Os autores apresentam um caso raro de empiema pós BF no contexto de diagnóstico de CPNPC por fistulização de massa à cavidade pleural. O controlo infeccioso pode tornar-se complexo e anular a hipótese de tratamento oncodirigido. Em casos raros e selecionados, a Cirurgia Torácica apresenta um papel fundamental mesmo em doença localmente avançada ou metastática, sendo a discussão multidisciplinar o pilar para a abordagem destes casos.

Palavras-chave: *Empiema. Broncofibroscopia. Salvage surgery.*

55. PNEUMONITE A DURVALUMAB COM INFEÇÃO OPORTUNISTA: UM DESFECHO FATAL

F. Raposo, C. Simão, C. Custódio, T. Lopes, M. Felizardo, C. Pereira, F. Todo Bom

ULS Loures-Odivelas.

Introdução: O Durvalumab é um anticorpo monoclonal anti-PD1/PD-L1. Com base no ensaio clínico PACIFIC, foi aprovado para o trata-

mento consolidativo após quimiorradioterapia (QRT) para o CPNPC de estadió III com expressão PD-L1 \geq 1%. Apesar do benefício clínico, também pode apresentar toxicidade.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 67 anos, ex-fumadora (CT 40 UMA), seguida em consulta de Pneumologia Oncológica por diagnóstico de Adenocarcinoma do Pulmão em estadió IA (PD-L1 > 50%), submetido a ressecção atípica em maio de 2022. Em abril de 2023 apresentou recidiva mediastino-hilar, documentada em PET, sendo proposta para QRT + durvalumab de manutenção. Iniciou durvalumab a 21 de novembro de 2023 até 20 de fevereiro 2024. Foi internada em abril de 2024, por tosse com expectoração purulenta, febre, subida de parâmetros inflamatórios e insuficiência respiratória (IR) parcial, com necessidade de O₂ a 4L/min. Realizou TC torácica que mostrou extensa consolidação do pulmão esquerdo, várias consolidações e vidro despolido no lobo superior, médio e inferior direito. Iniciada antibioterapia de largo espetro com piperacilina+tazobactam. Assistiu-se a uma evolução desfavorável rapidamente progressiva com elevação de PCR, IR (PaO₂/FiO₂ 158) e agravamento imagiológico. Assumiu-se provável pneumonite imunomediada secundária ao durvalumab e iniciou corticoterapia sistémica de alta dose (2 mg/Kg). A doente foi admitida na UCI por ARDS, sendo submetida a VMI com necessidade de parâmetros agressivos e prone ventilation, recusada para ECMO. Propôs-se imunossupressão dupla com infliximab e imunoglobulina. No aspirado traqueal isolou-se *Pneumocystis jirovecii* e iniciou-se cobertura antibiótica com cotrimoxazol. Protelou-se neste contexto início de imunossupressão com infliximab. A doente acabou por evoluir desfavoravelmente com ARDS grave e choque refratário, falecendo ao 16º dia de internamento.

Discussão: Os autores apresentam um caso de pneumonite grave imunomediada a durvalumab com infeção oportunista. Os casos de pneumonite imunomediada encontram-se descritos na literatura, podendo, em casos raros, ser fatais apesar das medidas instituídas. Até à data, não existem consensos para a monitorização da toxicidade pulmonar associada à imunoterapia, salientando a importância de um diagnóstico e tratamento precoces.

Palavras-chave: Adenocarcinoma do pulmão. Durvalumab. Pneumonite. Pneumocistose.

56. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRONQUIECTASIAS NA DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA: QUAL O SEU PAPEL?

F. Guimarães, R. Armindo, P. Romão, J. Canadas, M. Cunha, C. Lopes, C. Bárbara

Hospital Vila Franca de Xira.

Introdução: A discinesia ciliar primária (DCP) é uma doença genética heterogénea caracterizada por alterações ciliares. Os doentes com DCP submetidos a lobectomia têm tendência a ter maior declínio da função pulmonar do que os doentes não submetidos a cirurgia.

Caso clínico: Mulher, 60 anos, nunca fumadora, infértil. História de parto de termo, período neonatal com necessidade de internamento prolongado por causa desconhecida, infância com múltiplas infeções respiratórias, sem otites, *situs inversus* ou defeito cardíaco (PICADAR 2). Diagnosticada com sinusite e bronquiectasias (BQ), submetida a ressecção do lobo médio (1998) e do lobo inferior esquerdo (2009). Foram excluídas imunodeficiências, fibrose quística, défice de alfa1antitripsina e doenças obstrutivas da via aérea. Após a 2ª cirurgia, a doente mantinha tosse com expectoração mucopurulenta, mMRC 1, provas funcionais respiratórias (PFR) com FEV1/FVC 0,78, FVC 2,01 (78%) e FEV1 1,49 (68%) e tomografia computadorizada do tórax (TCT) com BQ ligeiras no lobo superior esquerdo com espessamento parietal, sem impactação mucóide, score FACED 1. Estava medicada com brometo de tiotrópio e formoterol inalados, aminofilina e acetilcisteína. Durante o seguimento mantinha 2 a 3 exacerbações por ano. Teve infeção primária a *Pseu-*

domonas aeruginosa (PA) e fez 2 tentativas de erradicação. Iniciou azitromicina, soro hipertónico e reabilitação respiratória, mantendo-se 3 anos sem exacerbações. Ao longo dos anos verificou-se agravamento clínico progressivo. Em 2024 mantinha expectoração mucopurulenta diária, mMRC 3, PFR com FEV1/FVC 0,62, FVC 1,38 (53%) FEV1 0,85 (41%) e TCT com BQ saculares em todos os lobos restantes, mais exuberantes inferiormente, com impactação mucóide, score FACED 5. Por infeção crónica a PA iniciou colistina inalada. Posteriormente apurou-se que a irmã era portadora da mutação em homozigotia RSPH1 e tinha o diagnóstico de DCP. Foi realizado pedido de óxido nítrico nasal, NGS de cilopatias respiratórias e pedida consulta de genética por suspeita alta de DCP.

Discussão: O estudo etiológico em BQ é fundamental para um tratamento dirigido e prognóstico mais fidedigno. Este caso vem realçar a necessidade de se prosseguir a investigação etiológica mesmo em doentes com BQ de longa data e pelo facto do tratamento cirúrgico poder ter pior prognóstico nos doentes com DCP.

Palavras-chave: Discinesia ciliar primária. Bronquiectasias.

57. QUANDO A ISQUÉMIA ENFARTA O ADENOCARCINOMA

G. Lopes, B. Bem, D. Mendonça, M. Tavares, É. Almeida, F. Jesus, F. Silva, M. Oliveira, G. Samouco, J. M. Silva, J. Ribeiro, M. Reis, L. Ferreira

Serviço de Pneumologia, ULS Guarda.

Introdução: A hiperplasia adenomatosa atípica (AAH) pulmonar é atualmente definida pela 2021 World Health Organization classification como uma lesão com menos de 5 mm de diâmetro, caracterizada por uma proliferação atípica de pneumócitos ao longo dos ductos bronquiolares terminais e espaços alvéolares, sem componente invasivo. É considerada uma lesão pré-invasivas precursora do adenocarcinoma (ADC) *in situ*.

Caso clínico: Homem, 79 anos, ex-fumador (carga tabágica: 20 UMA), seguido em Consulta de Pneumologia, onde se evidenciou uma perda ponderal de cerca 20 kg. Realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax que revelou nódulo sólido de contornos espiculados (6 mm), com pontes pleurais, no segmento apical do lobo inferior direito. Após 1 ano de seguimento imagiológico, perante um aumento dimensional (17 mm), realizou biópsia transtorácica guiada por TC que foi compatível com ADC do pulmão com padrão lepidico mucinoso, fenótipo entérico e expressão PD-L1 < 1%. O estudo por NGS revelou uma mutação do gene KRAS-G12A. Realizou tomografia por emissão de positrões (PET)/TC com 18F-fluorodesoxiglucose de corpo inteiro, sendo o nódulo descrito anterior hipermetabólico (SUVmax 4.4), sem outras alterações. A ressonância magnética cranio-encefálica não evidenciou lesões secundárias. Assim, perante um ADC do pulmão cT1bN0M0-IA2 em doente com ECOG Performance Status de 1, foi proposto em reunião multidisciplinar para cirurgia com intuito curativo. Foi submetido lobectomia inferior direita e linfadenectomia mediastínica por videotoroscópica. A peça cirúrgica apresenta ao exame microscópico uma área esbranquiçada compatível com AAH (3,5 mm), sendo identificados, adicionalmente, enfartes isquémicos dispersos com organização incompleta. Perante a discordância entre os resultados anatómopatológicos, foi pedida revisão de lâminas da peça cirúrgica, sendo o resultado compatível com AAH.

Discussão: A discordância entre o diagnóstico da lesão representada na biópsia com a peça cirúrgica sugere a possibilidade de ocorrência de enfartes que resultaram na perda tecidual da lesão neoplásica. A importância da AAH reside na associação frequente com o desenvolvimento subsequente de ADC invasivo. A identificação precoce representa uma oportunidade crucial para intervenções preventivas e diagnóstico precoce de neoplasia do pulmão.

Palavras-chave: Hiperplasia adenomatosa atípica. Adenocarcinoma. Enfarte.

58. REAÇÃO SARCOID-LIKE: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

H.I. Carvalho, B. Silva, F. Correia, M. Hipólito-Reis, T. Oliveira, I.R. Rodrigues

Unidade Local de Saúde de Santo António.

Introdução: A reação sarcoid-like (SLR) é um processo inflamatório granulomatoso não caseoso sistémico raro que pode ocorrer em associação a diversas neoplasias sólidas e hematológicas. Esta entidade apresenta-se com características imagiológicas e histológicas semelhantes à sarcoidose clássica, mas sem as respetivas manifestações clínicas.

Casos clínicos: Caso 1. Mulher de 65 anos, com antecedentes de cancro do endométrio submetida a cirurgia em 2021. Não fumadora. Foi enviada à consulta de Pneumologia por apresentar múltiplas adenopatias mediastínicas, a maior com 23 mm, em TC de seguimento, encontrando-se assintomática. Foi realizada 18-F-FDG PET-CT que demonstrou hipermetabolismo glicolítico de adenopatias mediastino-hilares. Posteriormente, foi efetuada biópsia ganglionar por EBUS-TBNA, cuja avaliação anatomopatológica revelou granulomas não caseosos na estação 11R; restantes estações biopsadas (4R, 4L e 7) sem granulomas, linfoma ou neoplasia. Perante a identificação de inflamação granulomatosa ganglionar mediastino-hilar, na ausência de outros achados histopatológicos ou de sintomas, assumida SLR associada à neoplasia do endométrio previamente tratada. TC de reavaliação sem adenopatias. Caso 2. Mulher de 66 anos, com antecedentes de cancro da mama diagnosticado em 2018 e tratado com cirurgia conservadora, RT e HT. Não fumadora. Por apresentar perda ponderal involuntária, foi realizada 18-F-FDG PET-CT, que revelou adenomegalias mediastino-hilares hipermetabólicas e nódulos pulmonares não captantes. A biópsia de um dos nódulos pulmonares evidenciou áreas de denso infiltrado inflamatório de histiócitos e eosinófilos. A doente foi encaminhada à consulta de Pneumologia e foi efetuada biópsia ganglionar por EBUS-TBNA, cuja avaliação anatomopatológica evidenciou granulomas epitelioides não caseosos; LBA com alveolite linfocítica com relação CD4/CD8 8,6; provas funcionais respiratórias normais. Tendo em conta o supracitado, foi assumida sarcoidose/SLR. TC de reavaliação com estabilidade e doente assintomática.

Discussão: A SLR, embora rara, deve ser considerada como diagnóstico diferencial de metastização torácica de tumores extratorácicos; para uma correta distinção destas entidades, é necessária avaliação histológica, evitando-se assim a interpretação errática de doença metastática e o sobretratamento.

Palavras-chave: *Reação sarcoid-like. Sarcoidose. Cancro. Adenopatia.*

59. A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: CASO CLÍNICO

I. Torres, A.R. Barreira, C. Jardim, C. Figueiredo, F. Canedo, S. Alfarroba

Hospital de Santa Marta.

Introdução: Estima-se que cerca de 1/4 da população mundial esteja infectada por *Mycobacterium tuberculosis*, estando descrita a morte de 1,3 milhões de pessoas infectadas, apenas em 2022. Apesar da redução gradual da incidência global de tuberculose e sua grande variabilidade entre países, continua a ser fulcral a sua deteção e diagnóstico atempado.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem, 30 anos, natural do Bangladesh. Recorreu ao serviço de urgência por tosse produtiva com expectoração mucopurulenta e febre, para o qual foi medicado empiricamente com amoxicilina-ácido clavulânico. Duas semanas depois, por persistência dos sintomas, em associação com perda ponderal de 5 kg, decidido internamento para estudo etiológico.

Dos exames complementares realizados, salienta-se a pesquisa de bacilos-álcool-ácido-resistentes (BAAR) negativa em três amostras de expetoração e, na TC torácica, a presença de conglomerado adenopático no mediastino superior, com centro necrótico. Realizou videobroncofibrosopia com biópsia de massa exofítica no brônquio lobar superior esquerdo, sendo o TAAN, BAAR e exame cultural do lavado broncoalveolar negativo. Não foram isolados microorganismos nos restantes exames culturais, nomeadamente hemoculturas. A manutenção da febre e aparecimento de dispneia e dor torácica de características pleuríticas, acompanhadas de elevação de parâmetros inflamatórios, motivou repetição da TC torácica, que demonstrou derrame pleural bilateral de novo. Foi realizada toracocentese diagnóstica com biópsias pleurais e iniciada antibioterapia empírica. O exame cultural do líquido pleural revelou-se negativo, ADA 14 U/L, citologia e histologia negativas para células neoplásicas. Face à elevada suspeita clínica de tuberculose, realizou EBUS-TBNA com biópsia aspirativa ganglionar e lavado brônquico, com crescimento de *Mycobacterium tuberculosis* complex multissensível, confirmando o diagnóstico de tuberculose pulmonar e ganglionar, para a qual iniciou tratamento com tuberculostáticos.

Discussão: Com este caso, pretende-se ilustrar a complexidade da marcha diagnóstica, que implica, frequentemente, múltiplos exames e técnicas complementares. Contudo, salienta-se a importância de estabelecer um diagnóstico preciso e definitivo, possibilitando a instituição de terapêutica dirigida capaz de alterar o curso da doença.

Palavras-chave: *Tuberculose pulmonar e ganglionar. Mycobacterium tuberculosis complex.*

60. HISTIOCITOSE PULMONAR DE CÉLULAS DE LANGERHANS - UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PREFERÊNCIA

I.M. Júlio, A. Almendra, R. Macedo, C. Bárbara

ULS Santa Maria.

Introdução: A histiocitose pulmonar de células de Langerhans (HP-CL) é uma doença incomum, relacionada com o consumo tabágico, uma vez que cerca de 90 a 100% dos doentes são fumadores. A sua evolução é variável, podendo regredir completamente, estabilizar ou evoluir com insuficiência respiratória crónica. A presença de múltiplos nódulos pulmonares e de lesões quísticas costuma ser a apresentação mais característica.

Caso clínico: Doente sexo feminino, 64 anos, florista de profissão. Fumadora desde os 16 anos, com elevada carga tabágica (cerca de 80 UMA). Como antecedentes, destaca-se DPOC GOLD 2B medicada e controlada com terapêutica broncodilatadora dupla, seguida em consulta de Pneumologia Geral, e adenocarcinoma do LSD do pulmão estadio I, submetido a lobectomia superior direita e esvaziamento ganglionar por VATS em dezembro de 2022 e quimioterapia adjuvante. Em TC torácica de seguimento, realizada em novembro de 2023, destacou-se a presença de nódulos pulmonares bilaterais múltiplos *de novo*, além das alterações enfisematosas já conhecidas e quistos irregulares dispersos. Clinicamente, a doente apresentava-se com cansaço mantido (mMRC 2), tosse diária e expectoração mucosa matinal. À observação, encontrava-se eufneica em ar ambiente, e à auscultação pulmonar com diminuição do MV bilateralmente. Funcionalmente em dezembro de 2023 com: FEV1/FVC de 51 e FEV1 de 57% após broncodilatação, TLC normal e diminuição DLCO - 56 ml/mmHg/min. Perante estes achados e, tendo em conta os antecedentes da doente, o caso foi discutido em reunião multidisciplinar, tendo-se optado pela realização de biópsia pulmonar cirúrgica com resseção em cunha de nódulos nos LSE e LIE. A análise anatomopatológica de todas as amostras evidenciou o diagnóstico de HPCL, sem presença de células neoplásicas. A doente aceitou início de seguimento em consulta de apoio ao fumador e de psicologia para cessação tabágica, mantendo seguimento clínico e imagiológico regular.

Discussão: A presença de múltipla nodularidade pulmonar, sobretudo em doentes com antecedentes oncológicos, deve-nos fazer suspeitar de metastização pulmonar como uma das primeiras etiologias a excluir. No entanto, com o presente caso pretende-se demonstrar a importância de outros diagnósticos diferenciais, muitas vezes mais raros, mas com bastante melhor prognóstico.

Palavras-chave: *Nódulos pulmonares. Histiocitose pulmonar de células de Langerhans. Adenocarcinoma do pulmão. Metastização pulmonar.*

61. QUISTOS PULMONARES: PISTA PARA O DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ

I.F. Pedro, M.J. Santos, M. Bragança, C. Bárbara

ULS Santa Maria.

Introdução: A síndrome de Birt-Hogg-Dubé (SBHD) é uma doença autossômica dominante rara causada por mutações no gene da foliulina (FLCN) e caracterizada por lesões cutâneas benignas, quistos pulmonares, pneumotórax espontâneo e risco aumentado de neoplasia renal.

Caso clínico: Mulher, 52 anos. Ex-fumadora, carga tabágica 20UMA. Ajudante de cozinha. Asma controlada com ICS-LABA em manutenção; SAOS ligeiro sob terapêutica com pressão positiva, com boa adesão. Referenciada à consulta de Pneumologia do nosso centro após realização de TC torácica que mostrou enfisema centrilobular e parasseptal; quistos intraparenquimatosos, os maiores de 3,2 cm à direita e 2,3 cm à esquerda. Para estudo de doença quística do pulmão, realizado estudo funcional respiratório (sem alterações); videobroncofibroscopia sem alterações endoscópicas; lavadobroncoalveolar com contagem de populações linfocitárias (7% de linfócitos, 78% de macrófagos). Pela presença de quistos pulmonares em combinação com lesões cutâneas com 3 meses de evolução (pápulas cupuliformes esbranquiçadas com cerca de 3 mm de diâmetro localizadas apenas no nariz), levantada a suspeita clínica de SBHD e realizado estudo genético que detetou a variante c.661_662del (Arg221Aspfs*26) no gene da FLCN em heterozigotia. Esta variante, que gera um códon stop prematuro, não se encontra reportada em bases de dados da doença ou populacionais, sendo classificada como provavelmente patogénica. Sem história familiar (HF) de SBHD mas filhos com lesões cutâneas semelhantes. Atualmente, encontra-se assintomática do ponto de vista respiratório, a aguardar doseamento de alfa 1-antitripsina (enfisema) e avaliação em consultas de Dermatologia, Nefrologia e Genética Médica.

Discussão: O caso apresentado representa um caso index típico de SBHD, com manifestações cutâneas e pulmonares com início na idade adulta. Assim, alerta para a importância de integração dos dados resultantes de exames torácicos como a TC com dados do exame objetivo como as lesões cutâneas, uma vez que apenas um elevado nível de suspeição permite um diagnóstico atempado desta patologia, sobretudo na ausência de HF. Mais, o relato de casos permite documentar mutações novas geradoras de doença, como a do presente caso.

Palavras-chave: *Birt-Hogg-Dubé. Quistos pulmonares. Fibrofoliculomas.*

62. UM CASO DE VASCULITE ANCA POSITIVA

I. Estalagem, S. Matias, C. Araújo, J. Silva, M. Ferreira Almeida, A. Vieira, M. Lopes

Hospital Garcia de Orta (ULSAS).

Introdução: As vasculites são doenças caracterizadas por inflamação dos vasos sanguíneos, que têm envolvimento multi-orgânico, tendo por vezes como manifestação inicial o envolvimento pulmonar, nomeadamente através de hemorragia alveolar difusa, variando entre 25-

60%. Deste modo, muitas vezes, a abordagem inicial é feita por pneumologistas. Abaixo apresenta-se um caso de vasculite ANCA positiva. **Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 48 anos de idade, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e obesidade, com quadro de 3 semanas de evolução de astenia, anorexia e tosse produtiva com expectoração hemoptoica. Adicionalmente referia obstrução nasal com um ano de evolução. Inicialmente observada no centro de saúde e medicada com claritromicina, mas sem melhoria. Na urgência com diminuição do murmúrio vesicular bibasal, uma saturação periférica de oxigénio de 91% e pO₂ de 53,9 mmHg na gasimetria arterial. Analiticamente uma trombocitose, leucocitose com neutrofilia, eosinofilia periférica (1.270) e proteína C reactiva de 9,28* mg/dL. Radiografia de tórax com hipotransparência das bases. Por necessidade de oxigenoterapia e para investigação de quadro de eosinofilia periférica com infiltrado pulmonar, foi decidido internamento ao cuidado da Pneumologia. Na TC tórax com múltiplas opacidades em vidro despolido nos andares inferiores, de forma simétrica, com características algodonosas. Na broncofibroscopia, o lavado bronco-alveolar revelou a presença de macrófagos alveolares com hemossiderina, sugestivo de hemorragia alveolar. Do estudo auto-imune, positividade para ANCA PR3. Em colaboração da Reumatologia, diagnosticada granulomatose eosinofílica com poliangeíte, tendo realizado terapêutica imunossupressora - metilprednisolona + ciclofosfamida, seguindo-se prednisolona 1 mg/kg/dia. Do ponto de vista respiratório, necessidade oxigenoterapia de alto fluxo, mas após início da terapêutica, com desmame gradual, encontrando-se em ar ambiente à data da alta.

Discussão: O pulmão é um órgão acometido frequentemente em fenómenos de autoimunidade, sendo que pode ser o primeiro a dar manifestações graves. Neste sentido, é importante estar alerta para os diagnósticos diferenciais das diversas manifestações pulmonares, neste caso da hemorragia alveolar difusa, para prontamente fazer um diagnóstico e iniciar terapêutica adequada.

Palavras-chave: *Vasculite. ANCA. Granulomatose. Poliangeíte.*

63. QUANDO A IMAGEM NÃO AJUDA

I.F. Silva, S. Salgueira, A.I. Loureiro

ULS Trás-os-Montes e Alto Douro.

Introdução: O padrão imagiológico crazy paving corresponde à combinação de opacidade em vidro despolido e espessamento de septos interlobulares. Pelas inúmeras etiologias subjacentes a esta alteração imagiológica, a TC torácica não é suficiente para um diagnóstico. Apresentamos 3 casos clínicos de padrão crazy paving na TC para melhor compreender a diversidade de etiologias inerentes.

Casos clínicos: Caso clínico 1. Masculino, 73 anos. Antecedentes de pneumoconiose e insuficiência cardíaca. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por tosse e dispneia. Objetivamente, sinais de dificuldade respiratória e crepitações dispersas à auscultação pulmonar (AP). Do estudo, aumento dos parâmetros inflamatórios, insuficiência respiratória (IR) tipo 1, padrão crazy paving e pesquisa de vírus respiratórios positiva para coronavírus 229. Assumiu-se pneumonia a coronavírus e insuficiência cardíaca descompensada. Caso clínico 2. Feminino, 53 anos. Sem antecedentes pulmonares. Internada por suspeita de acidente vascular cerebral. Evolução com sépsis respiratória, IR tipo 1 grave e TC torácica com derrame pleural bilateral e padrão crazy paving de predomínio peribroncovascular. Cumpriu antibioterapia empírica sem melhoria. Dúvida de patologia do interstício, mas pela distribuição das alterações, suspeição de edema pulmonar. Trial de diurético em alta dose com resolução completa das alterações. Caso clínico 3. Feminino, 59 anos, sem antecedentes. Quadro de astenia e expectoração hemoptoica com 1 mês de evolução. Radiografia torácica com hipotransparência difusa perihilar bilateral. Medicada com antibioterapia. Admitida no SU, por persistência de hemoptise. Documentada anemia, lesão renal aguda, IR tipo 1 grave e exuberantes densificações bilaterais pulmonares.

res nos lobos superiores e inferiores, com padrão crazy paving. Após estudo, diagnóstico de vasculite ANCA com hemorragia alveolar.

Discussão: Estes 3 casos clínicos ilustram algumas das possíveis etiologias subjacentes ao padrão crazy paving, realçando a importância do enquadramento da imagem nos antecedentes e contexto clínico do doente.

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

64. COMMUNITY-ACQUIRED CENTENARIAN PNEUMONIA: A NEW REALITY

I.M. Macedo, R.S. Silva, M. Bragança, F. Paula, H. Oliveira, F. Froes
Serviço de Pneumologia, ULS Santa Maria.

Introduction: Data on the hospitalized population due to pneumonia aged 100 years and older is scarce.

Objectives: To characterize the evolution of hospitalizations for Community-Acquired Pneumonia (CAP) in adults aged 100 years and older, from 2010 to 2019, in mainland Portugal.

Methods: Retrospective analysis of hospitalizations of adults aged 100 years and older admitted with a primary diagnosis of CAP in mainland Portugal from 2010 to 2019. Coded information from the hospitalization databases of the Central Administration of the Health System, I.P./Ministry of Health, was used.

Results: From 2010 to 2019, a total of 1,766 adults aged 100 years and older were admitted, accounting for 0.38% of the total of 462,910 hospitalizations of individuals aged 18 years and older with a primary diagnosis of CAP. The average age was 101 years, with a maximum age of 111 years, and 74.5% were female. In the period from 2010 to 2014, the percentage of hospitalizations for centenarian CAP was 0.36%, and from 2015 to 2019, it increased to 0.40%, representing a 10% increase.

Conclusions: Centenarian pneumonia is a new reality in hospitalizations of adults with CAP and has increased throughout the decade from 2010 to 2019.

Keywords: *Pneumonia. Centenarian. Elderly. Mainland Portugal.*

65. OSSIFICAÇÃO PULMONAR DENDRÍTICA - UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇA PULMONAR DIFUSA

I. Spencer, I.F. Pedro, J. Inácio

Unidade Local de Saúde Santa Maria.

Introdução: A ossificação pulmonar difusa é uma entidade em que ocorre formação metaplásica de osso no parênquima pulmonar. Subdivide-se nos tipos nodular (mais comum e tipicamente associado a hipertensão venosa pulmonar) e dendrítico. A ossificação pulmonar dendrítica (OPD) é um subtipo raro encontrado maioritariamente em homens adultos, frequentemente de forma incidental. Não identificável em radiografia de tórax e nem sempre evidente em TC de tórax, apresenta um padrão de densificação intersticial ramificada ou arboriforme, pela presença de trabéculas ósseas lineares que contêm tecido medular, afectando preferencialmente a periferia dos lobos inferiores. É idiopática ou surge em associação com doença pulmonar primária, sendo frequentemente encontrada em associação com pneumonia intersticial usual. Tem sido também associada à aspiração recorrente de ácido gástrico.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 48 anos de idade, ex-fumador (60 UMA), que nega outras exposições inalatórias de relevo. Antecedentes de dislipidemia. No contexto de internamento por pneumonia hipoxemiante do lobo superior direito realiza TC de tórax que identifica concomitantes espessamentos reticulares intersticiais periféricos e subpleurais postero-basais em localização bilateral. Negou sintomatologia respiratória habitual e o estudo funcional respiratório, gasometria arterial e prova de marcha de 6

minutos não revelaram alterações. Após reavaliação imagiológica concluiu-se que as alterações descritas são crónicas, não evolutivas e compatíveis com ossificação pulmonar dendrítica.

Discussão: A OPD é uma entidade assintomática com progressão indolente e que geralmente não afecta a função respiratória. Apesar dos desenvolvimentos em imagiologia continua a ser subdiagnosticada. Embora se reconheça o papel da inflamação crónica para o seu desenvolvimento, os fatores de risco ainda não estão bem estabelecidos. Embora rara, a OPD deve ser considerada no diagnóstico diferencial de densificações pulmonares difusas, nomeadamente nas de localização periférica e basal.

Palavras-chave: *Ossificação pulmonar dendrítica. TC de tórax.*

66. SARCOIDOSE MULTISSISTÉMICA - O PAPEL FUNDAMENTAL DE UM AGENTE IMUNOMODULADOR

I. Spencer, J. Barbosa, A.C. Mendes

Unidade Local de Saúde Santa Maria.

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória idiopática, que surge habitualmente em jovens adultos, caracterizada pela presença de granulomas não caseosos em diferentes sistemas. Surge frequentemente no pulmão, gânglios linfáticos e pele, entre outros órgãos, com apresentação e curso clínico muito variável. A abordagem terapêutica engloba a vigilância sem tratamento, corticoterapia e/ou imunossuppressores alternativos.

Caso clínico: Doente do sexo masculino com 66 anos de idade, técnico de electrónica reformado, ex-fumador (5 UMA), com diagnóstico de sarcoidose com envolvimento pulmonar (estadio I), cutâneo e hepático desde 1993. Apresentava concomitantemente diagnósticos de doença renal crónica KDIGO 3, hiperuricémia, gota e síndrome depressiva. A doença apresentou-se com numerosas placas e nódulos cutâneos dolorosos e incapacitantes compatíveis com lúpus pernio no nariz bem como nas pálpebras, dedos e cotovelos, juntamente com adenopatias pré-traqueais, subcarinais e hilares, elevação da enzima conversora da angiotensina (ECA), hepatomegalia, elevação de transaminases e gamaglutamiltransferase (GGT) e aumento de creatinínemia (1,3-1,5 mg/dL). Em estudo funcional respiratório foi identificada discreta diminuição da DLCO. A presença de granulomas compatíveis com sarcoidose constatou-se em biópsias cutâneas e brônquicas. Foi iniciada corticoterapia a longo prazo com resposta insuficiente a nível cutâneo, e resultando secundariamente em cataratas subcapsulares iatrogénicas e psicose com alteração comportamental com heteroagressividade. Foi instituído tratamento com infliximab com resposta célere e muito favorável entre 2008 e 2013, altura em que é suspenso. Por agravamento clínico a terapêutica é reiniciada em 2014 até 2022, contudo, face a reaparecimento de lesões cutâneas exuberantes foi novamente instituída em 2023 até à data atual. Sob terapêutica com infliximab, o doente encontra-se assintomático e verifica-se desaparecimento total das lesões cutâneas, bem como normalização dos valores de ECA, DLCO, transaminases e GGT.

Discussão: O infliximab é um inibidor de TNF alfa com resultados positivos na sarcoidose multissistémica refractária, nomeadamente quando existe envolvimento cutâneo. A taxa de recidivas após suspensão desta terapêutica é elevada.

Palavras-chave: *Sarcoidose. Infliximab. Lúpus pernio.*

67. CARCINOMA PULMONAR MIOEPITELIAL - UMA ENTIDADE RARA

J.M. Ferreira, I. Trancoso, F.S. Coelho, I. Morais, M. Jacob

ULS São João.

Introdução: O carcinoma mioepitelial primário do pulmão (P-EMC) é um tumor raro que surge de glândulas salivares do epitélio respiratório. O seu diagnóstico é baseado na histologia e imunohistoquímica.

Caso clínico: Homem de 76 anos, ex-fumador, seguido em Pneumologia por doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), sob oxigénio de longa duração, ventilação não-invasiva Binível/ST, medicado com terapêutica inalatória tripla. Sob vigilância de nódulos pulmonares bilaterais inespecíficos, com resolução na última TC. Na última consulta com estabilidade clínica, sem exacerbações/ano. 2 meses após última avaliação, recorre ao serviço urgência por dispneia súbita em repouso, pieira, tosse seca. Associadamente, anorexia e perda ponderal. Apresentava agravamento da insuficiência respiratória global sem acidemia respiratória e subida dos parâmetros inflamatórios. Assumida exacerbação aguda DPOC por traqueobronquite aguda. Realizou TC Tórax que mostrou nódulo no lobo superior esquerdo (LSE) (14 mm) e no lobo inferior esquerdo (18 mm) em vidro despolido. A PET-FDG evidenciou hipermetabolismo do nódulo no LSE compatível com lesão neoplásica maligna e nódulos infracentimétricos bilaterais com discreta hipercaptção. Realizou biópsia transtorácica ao nódulo no LSE, cujo estudo anatomopatológico revelou tumor tipo glândula salivar com diferenciação mioepitelial e positividade para proteína S100. Restante estadiamento sem evidência de metastização. Na Reunião de Grupo Oncológico foi decidida avaliação por Radioncologia após reavaliação imagiológica a curto-prazo. Duas semanas após alta, doente reinternado por pneumonia nosocomial, com evolução desfavorável, falecendo no dia seguinte à admissão.

Discussão: O P-EMC representa 1% de todos os carcinomas pulmonares primários. Normalmente é uma neoplasia maligna de baixo grau, embora haja casos de recidiva e metastização. As características clínicas e imagiológicas são semelhantes a outras neoplasias do pulmão, o que pode dificultar o diagnóstico. Dada a sua raridade, pouco se sabe sobre o tratamento mais adequado. Há relatos da ressecção cirúrgica, enquanto o efeito da radioterapia/quimioterapia está menos estabelecido. Este caso clínico pretende lembrar uma entidade pouco reconhecida e salientar as suas características para assim ser possível um diagnóstico preciso e célere.

Palavras-chave: *Oncologia. Mioepitelial. Tumor.*

68. DIA MUNDIAL SEM TABACO: QUAIS OS HÁBITOS DOS NOSSOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE?

J. Canadas, F. Guimarães, M. Cunha, R. Armindo, R. Campanha, C. Pissarra, P. Rosa

Hospital de Vila Franca de Xira.

Introdução: O dia mundial sem tabaco é comemorado todos os anos a 31 de maio, com o objetivo de destacar os riscos de saúde associados ao uso do tabaco. O tabagismo representa a causa de morte mais evitável em todo o mundo, com uma expressão pandémica, sendo responsável por 1 em cada 10 mortes na idade adulta.

Objetivos: Conhecer os hábitos tabágicos dos profissionais de saúde (PS) do Hospital de Vila Franca de Xira (HVFX), assim como, terapêuticas farmacológicas realizadas.

Métodos: Inquérito anónimo, recolhido no dia 31 de maio de 2023, no dia mundial sem tabaco, no âmbito de uma campanha de sensibilização realizada no HVFX. A análise estatística dos dados foi realizada no Microsoft Excel®.

Resultados: Participaram no inquérito 71 PS, com predomínio do género feminino (85,9%; 61) e uma prevalência do intervalo de idades entre os 30-50 anos (43,7%; 31). Quanto à classe profissional, destaca-se a participação dos enfermeiros (29,6%; 21), seguida dos técnicos superiores (21,1%; 15) e dos assistentes técnicos (15,5%; 11). A maioria dos participantes eram não fumadores (49,3%; 35) ou ex-fumadores (37,5%; 21). Apenas uma minoria dos ex-fumadores (23,8%; 5) recorreu a terapêutica farmacológica para abandonar os hábitos tabágicos, nomeadamente a vareniclina-Champix® (60%; 3) e pensos transdérmicos de nicotina (40%; 2). De entre os fumadores ativos (21,2%; 15), a maioria fuma tabaco aquecido (60%; 9) e os restantes (40%; 6) tabaco. O intervalo médio de número de cigar-

ros/dia mais prevalente foi de 3-10 (53,3%; 8), seguido de 10-20 (26,7%; 4), sendo que 1/3 dos fumadores (33,3%; 5) referiu fumar há cerca de 20-40 anos. No subgrupo de participantes que eram fumadores ativos, 3 (22%) referem tentativas prévias para deixar de fumar e 9 (60%) mostraram interesse em deixar de fumar.

Conclusões: A participação dos PS neste questionário permitiu conhecer os hábitos tabágicos passados e presentes dos mesmos, com uma percentagem significativa de PS ex-fumadores. Preocupa-nos, no entanto, ainda a existência de 21% de PS que são fumadores ativos. No âmbito desta campanha de sensibilização realizada no HVFX procurámos fazer uma intervenção breve para a cessação tabágica perante o público interessado e presente no HVFX nesse dia, facilitando a inscrição dos PS do HVFX na nossa consulta de cessação tabágica.

Palavras-chave: *Tabaco. Profissionais de saúde. Cessação Tabágica.*

69. LESÃO QUÍSTICA QUE MIMETIZA UM NÓDULO PULMONAR: O RELATO DE UM CASO

J. Lourenço, M. Araújo, M.J. Moura, R. Pereira, D. Reis, A.P. Vaz

Hospital Pedro Hispano, ULSM.

Introdução: Quisto pulmonar designa uma lesão parenquimatosa constituída por uma parede tipicamente fina e regular, com conteúdo gasoso no seu interior. Contudo, pode ocasionalmente ser preenchido por fluido ou mesmo material sólido. Assim o seu diagnóstico diferencial pode tornar-se complexo, nomeadamente com neoplasias pulmonares.

Caso clínico: Homem de 69 anos, fumador (50 UMA), referenciado à consulta de Pneumologia em 2023 para estudo de nódulo pulmonar homogéneo, medindo 30 × 20 mm, adjacente à bifurcação do brônquio lobar inferior direito. Sem clínica respiratória ou constitucional associadas. Retrospectivamente, constatada presença da referida lesão em TC-tórax de 2010, à data com dimensões de 17 × 14 mm. Foi proposto para estudo endoscópico por suspeita de neoplasia pulmonar. BFO sem alterações. EBUS-TBNA com identificação de lesão nodular homogénea, avascular, de limites bem definidos e com 20 mm de menor eixo, ao nível da parede posterior da pirâmide basal direita. Efetuadas 4 punções aspirativas transbrônquicas com saída de material de aspeto leitoso. Análise anatomopatológica revelou material proteináceo e questionável flora bacteriana, sem evidência de malignidade. TC-tórax de reavaliação 2 meses após procedimento, mostrando estrutura quística de parede fina onde previamente existia um aparente nódulo pulmonar, sugerindo tratar-se de lesão quística com conteúdo espesso, que terá sido drenada. Identificadas ainda outras pequenas imagens quísticas na região hilar direita (< 12 mm). Caso discutido com Cirurgia Torácica, optando-se por vigilância atendendo à estabilidade clínica.

Discussão: Têm sido crescentes as descrições na literatura relativas à utilização de EBUS-TBNA como ferramenta diagnóstica em lesões quísticas pulmonares que se apresentam como lesões sólidas em TC-tórax. Apesar de maior risco de recidiva, a aspiração do seu conteúdo por EBUS-TBNA poderá ter papel terapêutico, pois permite isolamento microbiológico, redução dimensional da lesão e palição de doentes não candidatos a cirurgia.

Palavras-chave: *Quisto pulmonar. EBUS-TBNA.*

70. CANCRO DO PULMÃO: CASUÍSTICA DE UMA ENFERMARIA DE PNEUMOLOGIA

J.M. Simões, P. Trindade, R. Silva, S.M. Pinto, D. Organista, M. Guia, A.L. Machado, R. Macedo, A.C. Mendes, P. Pinto, C. Bárbara

ULS Santa Maria.

Introdução: O cancro do pulmão apresenta uma incidência crescente, perspetivando-se um aumento do número de internamentos nas enfermarias de Pneumologia.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes internados no Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria, de junho de 2022 a junho de 2023, com diagnóstico de cancro do pulmão.

Resultados: Foram identificados 56 doentes, a maioria do sexo masculino (n = 34; 61%) e com história de tabagismo (n = 35; 63%). Idade média de 68,8 anos. Esta amostra representa 16% do número de internamentos e o número médio de dias de internamento foi 12,5 dias. Os sintomas mais frequentes foram: dispneia (n = 21; 38%), tosse (n = 15; 27%) e cansaço (n = 13; 23%). Os diagnósticos de internamento foram: insuficiência respiratória aguda (n = 27; 48%), quatro com necessidade de Bi-nível e dois de HFNC; derrame pleural (n = 16; 29%), doze submetidos a toracocentese e quatro a pleurodese química; tromboembolismo pulmonar (n = 10; 18%); pneumonia (n = 12; 21%); obstrução brônquica (n = 5; 9%), dois com colocação de prótese endobrônquica; síndrome da veia cava superior (n = 3; 5%) e outros (n = 5; 9%). Por toxicidade do tratamento antineoplásico evidenciou-se: pancitopenia (n = 2; 4%); neutropenia febril, insuficiência supra-renal e pneumonite intersticial (n = 1; 2% cada). Vinte cinco doentes apresentaram diagnóstico inaugural no internamento (45%). O adenocarcinoma foi o tipo histológico mais frequente (n = 30; 54%), seguido do carcinoma pavimentocelular (n = 15; 27%). A maioria das neoplasias apresentava-se em estágio IV (n = 36; 64%), seguido de estágio III (n = 11; 20%). Os locais mais comuns de metástases foram: osso (n = 14; 25%); pulmão, pleura e fígado (n = 12; 21% cada). Foram declarados 10 óbitos no internamento (18%).

Conclusões: Na nossa amostra e de acordo com a literatura, a maioria dos doentes internados são homens, com história de tabagismo e cancro do pulmão em estágio IV. Verificou-se um número importante de diagnósticos inaugurais e de complicações que requerem tratamentos específicos e intervenções avançadas por parte da Pneumologia. Estes dados refletem a ausência de um programa de rastreio organizado e de medidas de prevenção do tabagismo adequadas, e o que será o futuro das enfermarias de Pneumologia, com crescente complexidade diagnóstica, terapêutica e socioeconómica.

Palavras-chave: *Cancro do pulmão.*

71. IN EXTREMIS - INTUBAÇÃO ORO-TRAQUEAL SELETIVA BILATERAL EM CONTEXTO DE BRONCOFIBROSCOPIA DIAGNÓSTICA

J. Couto, A. Dias, A. Tenda, P.G. Ferreira

Unidade Local de Saúde de Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra.

Introdução: A broncologia de intervenção, é essencial para a gestão de múltiplas patologias broncopulmonares, em especial, no diagnóstico e estadiamento das neoplasias pulmonares. Apesar das situações críticas serem incomuns, estas obrigam a rápida atuação quando associadas a compromisso da via aérea. A integração de estratégias de ventilação não-invasiva e a gestão da via aérea difícil assumem aqui carácter life saving.

Caso clínico: Homem, 65 anos, antecedentes de tabagismo ativo (200 UMA), admitido à Unidade de Técnicas Invasivas Pneumológicas por lesão mediastínica de grandes dimensões (81 × 56 mm) com invasão da carina, redução grave dos lumina dos brônquios principais (BP), envolvimento esofágico, da aorta descendente e compressão da bifurcação arterial pulmonar. Na broncoscopia flexível (BF), observou-se abaulamento da carina e estenose compressiva dos BPs, com redução luminal > 75%, transponível pelo broncofibroscópio. Procedeu-se a TBNAc na estação 7 com Rapid On-Site Examination compatível com o diagnóstico de carcinoma de pequenas células do pulmão (CPPC). Resultado do compromisso da via aérea e da depressão respiratória associada à sedoanalgesia, verificou-se insuficiência respiratória hipoxémica aguda grave, obrigando

do ao início de ventilação não-invasiva (VNI), sem resposta favorável. Tendo em conta o diagnóstico de novo de CPPC e na impossibilidade de colocação de prótese em Y por broncoscopia rígida (marcada estenose luminal a nível dos BP e abaulamento da carina), após discussão em equipa multidisciplinar, realizou-se tentativa in extremis de intubação seletiva bilateral por BFO com tubos orotraqueais 5,0 mm longos, sob oxigenoterapia de alto fluxo e posterior transição para suporte ventilatório invasivo, sendo subsequentemente submetido a radioterapia emergente para citorredução e descompressão da via aérea. Paulatinamente, houve redução gradual da massa tumoral e progressivo desmame do apoio ventilatório até ventilação espontânea, permitindo a definição de esquema terapêutico dirigido à doença neoplásica de base.

Discussão: Este caso reflete uma intercorrência incomum, mas crítica, de compromisso da via aérea durante procedimentos broncoendoscópicos e a importância da integração de estratégias de VNI e do apoio multidisciplinar (Pneumologia; Anestesiologia e Medicina Intensiva) para a rápida intervenção nestas situações limite.

Palavras-chave: *Procedimentos broncoscópicos. Carcinoma de pequenas células. Intubação endotraqueal.*

72. ONCOGENE-ADDICTED NON-SMALL CELL LUNG CANCER: BODY COMPOSITION ANALYSIS

J.L. Mendes, R.Q. Ferreira, I. Mata, I. Guerreiro, S.D. Oliveira

ULS São José.

Introduction: As we traverse precision oncology era, body composition data remains neglected. It is unclear whether sarcopenia prognostic value, well described in non-small cell lung cancer (NSCLC) cohorts on chemotherapy, translates to oncogene-addicted (mut) NSCLC patients (pts) on tailored treatment.

Objectives: In this preliminary analysis, we aim to describe sarcopenia and obesity rates, as well as survival outcomes within a mutNSCLC cohort treated with first-line (1L) tyrosine kinase inhibitors (TKI); to assess body composition analysis' feasibility in routine care.

Methods: Unicentric retrospective analysis; metastatic NSCLC tested for actionable mutations treated with 1L TKI within a 6-year period (1st January 2017-31st December 2022). National Institute of Health ImageJ software was used to assess skeletal muscle area (SMA; cm²) in CT cross-sectional L3 vertebrae images, which allowed for skeletal muscle index (SMI) measurement (SMA/square height; cm²/m²). Sarcopenia was defined according to Prado et al. (SMI < 52,4 cm²/m² for men and < 38,5 cm²/m² for women); overweight was defined as body mass index > 25 Kg/m². Data was obtained from patients' (pts) clinical files, collected in an anonymous registry and analyzed with SPSSv26.0. Data cut-off was May 1st 2024.

Results: Thirty-five pts were included; median age of 71 years-old (43-84), mostly female (26 pts), never smokers (21 pts) and metastatic ab initio (30 pts). Epidermal growth factor receptor (EGFR) exon 19 deletions were the most frequent (14 pts), followed by EGFR exon 21 point mutations (12 pts), EGFR exon 18 mutations (4 pts), anaplastic lymphoma kinase fusion (3 pts), ROS rearrangement and MET exon 14 skipping (1 pt each). Starting 1L TKI, 21 pts were overweight (mean BMI 25,98 ± 7,71 Kg/m²); 18 pts had sarcopenia, while 6 pts were simultaneously overweight and sarcopenic. Median overall survival (OS) was 46,53 months (95%CI 29,83-63,22); sarcopenia showed a tendency for worse prognosis (median OS 29,87 vs. 46,53 months, hazard ratio 1.62, 95%CI 0.72-3.65, p = 0.24).

Conclusions: Early identification of sarcopenia and nutritional intervention accordingly are paramount to systemic therapy optimization. Body composition analysis is feasible in routine clinical practice without additional costs/logistics.

Keywords: *NSCLC. Oncogene-addicted. Body-composition. Sarcopenia.*

73. UM CASO RARO DE PÊNFIGO BOLHOSO SECUNDÁRIO A NIVOLUMAB

L. Lopes, M. Afonso

ULS Coimbra.

Introdução: Os inibidores do check-point imunitário, como o nivolumab, são cada vez mais utilizados no tratamento do cancro do pulmão. Podem causar vários efeitos adversos chamados “immune-related adverse events” (irAEs). Os irAEs cutâneos manifestam-se com prurido, erupções maculopapulares, vitiligo e raramente, pênfigo bolhoso.

Caso clínico: Senhor de 71 anos, PS 2, com antecedentes pessoais de dislipidémia, fibrilhação auricular e acidente vascular cerebral prévio, seguido em consulta de Pneumologia Oncológica desde maio de 2022 por diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão, KRAS G12R, com expressão de PD-L1 de 0%, em estadio IVA por metastização pulmonar bilateral. Atendendo ao estado geral optou-se em primeira linha por duplete de Carboplatina e Vinorelbina oral. Por progressão após 4 meses iniciou nivolumab, que cumpriu durante 16 meses, sem efeitos adversos relevantes ou necessidade de interrupção de tratamento. Ao 16º mês de tratamento iniciou queixas de lesões cutâneas papulosas eritematosas pruriginosas localizadas à face, zona posterior do pescoço, dorso superior e face externa dos membros superiores, sem envolvimento das mucosas. Foi encaminhado para consulta de Dermatologia onde realizou biópsia cutânea com resultado histológico inespecífico mas com achados na imuno fluorescência compatíveis com diagnóstico de pênfigo bolhoso. Analiticamente com anticorpo Ac. anti-BP180 positivo e eosinofilia de $790 \text{ células}/10^3/\mu\text{L}$. Suspendeu imunoterapia e iniciou ciclo de prednisolona oral 40 mg em esquema de desmame, corticoide tóxico e antibioterapia tópica. Após 3 semanas de tratamento obteve boa resposta com resolução praticamente completa das lesões pelo que retomou nivolumab na dose de 240 mg a cada 2 semanas mantendo prednisolona 10 mg em desmame. À data, o doente encontra-se sem lesões cutâneas após reintrodução de Nivolumab, e sem corticoterapia sistémica.

Discussão: Com o crescente aumento de indicações da imunoterapia no tratamento de várias neoplasias é importante estar alerta os efeitos adversos de múltipla índole, por vezes raros, como neste caso de pênfigo bolhoso. A adequada gestão dos irAEs permite, em muitos casos, evitar a descontinuação permanente da imunoterapia, sendo a estrita colaboração com outras especialidades fundamental para o sucesso no controlo destas situações.

Palavras-chave: Adenocarcinoma. Nivolumab. Efeito adverso. Pênfigo.

74. SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA SECUNDÁRIA A TUBERCULOSE MILIAR

L. Lopes, P.G. Ferreira

ULS Coimbra.

Introdução: A síndrome hemofagocítica caracteriza-se pela ativação de macrófagos e histiócitos com intensa hemofagocitose. Pode ser classificada em primária ou secundária a doenças autoimunes, neoplasias ou infeções, sendo a tuberculose uma causa rara.

Caso clínico: Homem de 54 anos, recentemente regressado de Angola, com antecedentes de psoríase sob metotrexato que recorreu à urgência por mialgias, astenia, vômitos e dor abdominal com 3 dias de evolução. Apresentava-se subfebril, eupneico e sem alterações auscultatórias. Evidenciava elevação da VS, da PCR, anemia, trombocitopenia, LRA e hiperferritinemia. O esfregaço de sangue excluiu malária. Foi internado para estudo de quadro infeccioso sem foco sob antibioterapia empírica com meropenem. As HC, UC e as sorologias para VIH, hepatites e zoonoses mostraram-se negativas. O estudo autoimune alargado foi normal. Por agravamento do esta-

do de consciência realizou punção lombar verificando-se apenas hiperproteínorráquia com pesquisa de micobactérias e ADA negativas. A ecografia abdominal revelou hepatoesplenomegalia e o medulograma identificou fenómenos de hemofagocitose. Firmou-se então o diagnóstico de síndrome hemofagocítica de causa indeterminada. Iniciou tratamento com imunossuppressores com melhoria permitindo alta para o domicílio. Regressou à urgência 182 dias depois por febre, mialgias e anorexia, com insuficiência respiratória hipoxémica e recrudescimento de parâmetros inflamatórios. Foi reinternado por suspeita de exacerbação infecciosa de síndrome hemofagocítica com necessidade de início de oxigenoterapia de alto fluxo e escalamento de cuidados para unidade de nível 2. Realizou TC torácica que revelou micronodulação em vidro despolido de distribuição difusa apico-caudalmente. Foi submetido a videobroncofibroscopia com lavado broncoalveolar e biópsias pulmonares trans-brônquicas que identificou *Mycobacterium tuberculosis* complex (exame direto, PCR e cultura positivos). Iniciou tratamento dirigido com RHZE com boa resposta permitindo o retorno para unidade de nível 1.

Discussão: Na síndrome hemofagocítica os imunossuppressores administrados para suprimir a superativação do sistema imunológico aumentam o risco de infeções sendo por isso fulcral o diagnóstico precoce.

Palavras-chave: Síndrome hemofagocítica. Tuberculose. Insuficiência Respiratória.

75. GLILD OU PNEUMONIA ORGANIZATIVA SECUNDÁRIA A IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL? - RELATO DE CASO

L. Balanco, P.G. Ferreira

ULS Coimbra.

Introdução: A imunodeficiência comum variável (IDCV) é uma imunodeficiência primária, que se caracteriza por hipogamaglobulinemia e associa-se a infeções recorrentes. Apesar do atingimento intersticial pulmonar ocorrer em 5-15% dos doentes e a GLILD ser a forma predominantemente identificada, a Pneumonia Organizativa (PO) secundária à IDCV apesar de já reportada é rara.

Caso clínico: Mulher de 20 anos, não fumadora, com IDCV desde os 17 anos com défice de IgM, em contexto de pneumonias e parotidites de repetição. Apresentava dispneia insidiosa e toracalgia pleurítica tendo realizado TC de tórax AR que revelou adenopatias mediastino-hilares e consolidações alveolares subsegmentares, multifocais, subpleurais, com broncograma aéreo e “sinal do atol”, a par de nódulos. Foi referenciada à consulta de Pneumologia onde iniciou estudo. Efetuado LBA que mostrou estudo microbiológico negativo, citometria de fluxo negativa para linfoma e um perfil de celularidade com linfócitos 68%. O EBUS/TBNA mostrou apenas linfadenite reativa. No estudo funcional, salientava-se apenas uma DLCOSB diminuída. Apresentava hepatoesplenomegalia. Na consulta de Interstício já estava sob corticoterapia sistémica há 3 meses tendo a TC de reavaliação confirmado remissão e a terapêutica sido lentamente descontinuada. Duas semanas após suspensão, reiniciou dispneia e dor torácica e a radiografia de tórax mostrou recidiva. Para clarificação de PO vs GLILD, foi proposta biópsia pulmonar por VATS, tendo o padrão encontrado sido mais consentâneo com PO. Foi reiniciada corticoterapia sistémica com prednisolona e, sequencialmente, introduzida azatioprina. Atualmente, encontra-se em remissão clínica, imagiológica e com função pulmonar normal.

Discussão: Tanto a GLILD como a PO secundária são complicações possíveis da IDCV, sendo a última de ocorrências mais rara. A biópsia pulmonar por VATS uniportal é fulcral para a distinção nosológica entre essas hipóteses, que apresentam recomendações terapêuticas e perspectivas prognósticas distintas. É possível existirem focos de PO em casos de GLILD, contudo, a assunção deste último diagnóstico obriga à coexistência histológica de bronquiolite folicular, infla-

mação granulomatosa não necrotizante e componente de pneumonia intersticial linfocitária.

Palavras-chave: *GLILD. Imunodeficiência comum variável. Pneumonia organizativa.*

76. PNEUMOTÓRAX PÓS-ACUPUNTURA: RELATO DE CASO

L. Balanco, T. Pais, F. Gamboa, F. Fradinho, A. Catarino

ULS Coimbra.

Introdução: A acupuntura é uma forma de terapia com origem na medicina tradicional chinesa que envolve a inserção de agulhas a nível cutâneo com intuito de alívio sintomático (dor, náuseas, edema). A realização desta técnica a nível torácico e cervical pode, raramente, provocar pneumotórax. Relatamos o caso de uma doente internada no serviço de pneumologia por pneumotórax traumático após uma sessão de acupuntura.

Caso clínico: Mulher de 50 anos, não fumadora, sem antecedentes patológicos de relevo e sem medicação habitual, que foi observada na urgência básica por dispneia e dor torácica que agravava com a tosse e com a inspiração profunda com 3 dias de evolução. Foi realizada radiografia de tórax, que consideraram sem alterações e a doente teve alta para o domicílio com medidas sintomáticas e indicação para vigiar sinais de alarmes. Por persistência dos sintomas associados a dispneia, a doente recorreu a um hospital privado no dia seguinte e foi reencaminhada para observação pela pneumologia por suspeita de pneumotórax. À admissão em SU, a doente apresentava-se eupneica e a saturar 99% sob oxigenoterapia suplementar por máscara de Venturi a 35%. À auscultação pulmonar, sons respiratórios abolidos no hemitórax esquerdo. Radiografia de tórax evidenciou pneumotórax à esquerda. Analiticamente, apresentava ligeira leucocitose e neutrofilia, sem outras alterações de relevo. Após anamnese mais cuidada, a doente referiu que a dor se iniciou de forma súbita durante uma sessão de acupuntura que tinha realizado 4 dias antes. Foi colocado dreno torácico e a doente foi internada para continuação de cuidados. Após 3 dias, por resolução do pneumotórax, foi retirado o dreno torácico e a doente teve alta para o domicílio. A TC de tórax realizada posteriormente não evidenciou alterações de relevo, nomeadamente patologia pulmonar cística ou bolhas.

Discussão: Apesar de raro, o pneumotórax traumático pós-acupuntura é uma complicação potencialmente grave e ameaçadora de vida. O desenvolvimento de dor torácica e dispneia súbitos devem fazer levantar a suspeita e uma história clínica cuidada permite estabelecer o nexo de causalidade.

Palavras-chave: *Pneumotórax. Radiografia de tórax. Acupuntura. Dreno torácico.*

77. CAVITAÇÕES E ADENOPATIA CERVICAL. METASTIZAÇÃO, TUMOR PRIMÁRIO DO PULMÃO OU TUBERCULOSE?

M. d'Almeida, C. Giesta, S. Ferreira, G. Vasconcelos, M.J. Canotilho, O. Santos

ULS Médio Tejo.

Introdução: O cancro laríngeo metastiza com maior frequência para o pulmão. A existência de lesões pulmonares de novo implica a exclusão de processo metastático ou primário do pulmão. Por outro lado, o envolvimento ganglionar, predominantemente cervical, constitui a apresentação de tuberculose extra-pulmonar mais frequente.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, de 71 anos de idade, ex-fumador (30 UMA), autónomo, mas com higiene pessoal precária, com antecedentes pessoais relevantes de carcinoma pavimentocelular híbrido da corda vocal esquerda sub-

metido a cordectomia esquerda há 6 meses, enfarte agudo miocárdio com colocação de stent há 6 anos, diabetes mellitus tipo 2 não-insulino tratado, hipertensão arterial e gota. Recorreu ao serviço de urgência por agravamento de dor e tumefação cervical direita com 1 mês de evolução. Foi avaliado previamente em consulta de Otorrinolaringologia e realizou TC cervical e torácica que identificou adenopatia cervical com necrose, de limites irregulares, direita com 23 × 12 × 20 mm, uma lesão cavitada no ápex pulmonar esquerdo com 29 × 27 mm, de paredes espessadas (17 mm de espessura máxima) e outra lesão adjacente com 12 mm. Na admissão hospitalar encontrava-se apirético, eupneico em ar ambiente, disfonía sem alteração do seu padrão habitual e auscultação pulmonar normal. Analiticamente, salienta-se leucocitose com neutrofilia e elevação da PCR (21 mg/dL). Iniciou antibioterapia empírica e foi internado no serviço de Pneumologia. Foi realizada punção da adenopatia com saída de pús tendo sido efetuada drenagem e desbridamento. Realizou broncoscopia flexível com lavado dirigido, escovado brônquico e biópsia brônquica distal do B1 esquerdo. A pesquisa por PCR *Mycobacterium tuberculosis* do aspirado e lavado brônquico foram positivos. Iniciou esquema antibacilar com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. Não foram identificadas células neoplásicas nas amostras recolhidas. O doente teve evolução clínica favorável.

Discussão: O diagnóstico diferencial de lesões cavitadas pulmonares e adenopatia cervical deve incluir a tuberculose pulmonar. O caso apresentado ilustra a marcha diagnóstica em que as principais hipóteses apresentam prognósticos distintos.

Palavras-chave: *Tuberculose. Cavitações. Adenopatia cervical.*

78. OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA: PARA ALÉM DA EVIDÊNCIA

C.M. Monteiro, D. Rodrigues, M. Afonso, J. Silveira, C. Rodrigues

Unidade Local de Saúde de Coimbra.

Introdução: Existe evidência crescente de que o uso de oxigenoterapia nasal de alto fluxo (ONAF) nos programas de reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica e no cancro do pulmão, melhora o desempenho na prova da marcha dos 6 minutos (PM6M), a dispneia e o tempo de endurance. O efeito noutras patologias pulmonares não está solidamente estabelecido. Apresentam-se dois casos clínicos que ilustram o benefício da utilização em doentes com hipertensão pulmonar e destroyed lung.

Casos clínicos: Caso 1. Homem de 51 anos, com hipertensão pulmonar combinada (grupo II e grupo III), insuficiência cardíaca e insuficiência respiratória hipoxémica crónica, sob oxigénio de longa duração (OLD) a 2 L/min e oxigénio de deambulação (OD) setting 3. Apresentava síndrome restritivo ligeiro e dessaturação (SpO₂ 94 > 81%) na PM6M. Integrou o programa de reabilitação durante 32 semanas, 2 vezes por semana, realizando treino de fortalecimento muscular e aeróbio de baixa intensidade, sob O₂ 6 L/min. Por dificuldade de progressão na intensidade de treino por dessaturação com o exercício (SpO₂ 85%), iniciou ONAF (fluxo 40 L/min, FiO₂ 40%) durante os treinos. Houve melhoria da tolerância ao esforço, menor dessaturação e aumento da intensidade de treino (cargas). Caso 2. Mulher de 53 anos, com destroyed lung, paquipleurite, hipodesenvolvimento pulmonar esquerdo e insuficiência respiratória global crónica, sob OLD a 1 L/min, OD setting 2 e ventilação não invasiva noturna. Apresentava síndrome restritivo grave e PM6M com dessaturação (SpO₂ 99 > 81%). Realizada gasimetria após PM6M, que demonstrava hipoxémia (pO₂ 59,5 mmHg, SpO₂ 88,6%) e hipercapnia (pCO₂ 65,4 mmHg). Iniciou programa de reabilitação, 2 vezes por semana, com treino de fortalecimento muscular e aeróbio, com ONAF (fluxo 35 L/min, FiO₂ 30%), tendo apresentado melhoria da tolerância ao esforço, incremento nas intensidades de treino e melhoria gasimétrica após exercício (pO₂ 67,9 mmHg, pCO₂ 49,5 mmHg, SpO₂ 92,8%).

Discussão: Com estes casos clínicos, pretende-se evidenciar o benefício do uso de ONAF, em doentes selecionados, na melhoria da tolerância ao esforço e das trocas gasosas durante o exercício. Mais estudos são necessários para atestar a sua eficácia nos programas de reabilitação respiratória.

Palavras-chave: Oxigenoterapia nasal de alto fluxo. Reabilitação respiratória. Hipertensão pulmonar. Destroyed lung.

79. FORMA GRAVE, NÃO FIBRÓTICA DE PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE MASCARADA DE “PNEUMONIAS RECORRENTES”

C.M. Monteiro, J. Couto, D. Rodrigues, P. Santos, M. Afonso, M.A. Marques, P.G. Ferreira

Unidade Local de Saúde de Coimbra.

Introdução: A pneumonite de hipersensibilidade (PH) é causada pela inalação de antigénios que induzem uma reação imunológica exacerbada em indivíduos suscetíveis. Pode cursar com alterações inflamatórias e/ou fibróticas do parênquima ou das pequenas vias aéreas.

Caso clínico: Mulher de 40 anos com trissomia 21 e insuficiência respiratória hipoxémica preexistente (sob oxigenoterapia de longa duração 2 L/min) de causa não clarificada, que recorre ao serviço de urgência (SU) por dispneia de agravamento progressivo (3 mMRC) com evolução de 14 semanas. Identificavam-se múltiplos recursos ao SU com sintomatologia semelhante, com assunção de pneumonias adquiridas na comunidade de repetição. Havia realizado TC-AR no mês anterior com um padrão de atenuação em mosaico, de distribuição difusa ápico-caudal e axialmente, com áreas de hiperatenuação em vidro despolido, dispostas geograficamente, sem presença clara do “sinal das 3 densidades” ou nodulação centrilobular de baixa densidade. Da história clínica, destacava-se exposição inalatória a periquitos e galinhas no domicílio, sem uso de fármacos passíveis de pneumotoxicidade ou historial de doença sistémica autoimune. Apresentava insuficiência respiratória tipo I grave à admissão, requerendo FiO₂ 31%. Da investigação realizada destaca-se estudo negativo de autoimunidade, elevação de IgGs específicas para periquitos, galinhas e pombo; lavado broncoalveolar com 1.250.000 céls/mL com predomínio linfocitário (57%). A nível funcional destacava-se FVC 37% previsto, DLCO 27% previsto. Assumido diagnóstico “provisório com elevado nível de confiança” de PH não fibrótica tendo iniciado tratamento com 3 pulsos diários de metilprednisolona 250 mg ev, passando a prednisolona oral 0,5 mg/Kg durante 3 semanas, com decréscimo faseado para dose de manutenção (7,5 mg/dia), e evicção antigénica total a aves. Após 4 meses, ocorreu resolução dos sintomas, das alterações imagiológicas e melhoria substancial da função pulmonar (FVC 70%; DLCO 60%).

Discussão: Perante sintomas recorrentes e alterações radiográficas persistentes em doentes sob exposições antigénicas com potencial indutor de doença, a existência de suspeição clínica adequada para PH é fundamental. Saliencia-se a possibilidade de apresentação rapidamente progressiva com insuficiência respiratória aguda em formas inflamatórias de PH.

Palavras-chave: Pneumonite de hipersensibilidade. Pneumonias recorrentes. Exposição inalatória a aves.

80. QUANDO UMA BIÓPSIA FAZ TODA A DIFERENÇA

M. Ferreira, S. Raimundo, D. Silva, L. Nascimento, T. Gomes, A. Loureiro

ULSTMAD.

Introdução: Perante a identificação de múltiplos nódulos pulmonares importa distinguir entre doença benigna e maligna, primária e

metastática. Nesse sentido, devemos considerar os fatores de risco, a clínica e as características imagiológicas e metabólicas das lesões. Em doentes com neoplasia do pulmão potencialmente tratável radicalmente, o diagnóstico etiológico de nódulos pulmonares síncronos pode mudar por completo o estadiamento, o tratamento a propor e o prognóstico.

Caso clínico: Homem de 77 anos, fumador ativo (59 UMA), com exposição a amianto e fumo de combustão de biomassa. O doente foi encaminhado a consulta de Pneumologia Oncológica por identificação de nódulo pulmonar durante o estudo etiológico de perda ponderal inexplicada (12% em 8 meses). A TC de tórax mostrava 2 lesões pulmonares, uma no lobo inferior esquerdo (LIE), nodular com 2,7 cm, e outra no lobo médio (LM), de características radiológicas distintas, levantando a suspeita de consolidação ou atelectasia. O doente apresentava ainda nódulos em ambas as suprarrenais. A biópsia transtorácica do nódulo no LIE revelou um carcinoma epidermóide, com marcação difusa para p40, PDL1 negativo. A PET-CT confirmou a captação muito aumentada de 18F-FDG nas duas lesões pulmonares, mas não nas SR. O doente não apresentava adenopatias hilares ou mediastínicas na TC torácica e não foram encontradas quaisquer outras lesões à distância no estadiamento. Para estabelecer o diagnóstico da lesão do LM - tumor síncrono ou doença oligometastática - foi realizado EBUS radial, com diagnóstico de carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC). Deste modo, diagnosticaram-se 2 tumores pulmonares síncronos: carcinoma epidermóide do pulmão em estadio IA3 e CPPC em estadio IA3. O doente realizou SBRT de ambos os tumores, dado não apresentar condições para cirurgia, seguida de QT adjuvante com carboplatina e etoposido para o CPPC, encontrando-se atualmente em vigilância.

Discussão: Este caso clínico ilustra uma possível abordagem de múltiplos nódulos pulmonares num doente com vários fatores de risco para neoplasia do pulmão. Apenas a biópsia de ambas as lesões permitiu caracterizá-las como tumores pulmonares primários síncronos e propor um tratamento adequado e, por conseguinte, potenciar um melhor prognóstico.

Palavras-chave: Carcinoma pulmonar de células pequenas. Carcinoma de células escamosas. Neoplasias pulmonares.

81. DESAFIOS DIAGNÓSTICOS DA DOENÇA INTERSTICIAL NO CONTEXTO DA DOENÇA REUMÁTICA

M.I. Pereira, J. Barbosa, R.P. Basto, A.S. Oliveira, S. Salgado, M. Serrado, C. Bárbara

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: As doenças do tecido conjuntivo (DTC) são uma causa conhecida de doenças do interstício pulmonar (DIP) com apresentação clínica variável e cujo diagnóstico pode ser difícil numa fase inicial.

Caso clínico: Sexo masculino, 77A, com várias exposições de risco, surge com micronódulos pulmonares em TC abdominal de follow-up oncológico. Realizou TC torácica documentando-se fibrose intersticial subpleural e padrão em favo de mel. Clinicamente, sem sintomas respiratórios, apurando-se gonalgia bilateral inespecífica do ponto de vista reumatológico. Dos MCDT realizados, a destacar: analiticamente, positividade para fator reumatóide (FR), ANCA MPO e PR3 e anti-SRP; lavado broncoalveolar com linfocitose 24%; PFR dentro da normalidade, incluindo DLCO. Submetido a criobiópsia pulmonar documentando-se calcificações distróficas intra-alveolares. Colocaram-se, como principais hipóteses de diagnóstico, pneumonia intersticial com características autoimunes versus DTC com envolvimento pulmonar. Foi discutido em RMD: perante imagiologia e histologia inespecíficas, propôs-se biópsia pulmonar cirúrgica (BPC) que o doente recusou, mantendo-se em vigilância clínica, imagiológica, funcional e analítica. Contudo, abandonou o seguimento em Reumatologia. Evolução com agravamento imagiológico,

funcional e das queixas reumatológicas com poliartralgias, xerostomia e xerofalmlia. O doente realizou BPC compatível com DTC com envolvimento pulmonar, não se podendo excluir componente de pneumonite de hipersensibilidade. Perante a marcha diagnóstica já realizada, a evolução do doente e reavaliação analítica com positividade para FR, anti-CCP e ANA, foi assumido o diagnóstico de DTC (sobreposição artrite reumatóide/síndrome de Sjögren) com envolvimento pulmonar e iniciada terapêutica com prednisolona e metotrexato.

Discussão: A colaboração entre Pneumologia e Reumatologia é particularmente relevante perante doentes assintomáticos do ponto de vista respiratório, com sintomas reumatológicos inespecíficos, com imagiologia sugestiva de DIP e histologia não esclarecedora. As DIP podem surgir em qualquer ponto da história natural da doença reumática, podendo ser o primeiro sintoma de uma DTC oculta. Como patente neste caso, só o acompanhamento da evolução da doença permitiu chegar a um diagnóstico definitivo.

Palavras-chave: Doença do interstício pulmonar. Padrão UIP. Doenças do tecido conjuntivo. Artrite reumatóide. Síndrome Sjögren.

82. A PRESSÃO POSITIVA NO IDOSO COM SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

M. Tavares, A. Tavares, F. Fernandes, J. Silva, J. Costa, D. Mendonça, C. Rito, B. Baptista

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: Face à melhoria das condições de vida, a população mundial encontra-se cada vez mais envelhecida. A prevalência da SAOS na população idosa (≥ 65 anos) apresenta um valor estimado de 15-20%. Apesar da elevada prevalência, têm sido desenvolvidos poucos estudos relativos aos efeitos da SAOS e da terapêutica com CPAP nesta faixa etária.

Objetivos: Caracterizar os doentes com idade ≥ 65 anos da consulta de Patologia do Sono diagnosticados com SAOS, sob CPAP. Variáveis analisadas: género, idade, Escala de Sonolência de Epworth (ESE), IAH inicial, diagnóstico, comorbilidades, terapêutica ventilatória, adesão, número de horas de utilização e IAH residual.

Métodos: Análise descritiva relativa aos doentes com idade ≥ 65 anos da consulta de Patologia do Sono de um hospital periférico diagnosticados com SAOS, sob CPAP. Para a realização desta análise, foram consultados os processos clínicos dos doentes.

Resultados: Amostra constituída por 103 doentes, 32 (31,10%) do género feminino e 71 (68,90%) do género masculino, com idades entre 65-93 anos, e idade média de 73,65 anos. A sonolência diurna média antes do início da terapêutica, avaliada através da ESE, era de 6,03 pontos. O IAH inicial encontrava-se compreendido entre 8,4-82,7, com uma mediana de 39,3. Todos os doentes tinham diagnóstico de SAOS. A SAOS grave era a mais prevalente em 70,90%, seguida da SAOS moderada (28,16%) e da SAOS ligeira (0,97%). As comorbilidades cardiovasculares (73,80%) e metabólicas (42,70%) eram as mais frequentes. Todos os doentes se encontravam sob terapêutica por pressão positiva, sendo o modo auto-CPAP o mais usado em 98,10%. Apenas 2 doentes se encontravam sob CPAP com pressão fixa. A adesão à ventiloterapia era elevada, com um valor médio de 89,26%. A média de horas de utilização era de 6 h 26 min. O IAH residual médio situava-se nos 3,86.

Conclusões: A sintomatologia e as consequências da SAOS em idosos são pouco claras, uma vez que a má qualidade de sono, disfunção cognitiva e morbilidade cardiovascular podem ter uma etiologia multifatorial. A ESE apresenta, frequentemente, má correlação com a severidade da SAOS nos idosos. Desta forma, é fundamental encontrar ferramentas de diagnóstico e monitorização da SAOS mais dirigidas para a população idosa.

Palavras-chave: SAOS. CPAP. Idoso.

83. ASMA GRAVE - SUPER RESPOSTA E REMISSÃO CLÍNICA

M. Cunha, F. Guimarães, J. Canadas, R. Armindo, I. Farinha, A. Alves, P. Rosa, C. Loureiro, C.R. Cordeiro

Hospital de Vila Franca de Xira.

Introdução: O conceito de remissão clínica na asma grave é alvo de interesse crescente, sobretudo desde a introdução de terapêuticas modificadoras de doença, como as biotecnológicas. Também a identificação de super-respondedores a biotecnológicos é importante na definição de estratégias de tratamento e prognóstico do doente.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 37 anos, ex-fumador, enviado a consulta diferenciada com asma sob terapêutica inalatória tripla, montelucaste e prednisolona 10 mg, com história prévia de internamento prolongado (3 meses) por exacerbação. À avaliação inicial em consulta apresentava obstrução nasal, anósmia, rinorreia anterior/posterior e dispneia de esforço com pieira (CARAT 23, ACT 21). Laboratorialmente em eosinofilia 1.200 cel/ μ L, IgE 695 UI/mL e supressão adrenal; provas funcionais com obstrução severa (FEV1 1,71 L/41,1%), TC-seios perinasais com polipose bilateral. Identificadas várias comorbilidades secundárias a corticoterapia sistémica crónica. Iniciou benralizumab a 12/2022. Reavaliação aos 12 meses: sem exacerbações, suspensão de corticoterapia sistémica, com melhoria sintomas respiratórios embora com ligeiro agravamento sintomas nasais (CARAT 22, ACT 24); melhoria funcional com obstrução moderada (FEV1 3,73 L/90,2%). Segundo Upham et al., o doente cumpre os critérios major e minor para super-resposta a benralizumab (melhoria controlo da asma definida por aumento ACT3). Cumpre ainda critérios de remissão clínica completa por Menzies-Gow et al. e Thomas et al.: ausência de sintomas respiratórios (ACT > 20), uso de terapêutica SOS ou corticoterapia sistémica, otimização da função pulmonar e normalização de marcadores inflamatórios propostos (sem eosinofilia periférica).

Discussão: Pretende-se com este caso clínico não só apresentar um caso de sucesso e eficaz importante da terapêutica biotecnológica, mas sobretudo salientar a aplicação dos novos conceitos na asma grave, super-resposta e remissão clínica, que podem alterar o paradigma de seguimento da doença.

Palavras-chave: Asma Grave. Biotecnológicos. Remissão.

84. ATIPIA OU PNEUMONIA? RESSEÇÃO PULMONAR POR HEMOPTISE MACIÇA

M.J. Santos, C. Giesta, I. Júlio, J. Cardoso, F. Freitas, P. Monteiro

ULS Santa Maria.

Introdução: Hemoptises maciças (HM) representam apenas 5-15% dos casos de hemoptises mas estão associadas a elevada mortalidade. As principais causas são bronquiectasias, tuberculose, infeção fúngica e neoplasia. Apresenta-se um caso de pneumonia como causa de HM com necessidade de cirurgia para controlo hemorrágico.

Caso clínico: Homem 74 anos, exposição passiva ao fumo do tabaco. História de hipertensão, diabetes mellitus tipo 2 e anticoagulado por arritmia. Recorre ao serviço de urgência (SU) por quadro de hemoptises súbitas, sem outra sintomatologia. Analiticamente sem leucocitose, PCR 9 mg/dL. TC torácica com consolidação extensa do LID, sugestiva de processo infeccioso vs atipia. Foi iniciada antibioterapia. Apesar de suspensão da anticoagulação e da terapêutica médica instituída, assistiu-se a agravamento clínico com episódio de hemoptise maciça e instabilidade hemodinâmica (HD) que motivaram realização de broncoscopia rígida (oclusão da quase a totalidade do lúmen do LID por coágulos que se removeram, sem identificação de ponto hemorrágico ou lesão suspeita). Por evolução desfavorável, foi necessária entubação orotraqueal e colocação de bloqueador endoscópico. Os exames microbiológicos foram negativos. Apesar das medidas instituídas, manteve hemorragia aquando da desinsuflação do bloqueador, com reper-

cussão HD, tendo sido submetido a lobectomia inferior direita para controlo hemorrágico, após ter sido excluída a possibilidade de embolização de artérias brônquicas. A anatomia patológica da peça revelou extensa pneumonia em organização e dano alveolar difuso, não se observando tecido de neoplasia. À data, o doente encontra-se assintomático e sem alterações agudas na TC torácica aos 6 meses.

Discussão: A pneumonia cursa mais frequentemente com hemoptises ligeiras mas pode ocorrer HM, sobretudo na evolução para pneumonia necrotizante. Apesar da 1ª linha terapêutica das HM incluir terapêutica médica e controlo endoscópico da hemorragia, pode ser necessária a cirurgia perante falência das restantes terapêuticas, não devendo esta abordagem ficar esquecida no tratamento das HM. O caso ilustra uma marcha diagnóstica difícil pela ausência de clínica sugestiva de infeção e de alterações analíticas frustrantes mas que alerta para a importância de perseguir o diagnóstico com vista ao melhor tratamento do doente.

Palavras-chave: Hemoptise. Neoplasia. Pneumonia. Lobectomia.

85. ADENOCARCINOMA PULMONAR INDOLENTE DO TIPO PNEUMÔNICO: CASO CLÍNICO

M.G. Ribeiro, D. Araújo

Unidade Local de Saúde de São João.

Introdução: O adenocarcinoma pulmonar do tipo pneumónico é um subtipo imagiológicamente semelhante à pneumonia, com áreas mistas de opacidades em vidro despolido (VD) e consolidações, sem obstrução brônquica. Estas alterações podem ser localizadas ou multifocais, num só pulmão ou bilateralmente. Histologicamente a maioria corresponde a adenocarcinomas mucinosos invasores e têm uma evolução mais indolente.

Caso clínico: Homem de 67 anos, fumador, internamento em outubro de 2017 por pneumonia do lobo inferior esquerdo (LIE). Após 2 meses de antibioterapia eficaz manteve consolidação, tendo sido proposto estudo etiológico que o doente recusou. Clinicamente com dispneia de esforço, tosse, expectoração, sem sintomas constitucionais. Internamento em agosto de 2020 novamente por pneumonia do LIE, tendo sido proposta broncofibroscopia e biópsia pulmonar transtorácica (BPT) que voltou a recusar. A consolidação do LIE manteve-se estável. Em abril de 2022 recorreu ao SU por agravamento da dispneia e toracalgia pleurítica. Na TC mantinha a consolidação do LIE, agora com infiltrado alveolar bilateral e densificação em VD nos lobos médio e inferior direito. A anatomia patológica do lavado broncoalveolar e da BPT da consolidação do LIE revelaram adenocarcinoma pulmonar, PD-L1 80% e painel NGS negativo. A PET mostrou captação de FDG em densificações pulmonares bilaterais (mais no LIE), sugerindo neoplasia com disseminação contralateral e linfangite carcinomatosa. Perante adenocarcinoma estadio IV foi iniciado pembrolizumab em junho de 2022. Após 4 ciclos, por progressão da doença com carcinoma pneumónico bilateral mais expressivo face a exame prévio e pneumonite imunomediada, suspendeu pembrolizumab e iniciou QT 2ª linha. Após 4 ciclos foi internado por volumoso derrame pleural esquerdo, que se revelou maligno. Pelas comorbilidades (cardiopatia com depressão da FSVE e trombose microvascular digital) não foram iniciadas novas linhas de tratamento, encontrando-se o doente em vigilância, sem evidência de progressão.

Discussão: Este caso alerta para a apresentação atípica e indolente do adenocarcinoma pulmonar, com padrão semelhante ao de uma doença pulmonar infecciosa (consolidativo/VD, multifocal e bilateral). Constituiu ainda um desafio no diagnóstico, uma vez que apenas foi feito 5 anos após a primeira manifestação da doença.

Palavras-chave: Adenocarcinoma pulmonar. Consolidação. Subtipo pneumónico difuso.

86. ULTRAPASSAR A RESISTÊNCIA AO OSIMERTINIB NO CANCRO DO PULMÃO DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS EGFR-MUTADO

M.G. Ribeiro, D. Araújo

Unidade Local de Saúde de São João.

Introdução: O osimertinib é um inibidor da tirosina cinase de 3ª geração considerado 1ª linha de tratamento do CPCNP metastático com mutações ativadoras no gene EGFR. Virtualmente todos os tumores adquirem resistência via diferentes mecanismos moleculares (on-target ou off-target).

Caso clínico: Mulher de 62 anos, não fumadora, recorreu ao SU por omalgia após queda, tendo sido diagnosticada com fratura do úmero. A radiografia sugeria alterações pulmonares suspeitas motivo pelo qual foi internada. A TC mostrou volumosa massa do LIE e metastização pulmonar bilateral, ganglionar, renal, suprarenal e óssea difusa. A biópsia da massa revelou adenocarcinoma pulmonar, PD-L1 0%. A ressonância mostrou metastização cerebral múltipla, assintomática. Iniciou quimioterapia antes da NGS, radioterapia descompressiva da coluna cervical e fixação da fratura do úmero. A análise molecular indicou mutação de deleção no exão 19 do gene EGFR, tendo a quimioterapia sido suspensa e iniciado osimertinib. A TC aos 2 meses revelou resposta parcial nos vários locais de metastização e a RM resposta intracerebral completa. Um ano depois, por progressão sistémica, realizou biópsia líquida para pesquisa de mecanismo de resistência ao osimertinib. Encontrada a mutação V600E no exão 15 do gene BRAF, além da mutação inicial, foi proposta a associação osimertinib/dabrafenib/trametinib. Por progressão da doença com crescimento de adenomegalia para-esofágica, teve disfagia com necessidade de colocação de prótese esofágica. Resolvida a disfagia, iniciou a associação tripla proposta, suspendendo-a 2 semanas depois por hepatotoxicidade grau 4. A reavaliação imagiológica dessa altura mostrou resposta parcial, reforçando a decisão de reintroduzir os fármacos, sequencialmente e em dose reduzida. Não houve recorrência de hepatotoxicidade ou outros efeitos laterais.

Discussão: Embora incomum, um dos mecanismos off-target de resistência ao osimertinib é a mutação V600E do gene BRAF. A eficácia da associação dabrafenib/trametinib em doentes com CPCNP com esta mutação inicial está bem demonstrada. A associação tripla de osimertinib/dabrafenib/trametinib no tratamento do CPCNP em que o mecanismo de resistência ao osimertinib é o descrito, tem demonstrado respostas clínicas promissoras. A toxicidade continua, contudo, um obstáculo no tratamento destes doentes.

Palavras-chave: Adenocarcinoma. BRAF V600E. EGFR. Osimertinib/Dabrafenib/Trametinib.

87. LINFOMA NÃO HODGKIN B PULMONAR MIMETIZANDO PNEUMONIA NECROTIZANTE REFRATÁRIA - RELATO DE CASO

M. Hipólito-Reis, J. Fragoso, R. Coutinho, M. Bertão, T. Oliveira

ULS Santo António.

Introdução: Embora os linfomas se associem frequentemente a atingimento torácico, o linfoma pulmonar primário é uma doença rara, pelo que o seu diagnóstico requer elevado nível de suspeição. Apresentamos um caso de linfoma não Hodgkin B pulmonar cuja apresentação clínico-radiológica imitou uma pneumonia necrotizante.

Caso clínico: Uma mulher de 86 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia, cardiopatia isquémica, doença cerebrovascular e COVID-19 ligeira, foi inicialmente internada após queda, identificando-se incidentalmente consolidações pulmonares bilaterais com broncograma aéreo, interpretadas como parte de um quadro infeccioso respiratório. Dois anos depois, durante o internamento por

COVID-19 grave, foram reencontradas as consolidações pulmonares, com incremento dimensional e áreas quísticas no seu interior, sugerindo necrotização, e múltiplas adenopatias mediastino-hilares. Assim, foi assumida sobreinfecção bacteriana sob a forma de pneumonia necrotizante, com adenopatias reativas, e instituídas 6 semanas de antibioterapia empírica. Na reavaliação subsequente em ambulatório, constatada resolução completa da clínica respiratória, mas manutenção das alterações radiológicas torácicas, pelo que se realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar: a microbiologia/micobacteriologia foram negativas; o estudo celular documentou alveolite linfocítica intensa; a citometria de fluxo identificou uma população de linfócitos B monoclonais, de tamanho intermédio, sugestiva de células de linfoma B. Entretanto, a doente desenvolveu insuficiência respiratória hipoxémica de novo, no contexto da progressão da doença. O caso foi discutido com Hematologia Clínica, tendo-se assumido diagnóstico de linfoma não Hodgkin B com envolvimento alveolar pulmonar e mediastino-hilar, sem envolvimento extratorácico. Considerou-se futilidade na prossecução da investigação, tendo sido instituída terapêutica de suporte com oxigenoterapia de longa duração e corticoterapia sistêmica com intento paliativo.

Discussão: Um quadro clínico-radiológico sugestivo de pneumonia com refratariedade à antibioterapia empírica deve levar à consideração de diagnósticos alternativos. Este caso clínico demonstra que situações raras como o linfoma pulmonar primário podem mimetizar situações tão comuns como infeções respiratórias, atrasando o seu diagnóstico.

Palavras-chave: *Linfoma pulmonar primário. Pneumonia necrotizante.*

88. SÍNDROME DE ERASMUS - UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

M. Hipólito-Reis, B.S. Silva, F. Correia, A. Campar, N. Melo, A. Carvalho, S. Guimarães, C. Souto-Moura, M. Bernardes, A. Morais, T. Oliveira

ULS Santo António.

Introdução: A síndrome de Erasmus caracteriza-se por uma associação entre a exposição a sílica, com ou sem silicose, e o desenvolvimento de esclerose sistêmica (SSc). O seu diagnóstico requer uma abordagem multidisciplinar. Os autores apresentam dois casos de síndrome de Erasmus que diferem pelo envolvimento pulmonar.

Casos clínicos: O primeiro caso refere-se a um homem de 52 anos, trabalhador na construção civil. Reporta início súbito de síndrome constitucional, dispneia para médios esforços e edemas nas mãos, associados a fenómeno de Raynaud e episódio de artrite aguda no joelho esquerdo. Analiticamente com positividade de anticorpos antinucleares (ANA) e anti-Scl70. Avaliado por Reumatologia, firmando-se o diagnóstico de SSc limitada. Entretanto, doente referenciado para Pneumologia por suspeita de silicose, que se confirmou mediante tomografia computadorizada (TC) de tórax compatível e achados de silicoantracose em biópsia pulmonar. No decurso do seguimento, verificou-se instalação progressiva de alterações radiológicas intersticiais pulmonares com padrão de pneumonia intersticial não específica (NSIP). Assim, em discussão multidisciplinar, assumido o diagnóstico de síndrome de Erasmus - silicose e SSc com envolvimento pulmonar intersticial com atingimento clínico, radiológico e funcional relevantes, pelo que foi prescrita terapêutica imunossupressora e efetuada referência para transplantação pulmonar. O segundo caso diz respeito a um homem de 67 anos, fumador e empregado como marmorista. Refere melanoptise e fenómeno de Raynaud ocasionais. Analiticamente com positividade de ANA e anticorpos anti-PM-Scl; TC torácica com alterações parenquimatosas pulmonares, pleurais e mediastino-hilares compatíveis com silicose. Dados os achados, foi assumido multidisciplinarmente o diagnóstico de síndrome de Erasmus, sem envolvimento pulmonar

intersticial pela SSc. O doente encontra-se paucissintomático, sem necessidade de tratamento dirigido.

Discussão: Pretendemos ilustrar o papel da exposição a sílica não apenas no desenvolvimento de pneumoconiose, mas também de doença autoimune, em particular esclerose sistêmica. A coexistência destas duas entidades sob a forma de síndrome de Erasmus tem implicações terapêuticas, nomeadamente mediante a ausência ou presença de envolvimento pulmonar intersticial por SSc.

Palavras-chave: *Síndrome de Erasmus. Silicose. Esclerose sistêmica.*

89. BCGITE DISSEMINADA COM ENVOLVIMENTO HEPÁTICO: UMA COMPLICAÇÃO RARA E GRAVE DA TERAPÊUTICA INTRAVESICAL COM BCG

M.M. Castro, I. Ladeira, A. Silva, R. Duarte

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A instilação intravesical do bacillus Calmette-Guérin (BCG) é uma terapêutica adjuvante no tratamento do carcinoma superficial da bexiga, aumentando o tempo de sobrevivência sem progressão da doença. Embora geralmente bem tolerada, podem ocorrer complicações infecciosas locais ou sistêmicas, que variam entre moderadas e graves. O diagnóstico é desafiante e, muitas vezes, assenta na história clínica, pois, em diversos casos, o *Mycobacterium bovis* não é isolado. O tratamento não é totalmente padronizado, mas a combinação de fármacos antibacilares e corticosteroides é recomendada nos casos graves.

Caso clínico: Apresentamos um caso raro de uma complicação infecciosa grave após a instilação intravesical de BCG, caracterizada pela disseminação da doença com envolvimento hepático. O paciente, um homem de 75 anos, procurou o serviço de urgência devido a sintomas urinários e febre persistente após a instilação intravesical de BCG para carcinoma urotelial da bexiga pT1G3. Tinha já sido tratado em ambulatório com cefuroxima por 3 dias e levofloxacina por 7 dias. Sem outros sintomas evidentes, os exames laboratoriais revelaram elevação dos parâmetros inflamatórios, com exame sumário de urina e ecografia renovesical sem alterações. O paciente foi internado e iniciou antibioterapia de largo espectro (piperacilina/tazobactam). No entanto, manteve agravamento clínico, com dispneia e insuficiência respiratória tipo 1. A tomografia computadorizada do tórax revelou áreas de densificação em vidro despolido dispersas no parênquima pulmonar. Os parâmetros inflamatórios continuaram elevados e verificou-se alteração da função hepática. Dada a elevada suspeita clínica, iniciou-se tratamento com isoniazida, rifampicina, etambutol e corticosteroides. A resposta positiva ao tratamento, bem como a subsequente melhoria clínica, radiológica e analítica, confirmaram o diagnóstico de BCGite disseminada. **Discussão:** Este caso salienta a importância do reconhecimento precoce e do tratamento adequado nestes casos raros e potencialmente fatais.

Palavras-chave: *BCGite disseminada. Transaminases.*

90. A MORTALIDADE NA DPOC E PATOLOGIA CARDIOVASCULAR: A NOSSA EXPERIÊNCIA

M.M. Castro, D. Ferreira, R. Marçôa, R. Lima, T. Shiang, M. Guimarães

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A DPOC coexiste frequentemente com outras comorbidades, como são exemplo as doenças cardiovasculares o que poderá ter um impacto significativo na evolução da doença nomeadamente na sua mortalidade.

Objetivos: Determinar a taxa de mortalidade dos doentes com diagnóstico de DPOC seguidos em consulta de Pneumologia-DPOC duran-

te um período de 5 anos e determinar o impacto da patologia cardiovascular na mortalidade.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo com base na análise dos processos clínicos dos doentes com 1º consulta no período de janeiro de 2015 até junho de 2018 e com um período de follow up de 5 anos ou até à data de falecimento. Foram retirados os seguintes dados: idade, sexo, hábitos tabágicos e presença ou ausência de patologia cardiovascular. Foi realizada a análise estatística.

Resultados: Foi obtida uma amostra de 201 doentes. A maioria dos doentes era do sexo masculino (85,1%, n = 171) e a idade média à data da 1ª consulta era 72 anos, com uma idade mínima de 49 e máxima de 95 anos. Quanto aos hábitos tabágicos, 58,2% (n = 117) eram ex-fumadores, 26,4% (n = 53) eram fumadores e 15,4% (n = 31) eram não fumadores. Ao longo do seguimento em consulta, 62,3% (n = 33) dos doentes fumadores deixaram de fumar. A patologia cardiovascular estava presente em 72,6% (n = 146) dos doentes. Relativamente à gravidade da obstrução do fluxo aéreo: 2,5% (n = 5) dos doentes apresentavam gravidade ligeira; 26,9% (n = 54) moderada; 51,2% (n = 103) grave e 19,4% (n = 39) muito grave. A taxa de mortalidade por todas as causas num período de follow-up de 5 anos foi de 50,2%. No grupo de doente com doença cardiovascular 52,1% dos doentes faleceram e no grupo dos doentes sem doença cardiovascular 45,5% dos doentes faleceram. Os resultados não apresentaram diferença estatisticamente significativa (p = 0,41).

Conclusões: Nesta amostra de doentes verificamos uma prevalência elevada de doença cardiovascular, mas que não se traduziu num aumento de mortalidade.

Palavras-chave: DPOC. Patologia cardiovascular. Mortalidade.

91. TUBERCULOSE GANGLIONAR EXTENSA: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTO EFICAZ

M.F. Almeida, T. Mourato, D. Ferreira, J. Carvalho, S. Carreira, C. Monteverde, A. Pais, A. Mineiro, L. Coelho

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (MTC). Em Portugal, a incidência de tuberculose tem diminuído nos últimos anos, mas ainda representa um desafio. A tuberculose ganglionar, a manifestação mais comum entre as formas extrapulmonares, constitui cerca de 20% dos casos de TB em Portugal.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 20 anos, natural da Guiné-Bissau, encaminhada por uma tumefação cervical bilateral de grandes dimensões e consistência elástica, com 5 anos de evolução, associados a cefaleias e febre. A tomografia computadorizada (TC) corpo, revelou múltiplas adenopatias de morfologia cística, com necrose central, dispersas bilateralmente pelas cadeias ganglionares cervicais, além de adenopatias mediastínicas e abdominais peritoneais. As maiores adenopatias mediam 39 mm. Observou-se ainda derrame pleural loculado no hemitórax esquerdo, sugerindo cronicidade. A biópsia excisional de gânglio cervical revelou múltiplos granulomas epitelioides confluentes com extensa necrose caseosa central, compatíveis com linfadenite granulomatosa necrotizante. O exame direto e o teste de amplificação de ácido nucleico (TAAN) foram negativos. A cultura revelou-se positiva para MTC, multisensível, confirmando assim o diagnóstico de tuberculose ganglionar. Foi iniciada terapêutica com HRZE. Um mês depois, verificou-se saída de caseum de adenopatia sublingual. Dada a dificuldade de controlo clínico, foi iniciada corticoterapia com prednisolona 40 mg, que cumpriu durante 10 dias. Quatro meses após o diagnóstico e sob tratamento dirigido, verificou-se melhoria analítica e clínica, tendo passado para fase de manutenção ao 2º mês, com indicação para cumprir 10 meses do esquema de antibacilares.

Discussão: Este caso ilustra as dificuldades diagnósticas da tuberculose. Em países subdesenvolvidos, o acesso limitado aos serviços

de saúde agrava a situação, tornando o diagnóstico e tratamento ainda mais desafiadores e demorados. Verificou-se que de facto, tal como descrito na literatura, podem ou surgir novos gânglios ou ocorrer fistulização com drenagem. Este caso é notável pela extensão da doença e pelas imagens radiológicas complexas, sublinhando a necessidade de vigilância contínua na abordagem da tuberculose extrapulmonar.

Palavras-chave: Tuberculose. Linfadenite. Fistulização. Atraso diagnóstico.

92. VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO E INFLUENZA: POPULAÇÃO DE UM HOSPITAL CENTRAL, APÓS PANDEMIA

M. Ferreira de Almeida, C.A. Couto, J. Silva, I. Estalagem, C. Araújo, M.S. Lopes

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: Na pandemia de COVID-19, as medidas de controlo reduziram a circulação de outros vírus. Este estudo tem como objetivo caracterizar a população adulta internada com os diagnósticos de influenza A e/ou vírus sincicial respiratório (VSR), ao longo de um ano.

Métodos: Análise descritiva, observacional e retrospectiva da população com resultado laboratorial positivo para VSR e Influenza A, em polymerase chain reaction de zaragatoa nasal em 2022. A informação foi obtida através da consulta dos processos clínicos.

Resultados: Foram rastreados 35.416 adultos para vírus respiratórios em 2022. Dois quais: 9,37% (n = 3.321) foram positivos para SARS-Cov2; 3,07% (n = 1.086) para VSR; 2,95% (n = 1046) para Influenza A, e 0,10% (n = 34) para VSR e Influenza A. Estes últimos (n = 34), com uma idade média de 49,26 anos, distribuíram-se sobretudo no último trimestre do ano (88,23%). Foram 26,47% (n = 9) aqueles com critérios de internamento (média de 11,44 dias) e idade média de 76,89 anos, predominantemente do sexo feminino (66,67%). Identificaram-se hábitos tabágicos em 29,41% dos doentes, destacando-se comorbilidades como hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crónica em igual prevalência (22,22%). 20,59% eram grávidas. Dos doentes, 73,53% (n = 25) desenvolveram sintomas respiratórios; 26,47% apresentando insuficiência respiratória, necessidade de internamento e oxigenoterapia. Apenas 11,11% requereu ventilação não invasiva. Em 17,65% dos doentes, registaram-se quadros de sobreinfecção respiratória (antibioterapia de 8,17 dias, em média). Nenhum doente foi admitido em unidade de cuidados intensivos. A taxa de mortalidade atribuída a esta causa foi de 11,76%.

Conclusões: Este estudo constata que a taxa de internamento aumenta com a idade (média de 81,75 anos) e a presença de comorbilidades, especialmente doenças cardiopulmonares, como precipitantes de insuficiência respiratória. Apenas 20,59% dos doentes receberam tratamento com oseltamivir, nenhum deles grávida. A sua administração tardia pode piorar o prognóstico, especialmente em grávidas. Estes resultados ressaltam a importância da administração oportuna de antivirais, conforme as diretrizes atuais, na prática clínica.

Palavras-chave: VSR. Influenza A. Pós-pandemia.

93. ABORDAGEM CONSERVADORA DA LACERAÇÃO DA TRAQUEIA: UM CASO CLÍNICO

C. Valente, B. Martins, A. Paiva, G. Fernandes

ULS São João.

Introdução: A laceração da traqueia é uma possível complicação da entubação orotraqueal. A entubação em contexto de urgência e o uso de guias rígidos estão identificados como fatores de risco. Sintomas habituais podem ser dor torácica, dispneia, disфонia, tosse,

hemoptises e enfisema subcutâneo. A TC torácica permite identificar enfisema subcutâneo, pneumomediastino ou mediastinite. No entanto, os doentes podem ser assintomáticos nos primeiros dias após a laceração. A identificação e decisão terapêutica tem por base a broncofibroscopia (BFC). Apesar da abordagem cirúrgica ter sido o cornerstone do tratamento durante muito tempo, cada vez mais se reconhece o papel do tratamento conservador. Descrevemos um caso de laceração da traqueia resolvido com sucesso com a abordagem conservadora.

Caso clínico: Homem, 36 anos, internado em unidade de cuidados de intensivos após politrauma com TCE e necessidade de entubação orotraqueal urgente no local do acidente. Ao 2º dia de internamento realizou TC TAP que mostrou aparente descontinuidade na traqueia distal e levantou a suspeita de laceração da traqueia. Realizou BFC que permitiu identificar, após exteriorização parcial do tubo endotraqueal, laceração na parede posterior da traqueia, no terço distal, com extremidade distal na emergência do brônquio principal direito e com 4 cm de extensão longitudinalmente. Classificada como nível IIIA na classificação de Cardillo. Foram excluídos pneumomediastino, enfisema subcutâneo e pneumotórax. Foi avaliado por Cirurgia Torácica que decidiu tratamento conservador. Assim, procedeu-se a ventilação seletiva à esquerda para permitir insuflação do cuff distalmente à laceração. O doente já se encontrava sob ATB de largo espectro. Realizou BFC de controlo diariamente, o que permitiu vigiar o processo de cicatrização e o posicionamento correto do tubo. Ao 10º dia foi possível identificar tecido de granulação e fibrina a revestir toda a área da lesão.

Discussão: O reconhecimento precoce desta complicação é difícil mas importante para o sucesso do tratamento. A BFC e a avaliação pela equipa de Cirurgia Torácica devem acontecer nas primeiras horas e têm um papel essencial na definição da estratégia terapêutica. O tratamento conservador é uma opção válida e eficaz em doentes estáveis.

Palavras-chave: *Laceração da traqueia.*

94. DOENÇA DE IGG4 PULMONAR: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

C. Valente, D. Coelho, A.T. Alexandre, H. Novais-Bastos, P.C. Mota, N. Melo, A. Carvalho, S. Guimarães, C. Souto Moura, A. Morais

ULS São João.

Introdução: A doença de IgG4 é uma doença sistémica, fibroinflamatória e imuno-mediada que pode afetar qualquer órgão. O envolvimento torácico é detetado em até 30% dos doentes. Pode ser assintomática ou cursar com clínica constitucional subaguda; a apresentação radiológica é variável estando descritos vários padrões, nomeadamente nodular, vidro despolido, doença intersticial e peribroncovascular. As principais alterações histopatológicas são um infiltrado linfoplasmocítico denso, fibrose habitualmente com padrão storiform e flebite que pode ser obliterativa. O diagnóstico tem por base critérios clínicos, radiológicos, histológicos e serológicos. Descrevemos um caso de diagnóstico incidental de doença de IgG4.

Caso clínico: Homem de 63 anos, fumador, sem história de exposições de relevo, encaminhado para a consulta de Pneumologia por alterações radiológicas nomeadamente espessamento pleural e do parênquima pulmonar subpleural dos lobos superiores, associando-se a áreas de consolidação periférica, num padrão sugestivo de fibroelastose pleuroparenquimatosa. À avaliação inicial, doente assintomático e estudo funcional respiratório normal. Decidida vigilância clínica, funcional e radiológica. Durante o período de follow-up, o doente desenvolve sintomas constitucionais e a TC torácica de reavaliação mostra cavitação no LSE. Assim, realizou biópsia pulmonar transtorácica à lesão cavitada que mostrou área de

fibrose e infiltrado inflamatório com numerosos plasmócitos IgG4 positivos (30/CGA). Após reunião multidisciplinar, foi estabelecido o diagnóstico de Doença de IgG4. Apresentava níveis séricos de IgG4 de 155 mg/dL (N: 8-140 mg/dL) e estudo auto-imune negativo. Realizou TC abdominal e PET que excluíram o envolvimento de outros órgãos pela doença. O estudo microbiológico mostrou isolamento em 3 amostras de secreções brônquicas de *Mycobacterium xenopi* para o qual iniciou tratamento com azitromicina, rifampina e etambutol.

Discussão: O diagnóstico de doença de IgG4 representa um desafio tendo em conta as suas diferentes formas de apresentação. Apesar disso, o diagnóstico e tratamento precoce da doença de IgG4 são essenciais e podem prevenir dano substancial de órgão por fibrose end-stage.

Palavras-chave: *Doença de IgG4. Micobacterias não tuberculosas. Fibroelastose pleuroparenquimatosa.*

95. O PAPEL DO OXIGÉNIO DE ALTO FLUXO NA OTIMIZAÇÃO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS NUM DOENTE NEUROMUSCULAR

M. Lagarto, C. Cortesão, E. Paiva, T. Pais, P. Nogueira Costa, D. Canhoto, D.M. Rodrigues

CHUC ULS Coimbra.

Introdução: A miastenia gravis (MG) é uma doença autoimune, que condiciona fraqueza muscular e cansaço, despoletada principalmente por infeções, stress e incumprimento terapêutico. As exacerbações podem ser tão graves que envolvem os músculos respiratórios (crise miasténica), a principal causa de morte. A oxigenoterapia de alto fluxo (OAF) consiste na administração de ar aquecido, com fluxo de até 70 L/min, humidificado e enriquecido com fração de oxigénio titulável até 100%. Este fluxo elevado é capaz de gerar uma pressão positiva nas vias aéreas, facilitando a sua patência, ao mesmo tempo que permite recrutar unidades funcionais para trocas gasosas e facilita o washout do CO₂. Por outro lado, o componente de humidificação facilita a gestão de secreções respiratórias. Foi inicialmente introduzido pela falta de tolerância à VNI, por lesões de abrasão da máscara, aerofagia e o acúmulo de secreções mais secas e profundas na árvore brônquica.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 75 anos, com MG, traqueostomizado e com VNI noturna após crise miasténica. Recorreu ao SU por episódio de infeção respiratória, com abundantes secreções purulentas, insuficiência respiratória com acidose respiratória grave e pneumotórax à esquerda. Foi colocado dreno torácico e ajustados parâmetros de ventilador (que passou a requerer de forma contínua). Evoluiu com episódios repetidos de periparagem associada a dessaturação principalmente nas pausas de VNI, sob O₂ convencional. Apurou-se como fator precipitante a gestão difícil das secreções, com rolhões de secreções e necessidade frequente de aspiração. Mesmo sob mucolítico e reforço da hidratação oral, a broncorreia condicionou assincronia e má tolerância da VNI contínua. Optou-se então por iniciar OAF diurno, objetivando-se melhoria da mobilização de secreções e correção mais eficiente da insuficiência respiratória. Foi então possível a redução do tempo de VNI total, até retomar o padrão basal. Não se verificaram novos episódios de dessaturação e periparagem.

Discussão: Com este caso, pretendemos alertar para o papel fulcral que a OAF apresenta enquanto estratégia complementar da VNI, otimizando a gestão de secreções, potencializando o resultado terapêutico na gestão da insuficiência respiratória ao mesmo tempo que melhora o conforto e a adesão às estratégias terapêuticas respiratórias propostas.

Palavras-chave: *OAF. Miastenia gravis. Insuficiência respiratória. VNI.*

96. SÍNDROME DE ONDINE DE ORIGEM CONGÊNITA E ADQUIRIDA: CASOS CLÍNICOS

M. Lagarto, E. Paiva, T. Pais, J. Moita, C. Rodrigues

CHUC-ULS Coimbra.

Introdução: A síndrome de Ondine (SO), nome derivado da lenda da ninfa Ondine que amaldiçoou o seu marido infiel para que este tivesse de controlar ativamente a sua respiração, é caracterizada pela diminuição da sensibilidade à hipercapnia e hipóxia. Pode ter origem congénita ou adquirida. A primeira, originária de problemas do desenvolvimento neuronal resultantes de mutações no gene PHOX2b, apresenta-se com sintomas que variam desde a hipoventilação à Síndrome de morte súbita infantil e associa-se em 20% dos casos à síndrome de Hirschsprung e alterações visuais. Os casos adquiridos são provocados por eventos agudos e as suas manifestações limitam-se a alterações da ventilação durante o sono. O diagnóstico envolve a exclusão de outras causas de hipoventilação e o tratamento requer suporte ventilatório.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 21 anos que, na infância, apresentou uma Síndrome de dificuldade respiratória do recém-nascido e insuficiência respiratória tipo 2. Tinha frequentes infeções respiratórias com acidose respiratória de difícil resolução. A ventilação não invasiva (VNI) foi iniciada no primeiro mês de vida, levando à melhoria da dispneia e da dessaturação noturna. Após a exclusão de outras malformações, a polissonografia (PSG) confirmou a síndrome de hipoventilação central, com dessaturação para 47% e ausência de resposta autonómica à diminuição da frequência respiratória. Os testes genéticos identificaram uma mutação no gene PHOX2B, compatível com SO. Atualmente, não apresenta complicações respiratórias e tem uma excelente adaptação à VNI. Vai aferindo a necessidade de ventilação diurna com base na sintomatologia e no uso de capnógrafo. Um segundo caso de uma mulher de 42 anos que, na infância, sofreu uma lesão cerebral traumática que desencadeou um quadro de crises convulsivas e de insuficiência respiratória tipo 2. A PSG confirmou hipoventilação central, iniciando-se VNI obrigatória noturna. A hipoventilação noturna foi facilmente revertida, a espirometria de acompanhamento e as gasometrias consecutivas não mostraram alterações.

Discussão: Com este trabalho pretendemos apresentar dois casos de SO, uma causa congénita e outra forma adquirida. Em ambas as situações para o tratamento da hipoventilação central a VNI mostrou ser uma arma terapêutica fundamental.

Palavras-chave: Síndrome de Ondine. Congénito. Adquirido. VNI.

97. ACTINOMICOSE PULMONAR

M.J. Moura, A.L. Ramos, R. Pereira, J. Lourenço, M. Araújo, D. Reis

Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Introdução: A actinomicose é uma infeção bacteriana rara, supurativa e granulomatosa, causada por espécies de *Actinomyces*, que é um microorganismo comensal em indivíduos saudáveis (cavidade oral e flora intestinal e vaginal). O atingimento pulmonar ocorre em cerca de 15% dos casos e associa-se a estados de imunossupressão, saúde oral precária e patologia pulmonar prévia. Imagiologicamente pode-se apresentar como consolidação, lesão cavitada, opacidades em vidro despolido e, raramente, derrame pleural.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 58 anos admitida no SU por dor torácica pleurítica e dispneia para mínimos esforços com 2-3 semanas de evolução. No SU verificou-se linfopenia, elevação da PCR, PCR SARS-CoV-2+, hipoxemia e uma lesão cavitada de ~ 4 cm no LSE associada a densificações em vidro despolido dispersas bilateralmente. Trata-se de uma paciente com antecedentes de neoplasia da mama tratada em 2019, e diagnós-

tico recente de LOE cerebral metastática, submetida a radioterapia estereotáxica e sob dexametasona em desmame há 3 meses. Além do ajuste da dose de dexametasona, iniciou remdesivir e antibioterapia empírica, pela hipótese de sobreinfeção bacteriana associada à infeção COVID-19. Por suspeita de neoplasia (primária vs secundária) fez BFC e BTT. Não foram identificados outros agentes microbiológicos, inclusive MT, *Nocardia* (PCR negativo no LBA) e *Aspergillus* (Galactomannan negativo). Os achados anatomopatológicos do LBA e da biópsia pulmonar foram sugestivos de actinomicose (colónias típicas, granulomas com necrose e inflamação supurativa), e sem evidência de malignidade. Completou 4 semanas de tratamento de indução com antibioterapia eficaz EV com melhoria clínica e analítica, seguindo-se tratamento oral de manutenção com amoxicilina durante 6 meses. O TC de reavaliação aos 4 meses mostrou resolução quase completa das alterações do parênquima pulmonar.

Discussão: O diagnóstico de actinomicose pulmonar é desafiador, sendo o isolamento microbiológico de *Actinomyces* difícil, necessitando de colheitas em condições anaeróbias. Apesar de raro, deve fazer parte do diagnóstico diferencial quando o quadro clínico-imagiológico é compatível, principalmente quando as condições subjacentes são favoráveis à infeção. O prognóstico geralmente é bom, se diagnosticado precocemente e tratado adequadamente.

Palavras-chave: Actinomicose pulmonar. imunossupressão.

98. SÍNDROME TORÁCICA AGUDA

M.J. Moura, C. Salvado, H. Elvas, S. Ramalheira, P. Cavaleiro, E. Costa, M.A. Canelas

Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Introdução: A síndrome torácica aguda (STA) é uma complicação grave e potencialmente fatal da Drepanocitose. Caracteriza-se pela desoxigenação da HbS, que leva à sua polimerização e falciformação, levando à vaso-oclusão da microvasculatura pulmonar, isquemia e lesão endotelial. Caracteriza-se por infiltrados pulmonares acompanhados por sintomas respiratórios, hipoxemia, febre ou dor torácica. Diversos triggers foram identificados, muitas vezes coexistindo e nem sempre prontamente reconhecidos.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de origem caribena, 33 anos, com Drepanocitose heterozigótica SC, internada para controlo de dor relacionada com crise vaso-oclusiva. Nas primeiras 24 h de internamento, apresentou evolução desfavorável com febre, tosse produtiva amarelo ouro, insuficiência respiratória (P/F de 118) e alteração do estado de consciência. Analiticamente destaca-se Hb de 4,3 g/dL com reticulopenia, haptoglobina baixa, elevação de marcadores inflamatórios e trombocitopenia *de novo*. Imagiologicamente apresentava consolidação dos segmentos posteriores de todos os lobos pulmonares, calibre da artéria pulmonar no limite superior da normalidade e esplenomegalia. TC-CE contrastada sem alterações. O ecocardiograma demonstrou disfunção ventricular direita aguda. A doente foi ventilada invasivamente, iniciou antibioterapia empírica, anticonvulsivantes e suporte transfusional (simples e exsanguineotranfusões para alvos de HbS < 30%). Feito desmame ventilatório a par da melhoria clínica. O Parvovírus B19 foi o único agente microbiológico identificado (carga vírica positiva). Foram admitidos como prováveis triggers a hipoventilação devido à dor, a embolia gorda secundária à necrose da medula óssea e infeção por Parvovírus.

Discussão: Este caso é bastante elucidativo do início rápido da sintomatologia da STA, do desafio diagnóstico que ela representa por ser clinicamente similar a uma pneumonia e a importância crucial da identificação e intervenção precoce para o sucesso terapêutico devido à potencial rápida progressão da doença e desfecho fatal. Além disso, busca-se destacar uma causa de internamento frequente de uma condição prevalente, principalmente entre os pacientes afrodescendentes, tornando-se imperativo, dado o crescente núme-

ro de imigrantes, priorizar o conhecimento e a intervenção médica neste cenário.

Palavras-chave: *Síndrome torácica aguda. Drepanocitose.*

99. DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA E ASMA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

J. Pacheco, B. Martins, R. Boaventura, A. Amorim

ULS Coimbra.

Introdução: A discinesia ciliar primária (DCP) é uma doença hereditária, autossômica recessiva, caracterizada por um defeito dos cílios presentes na via aérea, os quais podem ser imóveis, ter batimentos anómalos (discinesia) ou estar ausentes (aplasia ciliar). Os autores apresentam um caso clínico complexo pela dificuldade no tratamento.

Caso clínico: Homem, 54 anos, não fumador, referenciado a consulta de Pneumologia aos 45 anos por infecções respiratórias de repetição (pneumonia com internamento aos 7, 12 e 25 anos) e infecção crônica por *Pseudomonas aeruginosa*. Diagnóstico de bronquiectasias (BQ) aos 13 anos. Antecedentes de asma, pansinusite crônica e otites de repetição. Diagnóstico de DCP por videomicroscopia e microscopia eletrônica. Por exacerbações frequentes, sintomas diários (dispneia de esforço, pieira, broncorreia) mantidos após otimização da broncodilatação e cinesiterapia respiratória, e infecção pulmonar crônica por *Pseudomonas aeruginosa*, foi iniciada azitromicina (AZT) 500 mg id, 3 vezes por semana. Manteve exacerbações frequentes (4 por ano) com necessidade de antibioterapia (ATB) oral/endovenosa e corticoterapia sistémica, pelo que iniciou ATB inalada com tobramicina (TOB) em regime on/off de 28 dias. Por agravamento no período off, iniciou colistina inalada (Coll) em alternância. Perante broncospasma coincidente com o período de tratamento com TOB, esta foi substituída por aztreonam inalado (AzI), o qual foi melhor tolerado. Apesar do controlo da infeção, manteve broncospasma e acordares noturnos frequentes por dispneia, tendo-se optado por suspender a Coll e passando o AzI a regime on/off de 15 dias. Perante o quadro de asma de difícil controlo com eosinofilia (250 cel/ μ L) síndrome obstrutiva grave (FEV1 1.12L, 31,2%) com prova de broncodilatação negativa mas com variabilidade máxima diária de 60% nas medições seriadas do peek expiratory flow (PEF), foi iniciado dupilumab 600 mg a cada 15 dias. Manteve AZT crónica e AzI com melhoria e redução significativa das exacerbações.

Discussão: Este caso realça a importância da gestão de comorbilidades nos doentes com BQ, em particular da asma, uma vez que os ATB inalados apresentam como principal efeito adverso o broncospasma, sobretudo os aminoglicosídeos. A concomitância da DCP e asma compromete a eficácia do tratamento da asma, pelo que os biológicos podem ser uma excelente opção terapêutica.

Palavras-chave: *Discinesia ciliar primária. Asma. Antibioterapia inalada. Dupilumab.*

100. PREVALÊNCIA DA DOENÇA PULMONAR EM DOENTES INFECTADOS COM O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

P.T. Pinto, M.N. Pereira, A.P. Castro

ULS Algarve-Hospital de Faro.

Introdução: As doenças pulmonares são uma causa importante de morbidade e mortalidade nos doentes infectados com o vírus da imunodeficiência humana (VIH).

Objetivos: Analisar as características clínicas e sociodemográficas dos doentes infetados com VIH admitidos por patologia pulmonar num hospital de nível II.

Métodos: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo. Incluímos doentes adultos infetados com o vírus da imunodeficiência humana

(HIV) admitidos entre Janeiro de 2017 e Dezembro de 2022 por patologia pulmonar, com o diagnóstico identificado segundo a Classificação Internacional de Doenças 10. Excluímos os doentes com o diagnóstico de pneumonia de aspiração. Os dados recolhidos a partir da consulta dos processos clínicos eletrónicos foram analisados com o programa IBM SPSS Statistics 29®.

Resultados: Dum total de 909 doentes admitidos, identificámos 151 com doença pulmonar (16,6%). O sexo masculino foi prevalente (n = 97; 64,2%), com uma idade média de 51 \pm 13 anos. Provieram, essencialmente, do serviço de urgência (n = 145; 96%). Verificámos uma predominância de patologia pulmonar infecciosa (n = 128; 84,8%), principalmente a pneumonia bacteriana adquirida na comunidade (n = 54; 35,8%), seguida da pneumocistose (n = 29; 19,2%). Houve 17 casos (11,3%) de tuberculose pulmonar (n = 17) e 15 de COVID-19 (9,9%). Dez doentes foram internados por exacerbação de DPOC (6,6%). Observaram-se 9 casos de neoplasia do pulmão (6%). O diagnóstico de VIH era conhecido na generalidade dos doentes (n = 124; 82,1%), dos quais 62% (n = 77) cumpriam a terapêutica antirretroviral. A carga viral encontrava-se elevada na maioria dos casos (n = 91; 60,3%). A mediana de CD4+ era 176 cél/ml (4;15.235). O tabagismo activo era comum (n = 72; 47,7%) e 14 doentes (9,3%) consumiam heroína. A exposição à tuberculose foi registada em 11 casos (7,3%) e 6 (4%) tinham antecedentes de pneumonia, incluindo pneumocistose (n = 3; 2%). Relativamente a doença pulmonar crónica prévia, 14 doentes tinham DPOC (9,3%), 5 asma (3,3%) e 5 bronquiectasias (3,3%). A maioria dos doentes teve alta clínica com estado melhorado (n = 137; 90,7%), observando-se uma mortalidade de 9,3%. **Conclusões:** Na era dos antirretrovirais, a doença pulmonar infecciosa continua a ser uma causa importante de morbidade e mortalidade em doentes infectados com VIH.

Palavras-chave: *Vírus da imunodeficiência humana. Doença pulmonar. Factores de risco.*

101. À QUARTA É DE VEZ: UM CASO DE PNEUMOTÓRAX RECORRENTE

P.C. Varandas, R. Oliveira, D. Godinho, R. Macedo, D. Organista, P. Pinto, C. Bárbara

Unidade Local de Saúde de Santa Maria.

Introdução: O pneumotórax define-se como presença de ar no espaço pleural. É uma patologia com elevada taxa de recorrência mesmo com tratamento e seguimento adequados.

Caso clínico: Mulher de 85 anos, não fumadora, com antecedentes de cardiopatia isquémica e doença cerebrovascular, sem antecedentes pneumológicos de relevo. Internada em enfermaria de Pneumologia por pneumotórax à direita, com sinais de fratura de arcos costais em TC de tórax. Destaca-se história de traumatismo torácico minor, sem outro fator desencadeante e infeção por SARS-CoV-2 um mês antes do internamento. Foi colocada drenagem torácica com expansão pulmonar. Três meses depois regressa ao serviço de urgência, verificando-se recorrência de pneumotórax à direita, sendo novamente colocada drenagem torácica que se tornou não funcionante. Após discussão com Cirurgia Torácica optou-se por estratégia conservadora por risco cirúrgico, planeando-se pleurodese em caso de recorrência. Cinco meses depois apresenta recorrência de pneumotórax à direita, sendo submetida a pleurodese com talcagem por slurry, sem intercorrências, mantendo-se estável. Um ano depois foi observada em consulta de Pneumologia, apresentando queixas de cansaço para pequenos e médios esforços nos três meses precedentes, verificando-se novo pneumotórax à direita, sendo recolocada drenagem torácica e rediscutido o caso com Cirurgia Torácica que recomendou intervenção cirúrgica. Submetida a toracoscopia por VATS tendo-se observado aderências apicais e bolhas cisurais no lobo inferior direito, procedendo-se a ressecção pulmonar atípica e pleurodese cirúrgica. Referenciada a Consulta de Pneumologia, mantendo-se sem recorrência até à data.

Discussão: Este caso ilustra a tendência natural para a recorrência no pneumotórax e a importância de tratamento com pleurodese para diminuir a probabilidade dessa situação. Salienta-se ainda que alguns casos de pneumotórax podem não ser lineares, devendo ter uma abordagem multidisciplinar, com adequação das normas de tratamento a cada caso individual.

Palavras-chave: *Pneumotórax. Pleurodese. Recorrência.*

102. SUPORTE VENTILATÓRIO NÃO INVASIVO EM DOENTE GRAVE - UM TECTO COM FUTURO?

R. Borrego, K. Lopes, S. André, F. Nogueira

Unidade de Ventilação Não Invasiva, Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental.

Introdução: A ventilação não invasiva (VNI) e a oxigenioterapia de alto fluxo (OAF) na insuficiência respiratória aguda grave representam um papel importante no tratamento de doentes graves sem indicação para suporte invasivo. Este trabalho tem como objetivo avaliar a utilização de VNI e OAF em doentes admitidos em Unidade de Ventilação Não Invasiva de agudos (UVNI) e que pelas suas comorbidades foram considerados não elegíveis a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Foi efetuado um estudo observacional retrospectivo recorrendo à consulta dos processos clínicos de todos os doentes admitidos numa Unidade de Ventilação Não Invasiva de agudos no período de 01/01/2024 a 30/04/2024, sendo que da amostra obtida foram selecionados apenas os doentes em que pelas suas comorbidades não eram candidatos a UCI.

Resultados: No período analisado de 4 meses, 33 doentes foram admitidos, sendo que 12 corresponderam a doentes não elegíveis a suporte invasivo. Da amostra de 12 doentes, seis eram mulheres e apresentavam idade média de 72 anos. Relativamente ao motivo de admissão cinco apresentavam exacerbação de DPOC, três exacerbação de patologia pulmonar difusa, um miopatia do doente crítico, um síndrome de obesidade-hipoventilação, um pneumonia e um neoplasia do pulmão. Durante a permanência na UVNI seis doentes realizaram VNI, três OAF e três ambos. Desta amostra, 10 doentes (83%) evoluíram favoravelmente, tendo alta para o domicílio. Previamente ao internamento nove dos 12 doentes já realizava oxigenioterapia e/ou ventiloterapia no domicílio. Após o internamento, seis doentes tiveram alta com VNI e OLD, dois com OLD e dois sem necessidade de suporte respiratório.

Conclusões: Com este estudo os autores evidenciam que em doentes considerados não elegíveis para suporte ventilatório invasivo, o suporte não invasivo com a utilização de ventilação não invasiva e oxigenioterapia de alto fluxo mostrou-se muito eficaz. Sendo que nesta amostra, 10 doentes evoluíram favoravelmente, ultrapassando o evento agudo e tendo alta para o domicílio. A existência de equipas dedicadas e o nível de cuidados constituem pilares fundamentais para a terapêutica dirigida e personalizada, com benefício reconhecido para os doentes. Os autores propõem-se a avaliar a eficácia desta abordagem com follow-up a longo prazo destes doentes.

Palavras-chave: *Ventilação não invasiva. Oxigenioterapia De Alto fluxo.*

103. CASO CLÍNICO DE CRIPTOCOCOSE DISSEMINADA COM ENVOLVIMENTO PULMONAR E CUTÂNEO

A.R. Barreira, C.S. Carvalho, I. Torres, C. Jardim, I. Moreira, N. Murinello, C.L. Figueiredo, M. Cabral, M. Emiliano, A. Miguel

Hospital de Santa Marta-Unidade Local de Saúde de São José.

Introdução: A criptococose disseminada é uma infeção causada por fungos do complexo *Cryptococcus*, sendo o *Cryptococcus neoformans*

o agente mais comum em doentes imunodeprimidos. As manifestações clínicas são variáveis, atingindo frequentemente o aparelho respiratório, o sistema nervoso central e a pele. Frisa-se a importância do seu diagnóstico atempado dada a mortalidade associada.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 76 anos, fumador ativo de 100 UMA e com história prévia de carcinoma pavimentocelular no lobo superior direito estadio IIIA (cT4N1M0) sob quimioterapia com carboplatina e paclitaxel e radioterapia sequencial, seguidos de durvalumab. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de tosse produtiva hemoptóica e dispneia para esforços progressivamente menores, apresentando-se com insuficiência respiratória parcial *de novo*. Radiograficamente, a destacar hipotransparência ao nível do lobo superior direito com nível hidroaéreo que, em TC torácica, correspondia a volumosa lesão cavitada no segmento posterior do lobo superior direito de paredes espessadas e nível hidroaéreo, sugestiva de abscesso em lesão tumoral conhecida. Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam. A broncofibroscopia flexível relatava a presença de abundantes secreções, sem isolamentos microbiológicos no lavado brônquico. Apesar da terapêutica, não se verificou melhoria clínica ou analítica, destacando-se ainda surgimento de sinais inflamatórios exuberantes no membro superior esquerdo com áreas de descamação e bolhas com exsudado purulento, cuja zaragatoa isolou *Cryptococcus neoformans*, verificando-se também positividade para o respetivo antígeno no sangue. Foi considerada a hipótese de criptococose disseminada com atingimento pulmonar e cutâneo e o doente iniciou terapêutica com anfotericina e flucitosina. Apesar disso, apresentou um desfecho desfavorável, acabando por falecer.

Discussão: Salienta-se a importância da suspeita diagnóstica de infeções fúngicas oportunistas em doentes imunodeprimidos, sobretudo no que toca ao diagnóstico diferencial de abscesso pulmonar e lesões cutâneas tipo celulite, já que estas infeções associam-se a pior prognóstico e um atraso no diagnóstico pode levar a um desfecho fatal.

Palavras-chave: *Criptococose disseminada. Cryptococcus neoformans. Imunodeprimido.*

104. SLEEP HYGIENE AT THE SLEEP MEDICINE CONSULTATION - A RETROSPECTIVE ANALYSIS AND A WINDOW TO HEALTH PROMOTION

C. Cortesão, P.S. Santos, J. Moita

ULS Coimbra.

Introduction: Sleep hygiene is an important factor in sleep quality. We propose to analyse sleep hygiene patterns in patients observed in our sleep medicine consultation.

Methods: We included 80 patients observed consecutively and for the first time in the sleep medicine consultation from Coimbra Sleep Medicine Center, Portugal, from October 2022 to March 2023, and analyzed their electronic health records in regards to sleep hygiene patterns, sociodemographic factors, complaints, comorbidities and results from polysomnography and actigraphy.

Results: Twenty-two patients (27%) reported bad sleep hygiene: use of devices immediately before sleep was the most frequent bad habit (n = 10, 45%), followed by irregular sleep schedule (n = 8, 36%) and inadequate sleep environment (n = 5, 23%). Less frequently the patients reported excessive time in bed (n = 3, 14%) or voluntary sleep deprivation (n = 1, 5%). These patients were mostly complaining with hypersomnolence (n = 12, 55%) and insomnia (n = 10, 45%). Most (n = 17, 77%) were active workers or students, and two (2.5%) worked night shifts. A median Epworth sleepiness scale of 6 and a self-reported median of 7,5 hours of sleep per night (6,2 hours in the insomniacs) were found in patients with reported bad sleep hygiene. Twelve (54%) of these patients also had moderate to severe OSA.

Conclusions: Sleep hygiene is an important factor in sleep quality in people with and without sleep pathology. Primary care and sleep medicine consultation present as a window to health promotion through sleep education.

Keywords: *Sleep. Sleep hygiene. Sleep disorders.*

105. UMA DOENÇA DIFUSA DO PULMÃO ATÍPICA

A. Fernandes, H. Ramos, F. Nascimento, U. Brito

Unidade Local de Saúde do Algarve.

Introdução: As manifestações radiológicas das doenças respiratórias podem ser diversas, contudo existem padrões que nos direcionam mais para determinadas patologias.

Caso clínico: Homem de 79 anos, ex-fumador (54 UMA), antecedentes de AVC sem sequelas, sem exposições conhecidas. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) a 8/3/2024 por dispneia (mMRC 3) e tosse seca (predomínio noturno), associadas a anorexia e perda ponderal de 5 kg em 6 meses. Estava em estudo no privado por alterações intersticiais de agravamento progressivo. TC-Tórax (Nov/23) crazy paving na quase totalidade do pulmão direito, focos de envolvimento no pulmão esquerdo e área mal delimitada de consolidação alveolar (4 × 3,5 cm) com broncograma aéreo no lobo superior direito (LSD). PFR (Nov/23) DLCO 36,4%. Aguardava criobiópsia. À observação no SU: FR 27 cpm, SpO2 88% (FiO2 21%) e FC 110 bpm. Cianose labial. AP crepitações bilaterais. GSA pO2 48,1 mmHg. Analiticamente leucócitos 11,500, PCR 11 mg/L. Radiografia tórax, padrão reticulo-nodular bilateral, mais exuberante à direita. Internado na Pneumologia 27 dias. Hipóteses de diagnóstico de doença pulmonar intersticial, insuficiência respiratória parcial e lesão do LSD a esclarecer. Cumpriu prednisolona 60 mg/dia, sem melhoria. Serologias HIV e hepatites negativas. Autoimunidade negativa. TC torácica com múltiplas áreas de densificação em vidro despolido e aumento das dimensões da lesão do LSD. PET TC revelou áreas de hipermetabolismo difuso em particular no LSD (SUV 7,8), sugestivo de processo inflamatório. Realizou criobiópsia. Teve alta sob oxigenoterapia de longa duração (OLD) a 3 L/min em repouso e 6L/min no esforço. Regressou ao SU 4 dias após a alta com dispneia (mMRC 4) e dessaturação marcada com o esforço. GSA (O2 2,5 L/min) pO2 51,4. Leucócitos 11,500, PCR 156 mg/L. Internado por pneumonia nosocomial, medicado com piperacilina tazobactam. Efetuou angio TC que excluiu TEP. Aporte de O2 aumentado progressivamente até CNAF. Iniciou concomitantemente cotrimoxazol por suspeita de pneumocistose. Resultado da criobiópsia: adenocarcinoma não mucinoso. Manteve agravamento clínico e veio a falecer a 5/05/2024. **Discussão:** Nas patologias respiratórias que apresentam padrões radiológicos atípicos a dificuldade do diagnóstico é acrescida, particularmente se as manifestações clínicas forem pouco específicas.

Palavras-chave: *Crazy paving. Criobiópsia. Adenocarcinoma do pulmão.*

106. MELANOMA NO PULMÃO: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

R.V. Pereira, M.J. Moura, J. Lourenço, M. Araújo, S. Dias, L. Ramos, A.L. Fernandes

Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Introdução: O envolvimento pulmonar por melanoma é essencialmente metastático, sendo os melanomas primários do pulmão (MPP) extremamente raros. O MPP define-se por melanoma, confirmado por imunohistoquímica (IHC), que envolve exclusivamente o pulmão. A metastização pulmonar é frequente no melanoma cutâneo, mas a metastização apenas pleural é rara.

Casos clínicos: Mulher, 45 anos, não-fumadora, recorre ao SU por quadro progressivo de astenia, dispneia, dorsalgia e ortopneia. Admi-

tida por derrame pericárdico volumoso-cujo estudo do líquido foi negativo. Na TC-tórax observou-se padrão crazy-paving, derrame pleural esquerdo volumoso, nódulos sólidos nos LIE/LID, e adenopatias mediastínicas e supraclaviculares. Raios-X oncológicos negativos. EBUS/BFC com lesões nacaradas endobrônquicas e adenopatias mediastínicas. A histologia/IHC brônquica e da adenopatia supraclavicular foi compatível com melanoma-BRAF-V600E+. Assumido diagnóstico de melanoma metastizado de primário desconhecido, por estudo extra-pulmonar incompleto dada rápida deterioração clínica sob dabrafenib/trametinib. Homem, 71anos, ex-fumador, com nevo congénito sem atipia, recorre ao SU por astenia, dispneia e dor torácica esquerda, de agravamento progressivo após queda. Angio-TC torax descrevia derrame e espessamento nodulariforme pleural esquerdos, sem hemorragia ativa ou adenomegalias. Após dreno torácico, saída de líquido hemático, exsudado (predomínio de mononucleares) e positivo para células malignas. PET-F-18-FDG mostrou espessamentos pleurais hipermetabólicos justadiafragmáticos. Evolução desfavorável com queda de hemoglobina e disfunção cardiovascular-assumido hemotórax por perda por implantes tumorais, sem resposta à terapêutica médica, em doente com derrame maligno. Discutido com Cirurgia Torácica, sendo submetido a desbridamento, hemostase e biópsias pleurais, compatíveis com melanoma-BRAF-V600E+. Assumida metastização pleural por melanoma primário desconhecido, proposto para dabrafenib/trametinib life-saving, contudo não iniciado dada deterioração clínica.

Discussão: Os autores descrevem estes casos pela sua raridade, dificuldade diagnóstica com necessidade de elevada suspeição e agressividade clínica deste tipo de tumores, que não permitem frequentemente completar o estudo etiológico e assumir um diagnóstico definitivo entre MPP e melanoma de primário desconhecido.

Palavras-chave: *Melanoma pulmonar primário. Melanoma pulmonar metastizado. Dabrafenib/trametinib.*

107. DURVALUMAB NO CANCRO DO PULMÃO: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

S.G. Morgado, A.A. Santos, C. Guimarães, C. Matos, F. Nogueira

Hospital de Egas Moniz-ULS Lisboa Ocidental.

Introdução: O estudo PACIFIC demonstrou que o durvalumab, como terapêutica de consolidação no carcinoma de não pequenas células pulmonar (CPCNP) estadio III irresssecável, sem progressão após quimioterapia (QT)/radioterapia (RT) e performance status 0-1, aumentou a sobrevivência global (OS) e livre de progressão (PFS) a 5 anos comparativamente a placebo.

Métodos: O objetivo do estudo é caracterizar doentes com CPNPC estadio III irresssecável, submetidos a durvalumab, com seguimento na Pneumologia Oncológica do Hospital Egas Moniz. Análise retrospectiva de janeiro/2020 a janeiro/2024. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos.

Resultados: Foram identificados 82 doentes com CNPCP estadio III, sendo 53 (64,6%) irresssecáveis (58,5%, n = 31 com PD-L1 ≥ 1%); destes, 23 (74,2%) não foram candidatos a durvalumab por progressão da doença durante/após QT/RT (n = 16) e por não apresentarem condições clínicas/comorbilidades para RT (n = 7); dois doentes foram excluídos por mudança de Hospital. Seis doentes (19,4%) realizaram durvalumab, todos do género masculino, com idade média de 70,7 ± 7,2 (64-82) anos. 50% (n = 3) eram fumadores e 50% (n = 3) ex-fumadores. 66,7% (n = 4) eram carcinomas pavimento-celulares e 33,3% (n = 2) adenocarcinomas. 66,7% (n = 4) estadio IIIA e 33,3% (n = 2) estadio IIIB. Todos realizaram QT/RT concomitante. Da reavaliação: 83,3% (n = 5) resposta parcial; 16,7% (n = 1) doença estável. O tempo médio entre o final da QT/RT e o início de durvalumab foi de 35,3 ± 14,3 (18-52) dias. Dois doentes (33,3%) apresentaram hipotireoidismo e hipertireoidismo, ambos grau 1. Três doentes (50%) suspenderam durvalumab: dois por óbito e um por progressão da doença; dois (33,3%) concluíram a terapêutica e um (16,7%) está em

tratamento ativo. A sobrevida média dos doentes que concluíram o durvalumab é de 29,5 meses até à presente data.

Conclusões: O durvalumab trouxe um avanço significativo no tratamento do CPCNP estadio III irrissecável. Nesta análise, apresentou bom perfil de segurança, contudo, a população em estudo foi reduzida, com uma pequena percentagem de doentes apta para durvalumab e tempo de follow-up ainda curto, não nos permitindo inferir quanto à OS e PFS. Destaca-se a importância da investigação e implementação de novas abordagens terapêuticas para incrementar a OS e PFS mantendo a qualidade de vida dos doentes.

Palavras-chave: *Carcinoma de não pequenas células do pulmão. Estadio III. Consolidação. Durvalumab.*

108. SEVERE COVID-19: HOW ARE THESE PATIENTS TODAY

S.G. Morgado, M.V. Matias, E. Brysch, A.S. Santos, J. Torres, M. Rebelo, E. Carmo, F. Nogueira

Hospital de Egas Moniz-ULS Lisboa Ocidental.

Introduction: The COVID-19 pandemic has left a significant global impact, affecting millions of individuals. Related to this infection, long-term sequelae have been described, which compromise patients' quality of life.

Objectives: The aim of this study is to evaluate patients with severe COVID-19, in a follow-up period, after being discharged from Intensive Care Unit (ICU).

Methods: This is a retrospective and observational study, which included patients with severe SARS-CoV-2 infection who required admission to the ICU of Hospital Egas Moniz, from January to September 2021, and who maintained respiratory symptoms or functional limitations associated with the respiratory system three months after discharge. Respiratory symptoms were assessed, respiratory function tests and chest computed tomography scans were performed.

Results: Thirty-four patients were included in this study. Dyspnea was the predominant symptom in the first assessment at four months, as well as in the subsequent assessment between seven and ten months (100 vs. 51.52%, respectively), with a gradual improvement between assessments. In respiratory function tests, the main changes were a decrease in the diffusing capacity of the lung for carbon monoxide, restrictive ventilatory impairment and a decrease in muscle strength. Regarding imaging changes, ground glass opacities, organizational pneumonia and pulmonary fibrosis stand out, with fibrotic changes persisting throughout the evaluation period in some patients (37.5%).

Conclusions: Our results showed that patients with severe COVID-19 can fully recover with minimal sequelae. However, some may experience the long COVID, which can persist beyond twelve months post-infection, presenting persistent symptoms, functional respiratory and imaging changes that tend to improve over time. Nevertheless, more studies are needed to evaluate the long-term consequences of this disease and understand the factors that lead some patients to develop long COVID syndrome.

Palavras-chave: *COVID-19. Lung function. Imaging evaluation. Long-COVID.*

109. NÃO HÁ 2 SEM 3?

S. Fontão, S. Pimentel, L. Mateus, M. Cavaco, A. Nunes, J. Ferra, C. Silvestre, R. Cordeiro, T. Falcão

ULS Oeste-Hospital de Torres Vedras.

Introdução: A aspergilose pulmonar crónica (APC) é uma doença rara, afetando aproximadamente 240.000 pessoas na Europa, sendo o aspergiloma uma das suas formas de apresentação.

Caso clínico: Mulher, 49 anos, natural de Angola, residente em Portugal há 2 meses, não fumadora, com sequelas de tuberculose (tra-

tada em 2010). Seguida por Pneumologia e Cirurgia Torácica por aspergiloma do lobo superior esquerdo, sob itraconazol. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por hemoptises em moderada quantidade. Sem alterações ao exame objetivo. Análises: Hb 12,3 g/dL. TC Tórax: cavitação central no lobo superior atelectasiado do pulmão esquerdo, que se encontra preenchida pelo que interpreta como aspergiloma, numa extensão de 60 × 25 × 40 mm. No remanescente do pulmão esquerdo arejado, essencialmente da língula e lobo inferior, observa-se cavitação com perda de substância no segmento superior do lobo inferior esquerdo, sendo a cavidade de 60 × 40 × 25 mm de maiores eixos. Esta encontra-se presentemente desocupada. Conglomerado de granulomas milimétricos, calcificados, dispersos nos pulmões sobretudo no lobo superior direito onde coexiste atelectasia subsegmentar. Exame bacteriológico de expectoração negativo. Após internamento no Serviço de Pneumologia por hemoptises foi avaliada por Cirurgia Torácica, com contra-indicação cirúrgica por FEV1 800 mL (< 1 L). Referenciada à Radiologia de Intervenção, tendo realizado embolização do tronco comum da artéria brônquica. Inicialmente sem novos episódios de hemoptises, contudo após 2 meses recorreu novamente ao SU por hemoptises em moderada quantidade. Repetiu TC tórax que se encontrava sobreponível. Foi novamente referenciada à Radiologia de Intervenção tendo sido submetida a nova embolização seletiva (ramo brônquico da mamária interna esquerda). Desde então sem novos episódios de hemoptises, mantendo terapêutica anti-fúngica.

Discussão: As hemoptises são comuns na APC, com uma taxa de recorrência de 9.8-57.5% após embolização. Em pacientes não elegíveis para cirurgia, embolizações repetidas podem ser uma opção terapêutica eficaz.

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

110. INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA INTERPRETAÇÃO DE RADIOGRAFIA TORÁCICA - ENSAIO PRELIMINAR EM CONTEXTO HOSPITALAR

S. Pipa, C. Hilário, I.F. Silva, A.M. Simões, C. Oliveira, A.I. Loureiro, J. Abrantes

Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Introdução: A radiografia torácica (RxT) é o exame de primeira linha na avaliação da maioria dos doentes com suspeita de patologia torácica. Vários fatores tornam a interpretação da RxT desafiante. Têm sido desenvolvidos algoritmos de inteligência artificial (IA) para a identificação de padrões comuns na radiografia, o que poderá aumentar a eficácia no diagnóstico das principais alterações radiográficas.

Objetivos: Comparar a acuidade do software de IA ChestView® para RxT, implementado num hospital central em janeiro de 2024, com a de um exame de imagem standard (TC torácica), para a identificação de alterações imagiológicas.

Métodos: Análise retrospectiva das RxT realizadas entre 19 e 31 de janeiro de 2024, com resultado de IA “positivo” ou “dúvida” - probabilidade da alteração > 90% ou entre 50-90%, respetivamente. Foram selecionados aleatoriamente 100 doentes com RxT e TC torácica realizadas com intervalo ≤ 1 mês. Consideraram-se as seguintes alterações: pneumotórax, consolidação, nódulo e derrame pleural (DP).

Resultados: Dos 100 doentes, 60% eram do sexo masculino, com idade mediana de 75 anos, AIQ 20. As consolidações (n = 73) e o DP (n = 71) foram as alterações mais frequentemente detetadas. Seguiram-se nódulos (n = 21) e pneumotórax (n = 7). Houve confirmação na TC de 85,9% dos DP, 90,4% das consolidações, 42,9% dos pneumotórax e 33,3% dos nódulos. A IA apresentou elevada especificidade e valor preditivo negativo (VPN) para pneumotórax (95,83% e 98,92%, respetivamente) e para nódulos (82,93% e 86,08%, respetivamente). Para consolidação e DP, a IA apresentou maior sensibilidade, 83,54% e 86,96%, e valor preditivo positivo (VPP), 90,41% e 84,51%, respetivamente. A taxa de falsos negativos e positivos aproximou-se dos 30%.

Conclusões: A IA parece ser um bom método para deteção de derrame pleural e consolidação. Por outro lado, dada a elevada especificidade e VPN para deteção de pneumotórax, pode ser especialmente útil para exclusão deste diagnóstico com segurança, nomeadamente em contexto de urgência. Assim, importa reforçar que a IA não substitui o conhecimento médico, mas poderá constituir uma ferramenta de auxílio diagnóstico e redução do erro na interpretação da radiografia torácica.

Palavras-chave: *Radiografia torácica. Inteligência artificial.*

111. ASMA GRAVE E AUTOADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA BIOLÓGICA: CAPACITAÇÃO E EMPODERAMENTO DOS DOENTES

F.S. Correia, Dino Mona, J. Gomes, I. Costa

Unidade Local de Saúde de Santo António.

Introdução: Atualmente, a medicina tenta cada vez mais desprender-se da corrente do paternalismo e enaltecer a autonomia dos doentes. Segundo a OMS empoderamento é o “processo em que as pessoas ganham maior controlo pelas decisões e ações que afetam a sua saúde”, sendo que é essencial que o doente entenda o seu papel, adquira conhecimento sobre a sua doença, tenha competência e colabore com os profissionais de saúde. A terapêutica biológica na Asma Grave implica administrações injetáveis pelo menos de dois em dois meses implicando deslocações múltiplas aos cuidados de saúde. A autoadministração permite ganhos em autonomia e qualidade de vida (QoL) aos doentes.

Objetivos: Descrever, num hospital terciário, a realidade da autoadministração de terapêutica biológica na Asma Grave e dirigindo a atenção para este modelo terapêutico.

Métodos: Foram identificados doentes com Asma Grave sob terapêutica biológica, seguidos em Consulta Externa de Pneumologia da Unidade Local de Saúde de Santo António. Entre 28 doentes, selecionaram-se os 11 que se encontravam sob esquema de autoadministração em maio de 2024.

Resultados: Dos 11 doentes, 6 eram homens. A média de idades era de $46,6 \pm 15,8$ anos (média \pm desvio-padrão) e o FEV1 pós broncodilatação (BD) prévio ao início do tratamento biológico era de $57 \pm 21\%$. Relativamente ao fármaco eleito, 5 doentes estavam sob mepolizumab, 3 sob dupilumab e 3 sob benralizumab, com um início de terapêutica entre 67 e 3 meses (máximo e mínimo, respetivamente). À avaliação, o FEV1 pós BD era de $75 \pm 25\%$ e a pontuação no mini-AQLQ, com base na resposta de 10 doentes, foi de $5,6 \pm 1,4$ (média \pm desvio-padrão). Focando no uso de corticoides orais apenas 1 doente era corticotratado e nenhum apresentou exacerbações no mês prévio.

Conclusões: Pretende-se despertar o interesse para a autoadministração de terapêutica biológica reiterando que, em doentes selecionados, permite manter bom controlo da doença, conseguindo-se maior capacitação, empoderamento e autonomia dos doentes. São necessários estudos com amostras maiores e aplicação de questionários de QoL antes e após a instituição da autoadministração, de forma aferir não só a eficiência dos fármacos, como também a satisfação dos doentes.

Palavras-chave: *Asma. Grave. Biológico. Autoadministração.*

112. PATOLOGIA PLEURAL NO INTERNAMENTO DE UM CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADO DE PNEUMOLOGIA

S. Pimentel, S. Fontão, L. Mateus, M. Cavaco, A. Nunes, C. Cardoso, T. Falcão

Unidade Local de Saúde do Oeste-Hospital de Torres Vedras.

Introdução: A patologia da pleura compõe uma proporção importante da Pneumologia, reservando-se a admissão do doente no internamento em casos selecionados.

Objetivos: Descrever a patologia pleural num internamento de Pneumologia, durante um ano, através da caracterização do doente, diagnósticos, técnicas pleurais e seus produtos, orientação pós-alta e mortalidade.

Métodos: Estudo retrospectivo da prevalência da patologia pleural, em 2023, no Centro de Responsabilidade Integrado de Pneumologia da Unidade Local de Saúde do Oeste, com recurso aos registos clínicos (SCLínico). Caracterização dos casos segundo sexo, idade, carga tabágica, tipo de patologia, técnicas pleurais realizadas e análise dos produtos, duração de internamento, seguimento pós-alta e mortalidade.

Resultados: A patologia pleural surgiu em 79 (25,9%) de 305 internamentos, em doentes com idades entre 18 e 90 (média de $61,75 \pm 20,36$), a maioria do sexo masculino (64,6%) e nunca fumadora (54,0%). Identificou-se derrame pleural em 72,2% dos casos (n = 57), sobretudo de etiologia maligna (40,5%; n = 32), seguida da infecciosa (26,6%; n = 21). Verificaram-se 35 casos de pneumotórax (45,5%), nomeadamente secundários a patologia estrutural (22,8%; n = 18) e iatrogenia (18,2%; n = 14). Tumores primários ou secundários da pleura registaram-se em 20,3% (n = 16) dos internamentos. Realizaram-se 37 toracocenteses, 13 biópsias pleurais e colocaram-se 47 drenos torácicos (DT), um dos quais tunelizado de longa duração. Recorreu-se à pleurodese em 6 ocasiões. A análise do líquido pleural demonstrou exsudato em todos os casos, de acordo com os critérios de Light. Obtiveram-se 5 isolamentos bacterianos (2 dos quais para *Mycobacterium tuberculosis*). A citologia revelou células neoplásicas em 7 doentes, com identificação de adenocarcinoma do pulmão em 5. As biópsias pleurais documentaram adenocarcinoma do pulmão (n = 3), mesotelioma (n = 2) e infiltração tumoral extrapleuropulmonar (n = 4). O tempo médio de internamento foi de $15,48 \pm 14,01$ dias. Orientou-se 63,3% dos doentes à consulta externa, transferiram-se 4 para o internamento de Cirurgia Torácica e verificaram-se 8 óbitos.

Conclusões: A prevalência da patologia pleural em internamento é significativa. Neste estudo unicêntrico, a etiologia predominante foi a neoplásica, seguida da infecciosa e relacionada com patologia estrutural.

Palavras-chave: *Pleura. Líquido pleural. Derrame pleural. Pneumotórax.*

113. WORK-RELATED ASTHMA: LEARNINGS FROM A BIOLOGIC DRUGS REGISTRY

H.S. Antao, C. Pardal, L. Santos, R. Fortes, H. Liberato, F. Rodrigues

Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra.

Introduction: Work-related asthma is an important occupational health issue affecting workers worldwide. It is classified as occupational asthma (caused by workplace exposure) and work-exacerbated asthma (also known as work-aggravated asthma, where pre-existing asthma is worsened by workplace risk factors). Medical surveillance and optimization of working conditions are key areas for adequate disease management.

Objectives: With this study we aimed to 1. Determine the weight of work-related asthma in the total number of adult asthmatic patients under biologic treatment in a Portuguese hospital. 2. Analyse the occupational exposure of eight high-risk jobs and discuss preventive strategies.

Methods: This retrospective cross-sectional study was carried out at Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra in December 2023-January 2024. The source of our data were the registries of adult asthmatic patients who were under active follow-up at the Pulmonology Department (severe asthma consultation) in November 2023. Occupational exposures and preventive strategies were searched in OSHA publications, PubMed and Google Scholar in-

dexed articles. Results: 52 adult patients were under a biologic drug (omalizumab, mepolizumab, dupilumab, benralizumab or reslizumab) at the time of data collection, of which 30 (58%) whose current or past workplaces had risk factors for asthma onset or aggravation. We analysed the occupational exposure of eight high risk jobs selected from the patients' pool: cleaning staff, petrol stations workers, construction workers, factory and warehouse workers, clothing industry workers, hairdressers and cooks. Effective workplace preventive health and safety interventions include ensuring adequate indoor ventilation, providing appropriate masks for workers exposed to high levels of air pollution or dust, preventing mold growth, using asthma and allergy friendly cleaning products and installing air quality sensors.

Conclusions: Although based on a small sample, this study suggests that work-related severe asthma poses a high burden in healthcare and probably accounts for a relevant percentage of patients treated with biologics. Medical treatment plays an important role in clinical stabilisation of asthmatic patients but optimization of working conditions should be pursued by all employers.

Keywords: *Work-related asthma. Biologics. Occupational exposure.*

114. DOENÇAS RESTRITIVAS NA CAIXA TORÁCICA SOB VENTILAÇÃO DOMICILIÁRIA NÃO INVASIVA, ANÁLISE DESCRITIVA

T. Machado, T. Sá, D. Ferreira, C. Nogueira, S. Conde, C. Ribeiro

Unidade Local de Saúde de Vila Nova de Gaia e Espinho.

Introdução: As doenças restritivas da caixa torácica (DRCT) podem comprometer a mecânica ventilatória e causar insuficiência respiratória crónica, a qual é uma indicação para o uso de ventilação domiciliária não invasiva (VDNI).

Objetivos: Analisar e descrever as características dos doentes com DRCT sob VDNI.

Métodos: Analisamos retrospectivamente doentes com DRCT sob VDNI, com seguimento em consulta de ventilação num hospital terciário entre janeiro de 2014 e 1 de maio de 2024. Os dados foram obtidos através de registos eletrónicos hospitalares e a análise foi efetuada através do SPSS.

Resultados: Dos 1.011 doentes seguidos em consulta neste período, 82 (8,1%) doentes tinham DRCT, 41 do sexo feminino (50%) e a idade mediana de 72,5 anos [64,0-79,0]. Os doentes apresentavam IMC de 24,1 kg/m² [20,0-30,2] e a maioria eram não fumadores (64 doentes, 78%). A idade mediana de início de VDNI foi 66 anos [57-73] e o tempo sob VDNI foi 53,0 meses [22,8-115,0]. Funcionalmente, a capacidade vital forçada mediana foi 40,6% [33,6-56,0]. A maioria dos doentes, 57, iniciou VDNI sob o modo ST (69,5%), a IPAP mediana foi 17,0 cmH₂O [15,0-21,0], EPAP mediana foi 6,0 cmH₂O [4,0-6,0], frequência respiratória foi 14,0 com [14,0-16,0]. A adesão diária mediana foi 8,4 horas [5,8-10,0] e os volumes durante a utilização medianos foram 404 ml [335-523]. Na avaliação pré ventilação, a paCO₂ foi 50,0 mmHg [44,7-53,8] e na última avaliação foi 47,6mmHg [44,0-54,6], p = 0,57. Oito doentes suspenderam VDNI (7,3%), 6 por baixa adesão (75%) e 2 por recusa (25%). Neste período verificamos 30 óbitos (36,6%), 38,0 meses [14,8-83,5] após o início de VDNI, dos quais 16 por intercorrência respiratória (53,3%).

Conclusões: Apesar de ser uma indicação clássica para a VDNI, as DRCT têm uma prevalência relativamente baixa na nossa consulta. Os doentes com DRCT apresentaram impacto funcional importante e uma boa adesão à VDNI. No período em estudo, cerca de um terço dos doentes faleceu, maioritariamente por intercorrência respiratória.

Palavras-chave: *Ventilação domiciliária não invasiva. Doenças restritivas da caixa torácica. Hipercapnia.*

115. QUALIDADE DE VIDA NAS DOENÇAS RESTRITIVAS SOB VENTILAÇÃO DOMICILIÁRIA NÃO INVASIVA

T. Sá, D. Ferreira, C. Nogueira, S. Conde, C. Ribeiro

Unidade Local de Saúde Vila Nova de Gaia e Espinho.

Introdução: As doenças restritivas da caixa torácica (DRCT), por causarem insuficiência respiratória crónica, são uma indicação para ventilação domiciliária não invasiva (VDNI). A melhoria da qualidade de vida (QV) tem crescido como endpoint da VDNI quer na investigação quer na prática clínica.

Objetivos: Analisar a qualidade de vida dos doentes com DRCT sob VDNI.

Métodos: Estudo transversal de doentes com DRCT sob VDNI utilizando 2 questionários: um de qualidade de vida relacionada com a saúde - Severe Respiratory Insufficiency (SRI), com valores entre 0 e 100, em que valores mais altos indicam melhor qualidade de vida relacionada com a saúde; e um de sintomas e efeitos laterais-S3-non-invasive ventilation (S3-NIV), com valores entre 0 e 10, em que o valor mais alto corresponde ao menor impacto da doença e do tratamento.

Resultados: O estudo incluiu 25 doentes. A idade mediana foi 72,0 anos [62,0-79,5] com IMC de 26,4 kg/m² [20,4-32,4] e 20 doentes eram não fumadores (80%). A idade mediana de início de VDNI foi 65,0 anos [58,5-73,5] e o tempo sob VDNI foi 54,0 meses [33,5-77,5]. Funcionalmente, a capacidade vital forçada mediana foi 41,5% [32,0-54,0] e a paCO₂ mediana foi 45,5 mmHg [43,4-51,8]. Os doentes estavam com IPAP e EPAP medianos de 22,0 cmH₂O [17,5-25,0] e de 6,0 cmH₂O [5,0-8,0], respetivamente, e a adesão diária mediana foi 6,8 horas [5,9-9,0]. Em relação ao questionário SRI escala total foi 57,8 [54,9-64,3], com subescalas de sintomas respiratórios 68,8 [59,4-81,3], de função física 62,5 [45,8-66,7], de sintomas acompanhantes e sono 64,3 [50,0-76,8], de relações sociais 70,8 [56,2-87,5], de ansiedade 45,0 [32,5-60,0], de bem-estar psicossocial 62,5 [56,9-69,4] e de função social 50,0 [40,6-73,2]. Em relação ao questionário S3-NIV, a mediana escala total foi 7,3 [6,4-8,2], dos quais as medianas de sintomas respiratórios foram 7,0 [5,3-7,8] e de efeitos laterais do sono 7,9 [7,1-8,3].

Conclusões: Verificamos que os doentes apresentam considerável impacto na QV, especialmente nas subescalas ansiedade e função social. No entanto, S3-NIV revela baixo impacto da doença e tratamento (valores no quartil superior da escala).

Palavras-chave: *Ventilação domiciliária não invasiva. Doenças restritivas da caixa torácica. Qualidade de vida.*

116. VENTILAÇÃO DOMICILIÁRIA NÃO INVASIVA NAS DOENÇAS DO INTERSTÍCIO PULMONAR

T. Sá, T. Machado, M. Pais, C. Nogueira, S. Conde, C. Ribeiro

ULS Gaia-Espinho.

Introdução: A insuficiência respiratória crónica hipercápnicica pode ser uma complicação das doenças do interstício pulmonar (DIP). A ventilação domiciliária não invasiva (VDNI) tem sido utilizada nestes casos, apesar da pouca evidência disponível sobre os benefícios do seu uso em doentes com DIP.

Métodos: Análise retrospectiva de todos os doentes com insuficiência respiratória hipercápnicica devido a DIP e que iniciaram VDNI entre 2014 e 2024, num hospital terciário, com seguimento em consulta de VDNI.

Resultados: Durante o período referido, 21 doentes (2%) iniciaram VDNI por DIP, destacando-se como principais patologias a fibrose pulmonar intersticial, pneumonite de hipersensibilidade crónica, a silicose e a fibroelastose. Destes 10 eram do sexo feminino (47,6%), com idade média de 75,19 [62,94-87,44], IMC médio de 22,97 [18,33-27,34] e a maioria não eram fumadores (18 - 85,7%). A idade média de início foi 70,19 [51,57-88,81], com capacidade vital for-

çada média de 43,5% [30-57,08] e pressão arterial de dióxido de carbono (PaCO₂) média de 57,83 mmHg [49,81-61,85]. A maioria (85,71%) usava oxigenoterapia suplementar. A maioria dos doentes iniciou VDNI em ambulatório (16 - 76,2%), em modo ST (19 - 90,48%), com IPAP médio de 21,17 [17,18-25,16], EPAP médio de 6,48 [5,79-8,17], frequência respiratória média de 17,81 [13,79-21,83] e volumes em média de 481,10 mL [343,06-625,14]. A adesão diária foi em média de 8h13 [4h-12h26], com PaCO₂ mais recente média de 51,15 [42,69-59,61], sendo tendencialmente menor que a PaCO₂ média antes do início da VDNI. Neste período verificaram-se 15 óbitos, 7 por descompensação da doença respiratória de base (46,7%), com um tempo médio até morte de 22,6 meses. Dos 21 doentes incluídos, 3 estão em lista de transplante pulmonar, 3 realizaram transplante pulmonar e 3 suspenderam VDNI por: incumprimento (1), pneumomediastino (1) e pós-transplante (1).

Conclusões: As DIP representam uma minoria dos doentes ventilados cronicamente, no entanto apresentaram boa adesão à VDNI e melhoria gasimétrica. No entanto este grupo apresenta mortalidade considerável.

Palavras-chave: *Ventilação não invasiva. Doença interstício pulmonar.*

117. RARE AFOP DIAGNOSIS IN A PATIENT WITH ENVIRONMENTAL EXPOSURES

V. Almeida, G. Fontinha, V. Sousa, L. Carvalho

Unidade local de Saude de Coimbra.

Introduction: Acute Fibrinous and Organizing Pneumonia (AFOP) is a very rare and distinct form of acute or subacute lung injury characterized by intra-alveolar fibrin and organizing pneumonia. Diagnosing AFOP can be challenging due to its nonspecific clinical presentation and radiological findings, necessitating a lung biopsy for definitive diagnosis.

Case report: We present the case of a 46-year-old male who does house remodulations, is chronically exposed to dust and various animals, and is a smoker with a 30-pack-year history. The patient reported a persistent daytime cough with mucopurulent sputum occasionally streaked with blood. Pulmonary function tests showed decreased total lung capacity (TLC) and decreased lung diffusing capacity for carbon monoxide (DLCO). Chest CT and PET scan revealed extensive ground-glass opacities and consolidations in both lower lobes and various nodules varying from 7 to 20 mm in the left lung. Percutaneous biopsy directed to the right lower lobe consolidation resulted in an 8 mm tissue cylinder with organized intra-alveolar fibrin deposition and areas of classical organizing pneumonia, an excellent representation of histopathological features of AFOP. Remarkably, the biopsy showed no hyaline membranes, eosinophils, abscesses, or granulomas, essential for AFOP diagnosis.

Discussion: This case underscores the importance of considering AFOP in patients with persistent pulmonary consolidations and significant environmental exposures. Despite the diagnostic challenges, lung biopsy is crucial for accurate diagnosis. AFOP has been associated with various factors, including infectious diseases, autoimmune conditions, neoplasms, transplants, occupational and environmental exposures, and toxins. Some cases remain idiopathic. Our patient's exposure to dust and several animals raises the possibility of occupational or environmental etiology. Investigating these factors and their temporal correlation may help determine the underlying cause. Prompt recognition and appropriate management of AFOP can significantly impact patient outcomes. Acute forms are typically fulminant, while subacute forms have a better prognosis when promptly treated.

Keywords: *Acute fibrinous and organizing pneumonia (AFOP). Occupational exposure. Lung biopsy. Histopathology.*

118. UM CASO INESPERADO DE ASCITE NUM ADULTO JOVEM

V. Figueiredo, J.D. Alves, J.F. Seródio, F. Batista, M.B. Lopes

ULS Amadora-Sintra.

Introdução: A tuberculose peritoneal é uma das possíveis formas de tuberculose extrapulmonar, sendo uma apresentação infrequente no adulto jovem imunocompetente.

Caso clínico: Homem de 22 anos, melanodérmico. Nacionalidade portuguesa, com ascendência angolana e santomense. Sem história médica ou epidemiológica relevante. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro com um mês de dor abdominal, febre, sudorese noturna, perda ponderal e distensão abdominal. Ao exame objetivo, apresentava ascite ligeira-moderada, indolor a palpação. Analiticamente sem leucocitose mas linfopenia $0,4 \times 10^9/L$ e PCR (proteína C reativa) 23,45 mg/dL. Serologia VIH (vírus da imunodeficiência humana) negativa. Estudo autoimune negativo. Ecograficamente confirmou-se a presença ascite não pura. A paracentese diagnóstica foi compatível com exsudado linfocítico com gradiente sero-ascítico $< 1,1 \text{ g/dL}$ e adenosina deaminase de 91 U/L. Os exames microbiológicos do líquido ascítico foram negativos e a citologia revelou achados inespecíficos. A TC (tomografia computadorizada) tórax mostrou adenomegalias mediastínicas e hilares necrosadas e a TC abdominopélvica revelou ascite volumosa, espessamento peritoneal e áreas de densificação nodular do epíloon. O doente realizou laparoscopia exploradora que evidenciou ascite, mesenterite adesiva e lesões granulomas no peritoneu parietal e grande epíloon que foram biopsadas. Pela elevada suspeita de tuberculose, iniciou terapêutica antibacilar de 1ª linha com boa tolerância e melhoria clínica. As biópsias do peritoneu revelaram-se positivas para *Mycobacterium tuberculosis* por pesquisa PCR e exames culturais BACTEC e Lowenstein. A histologia revelou serosa com granulomas necrosados com áreas de caseose.

Discussão: A tuberculose peritoneal é uma apresentação clínica infrequente no adulto sem história de imunossupressão. O diagnóstico desta entidade é desafiante tendo em conta a frustre especificidade da apresentação clínica e a baixa sensibilidade dos exames microbiológicos do líquido ascítico. O diagnóstico diferencial de serosite abdominal linfocítica inclui doenças linfoproliferativas e doenças imunomediadas. Ante a suspeita clínica de tuberculose, a biópsia dirigida deve ser priorizada de forma a evitar atrasos no diagnóstico e instituição terapêutica.

Palavras-chave: *Ascite. Tuberculose. Diagnóstico.*

119. RESISTÊNCIAS A ANTIBACILARES - A REALIDADE DO CONCELHO DE SINTRA

V. Figueiredo, M.I. Luz, C. Roquete, M.P. Brito, M.P. Soares

ULS Amadora-Sintra.

Introdução: A prescrição e toma adequadas de antibacilares é essencial para o tratamento eficaz da tuberculose. Erros na prescrição ou não adesão podem levar ao surgimento de resistências, que condicionam o ajuste do esquema terapêutico e a sua duração, importante na prevenção da transmissão de resistências e tratamento apropriado da tuberculose.

Objetivos: Análise e caracterização das resistências a antibacilares dos doentes do Concelho de Sintra tratados por tuberculose, no período de maio de 2023 a abril de 2024. Comparar a incidência e padrão de resistências no período referido com os 10 anos anteriores.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes do Concelho de Sintra tratados por tuberculose, seguidos no Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), no período referido.

Resultados: Num período de 12 meses, maio de 2023 a abril de 2024, foram tratados 82 doentes do Concelho de Sintra no CDP. Na deteção molecular de resistências (GeneXpert) e TSA, verificou-se um total de 6 resistências a antibacilares (7,3%). Analisando este grupo, a idade média é de 39,2 anos, com 83,3% dos doentes do sexo mascu-

lino. Metade tinha naturalidade guineense, 2 cabo-verdianos e 1 português. Um terço dos doentes tinha serologia VIH positiva. A maioria foi diagnosticada com tuberculose pulmonar (66,7%) e 2 doentes com tuberculose disseminada. Todos tiveram PCR *Mycobacterium tuberculosis* positiva, 66,7% com baciloscopias positivas e 83,3% com exame cultural positivo. Respetivamente às resistências, metade eram monorresistentes à isoniazida, 2 multirresistentes (33,3%) e um com monorresistência à rifampicina (16,7%). Nos 10 anos prévios, 583 doentes do Concelho de Sintra foram tratados no CDP, dos quais se contam 14 resistências (2,4%), todas multirresistentes.

Conclusões: No último ano houve um claro aumento da taxa de incidência de resistências, 3 vezes superior à verificada nos 10 anos prévios. Segundo a OMS, em 2021 a proporção de novos casos de tuberculose resistente foi de 3,6%. Comparando com os dados analisados, nos 10 anos prévios, este valor foi inferior, mas aproximado ao estimado mundialmente, enquanto que, no último ano, este valor foi 2 vezes superior. Isto pode ser explicado pelo aumento da incidência de tuberculose, a não adesão ou tratamento inadequado, transmissão de resistências e imigração de países de maior risco.

Palavras-chave: *Antibacilares. Resistências. Incidência. Prevenção.*

120. TUBERCULOSE - UMA CAUSA RARA DE ARDS

A. Cunha, C. Cortesão, C. Monteiro, D. Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS) é uma apresentação rara da tuberculose, com elevada taxa de mor-

talidade. Os autores apresentam um caso de um doente com falência multiorgânica à admissão com infeção por *Mycobacterium tuberculosis*.

Caso clínico: Homem de 58 anos, fumador de 47UMA, sem comorbilidades conhecidas, trazido ao Serviço de Urgência por astenia, tosse produtiva, febre e dor abdominal. À observação apresentava-se obnubilado, hipotenso, sudorético, hipotérmico, com sinais de dificuldade respiratória, abdómen doloroso à palpação profunda mas sem sinais de irritação peritoneal. Apresentava acidose metabólica e hiperlactacidemia na gasometria arterial. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, Hb 8,1 g/dL e serologia HIV negativa. Radiografia do tórax com um infiltrado alveolar multifocal, pelo que iniciou empiricamente piperacilina-tazobactam e vancomicina. A TC de tórax revelou áreas em vidro despolido com opacidades tree-in-bud bilateralmente, cavitações e nódulos pericentimétricos. Foi realizada broncofibroscopia cujo exame direto do aspirado brônquico mostrou bacilos álcool-ácido resistentes. O tratamento antibacilar foi imediatamente iniciado e o doente ficou internado nos cuidados intensivos com suporte ventilatório e aminérgico por choque séptico. Faleceu ao terceiro dia por falência multiorgânica refratária às medidas estabelecidas.

Discussão: A tuberculose é uma causa rara de ARDS com apresentação variada e atípica. A alta taxa de mortalidade apesar do tratamento dirigido demanda uma suspeição clínica elevada perante um quadro clínico de ARDS, mesmo em doentes sem fatores de risco conhecidos para infeção por micobactérias.

Palavras-chave: *ARDS. Tuberculose.*



RESUMOS

15.º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico

Coimbra, 27-28 de Junho de 2024

121. UM CASO DE TOXICIDADE PULMONAR A SULFASSALAZINA

N.B. Ferreira, F.L. Aguiar, A.C. Grande, V. Cardoso

ULSTS.

Introdução: Na abordagem ao doente com doença pulmonar difusa, a iatrogenia medicamentosa deverá ser sempre considerada. A possibilidade de existência de efeitos adversos farmacológicos deverá manter o clínico alerta, em particular em doentes polimedicados.

Caso clínico: Homem de 48 anos, ex-trabalhador da construção civil. Não fumador. Antecedentes de abuso crónico do álcool. Sem exposição conhecida a humidade ou pássaros. Diagnóstico recente de poliartrite simétrica (mãos, ombros e joelhos) e lombalgia mista (ANA 1/640, FR e anti-CCP negativos), tendo iniciado tratamento com sulfassalazina. Cerca de 1 semana após o início deste fármaco, inicia quadro de dispneia, febre, suores frios, anorexia, náuseas e vômitos que motivou internamento. Na admissão, hemodinamicamente estável, temperatura 36,2 °C; sem sinais de dificuldade respiratória, SpO₂ (ar ambiente) 94%; Sons respiratórios globalmente diminuídos, sem outras alterações na auscultação pulmonar. Exame abdominal sem alterações. Analiticamente a salientar Leucocitose de 18.210 cels × 10³/uL de predomínio neutrofílico (78%) e PCR de 227 mg/L. Realizada TC-tórax que mostrou padrão micronodular centrilobular com distribuição difusa, inexistente em TC-Tórax do ano anterior, sem outras alterações pleuroparenquimatosas. Efeituou lavado broncoalveolar com evidência de celularidade aumentada, alguns macrófagos foamy e linfocitose intensa (36%, relação CD4/CD8 6,5). Colocada como principal possibilidade diagnóstica a toxicidade pulmonar pela sulfassalazina, pelo que o fármaco foi suspenso e iniciou um ciclo curto de prednisolona com melhoria do quadro clínico em 15 dias e resolução das alterações imagiológicas em TC-tórax realizada 5 meses após.

Discussão: A toxicidade pulmonar farmacológica é uma causa crescente de morbimortalidade. No caso da sulfassalazina, esta está associada a possível toxicidade pulmonar sob vários padrões, incluindo ARDS, pneumonites e reações sarcomatoides, apesar de serem raros os casos descritos na literatura. Havendo suspeita de doença pulmonar difusa secundária a fármacos a sua evicção permanente é imperiosa e pode ser o suficiente para a resolução completa do quadro.

Palavras-chave: Sulfassalazina. Toxicidade. Pulmonar. Efeito adverso.

122. LOPHOMONAS SPP - UM POTENCIAL PATOGÉNIO

M.M. Guerreiro

Hospital Egas Moniz, ULS Lisboa Ocidental.

Introdução: O *Lophomonas* spp é um protozoário tipicamente encontrado em térmitas e baratas, com capacidade de causar infeções respiratórias nos humanos após a sua inalação. Quadros de lophomoníase são raros, contudo já relatados mundialmente, sobretudo nas regiões tropicais.

Caso clínico: Homem, 28 anos, comerciante, ex-UDEV, sem AP de relevo. Recorreu ao SU por quadro de febre, tosse com expectoração esverdeada e dispneia há 1 semana. À admissão: TA 120/75 mmHg, FC 106 bpm, dispneico, SatO₂ 87% em aa. AP MV diminuído na base direita, com crepitações bibasais, roncós e sibilos dispersos bilateralmente. Gasimetricamente com IR parcial, pH 7,46, pCO₂ 35,1, pO₂ 45,2, HCO₃ 24,8, lactato 0,7. Analiticamente: PCR 16,5 ng/mL, PCT 0,17 ng/mL, leucócitos 15.000. Radiografia de tórax: hipotransparência bibasal. Antigenúrias negativas; vírus respiratórios negativos. TC Tórax: “consolidação subtotal de ambos os lobos inferiores, apenas persistindo escasso arejamento dos segmentos superiores, aspeto que relacionamos com o episódio atual de pneumonia; padrão tree-in-bud, também presentes em escassa quantidade no lobo superior direito e lobo médio; ligeiro derrame pleural bilateral parapneumónico, em topografia postero-inferior, com espessura máxima de 10 mm à direita e de 15 mm à esquerda”. Assumida PAC a condicionar IR parcial sem isolamento de agente, internado em enfermaria. Agravamento progressivo da IR, iniciado oxigenoterapia nasal de alto fluxo, contudo sem melhoria, acabando por necessitar de ventilação mecânica invasiva. Realizada BFO com LBA que identifica *Lophomonas* spp, iniciando terapêutica dirigida com metronidazol. Esteve sob VMI durante 3 dias tendo sido extubado sem intercorrências e observando-se melhoria clínica e radiológica progressiva, tendo alta para domicílio passado umas semanas.

Discussão: A pneumonia por *Lophomonas* spp é um diagnóstico desafiante dado tratar-se de uma patologia rara, tornando-se de extrema importância a colheita de uma história clínica minuciosa,

como a exposição a térmitas/baratas, condições de higiene e salubridade (mendicidade) bem como consumo toxicológico ativo. A realização de BFO com LBA em quadros não responsivos aos antibióticos deve ser considerada, visto que a descoberta tardia da doença aumenta o risco de infecções secundárias associadas.

Palavras-chave: *Lophomonas spp. VMI. Pneumonia. Protozoário.*

123. HAMARTOMA PULMONAR - UMA LOCALIZAÇÃO RARA

R.S. Martins, D. Amorim, M.J. Silva, J.N. Machado, S. Feijó

Unidade Local de Saúde Região de Leiria.

Introdução: O hamartoma pulmonar apresenta uma incidência inferior a 0,5% na população. A maioria dos hamartomas estão localizados no parênquima pulmonar, sendo rara a sua apresentação endobrônquica.

Caso clínico: Homem de 65 anos, ex-fumador de 50 anos com enfise-ma pulmonar e bronquiectasias. Observado em consulta de Pneumologia por queixas de dispneia para pequenos esforços e tosse seca há vários meses. Ao exame objetivo com saturação periférica de oxigênio a 93% em ar ambiente e auscultação pulmonar com murmúrio globalmente diminuído. Neste contexto, solicitaram-se provas de função respiratória e prova da marcha, ambas sem alterações e uma tomografia computadorizada (TC) do tórax. A TC do tórax revelou dois nódulos com contornos irregulares com 25 mm e 17 mm no lobo superior direito (LSD), vários nódulos subpleurais de menores dimensões no lobo inferior direito (LID) e uma lesão no brônquio principal esquerdo (BPE) medindo 6,7 mm. Para estudo destas alterações foi agendada broncoscopia e solicitada PET-TC para estadiamento. A broncoscopia identificou a presença de uma lesão polipoide no BPE com pedículo na parede posterior, que foi removida por desbridamento mecânico e enviada para anatomia patológica. Foi realizado lavado broncoalveolar no LSD ao nível de b2 e colhido aspirado brônquico, cujas citologias não revelaram células neoplásicas. A histologia da amostra revelou “retalhos mucosos revestidos por epitélio malpighiano metaplásico, tecido adiposo e tecido conjuntivo fibroblástico compatíveis com hamartoma endobrônquico”. A PET-TC identificou nódulos com hipermetabolismo no LSD sugestivos de patologia infecciosa e nódulos de baixo metabolismo no LID de etiologia benigna. Após confirmação de patologia benigna, o doente manteve seguimento na consulta para vigilância sintomática e imagiológica.

Discussão: Este caso clínico reflete a importância da broncoscopia quer no diagnóstico como no tratamento do hamartoma endobrônquico, possibilitando a sua ressecção endoscópica. Apesar de pouco frequentes, podem ocorrer recorrências e transformação maligna da lesão, sendo recomendado manter vigilância de longo prazo.

Palavras-chave: *Neoplasia. Benigna. Broncoscopia.*

124. PNEUMOMEDIASTINO NA ASMA - NÃO TÃO INFREQUENTE OU NÃO TÃO IMPORTANTE?

R.S. Martins, A.C. Gameiro, R. Natal, N. Sousa, J.N. Machado, S. Feijó

Unidade Local de Saúde Região de Leiria.

Introdução: O pneumomediastino é uma entidade rara, sendo mais comum em homens jovens. Pode classificar-se em espontâneo ou traumático, dependendo do contexto em que ocorre.

Casos clínicos: Primeiramente relata-se o caso de um jovem de 19 anos, fumador de 70 anos e asmático com cumprimento irregular da terapêutica inalatória. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dispneia, tosse com expectoração purulenta e febre com 2 dias de evolução, referindo cervicalgia desde há 1 dia. À admissão apresentava enfisema subcutâneo supraclavicular, taquicardia, polipneia, saturações periféricas de oxigênio (SpO₂) de 96% em ar ambiente e

sibilos dispersos à auscultação pulmonar. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios com vírus respiratórios e cultura de expectoração negativos. Na radiografia torácica com enfisema paratraqueal ipsilateral, sendo solicitada uma tomografia computadorizada (TC) do tórax que revelou exuberante pneumomediastino com disseção aérea dos planos supraclaviculares e cervicais. Admitiu-se o diagnóstico de asma exacerbada com pneumomediastino espontâneo e foi internado para tratamento conservador. Cumpriu antibioterapia e broncodilatação com resolução das queixas respiratórias e, ainda, oxigenoterapia com reabsorção do pneumomediastino. O segundo caso trata-se de um homem de 24 anos, asmático, admitido em SU por tosse produtiva e febre com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava polipneia e pieira, SpO₂ de 92% em ar ambiente e sibilos dispersos à auscultação pulmonar. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios, sem isolamento de agente infeccioso respiratório. Na radiografia de tórax com infiltrado intersticial bilateral, motivando a realização de TC do tórax que revelou infiltrados em vidro despolido nos lobos superior e inferior esquerdos e, ainda, pneumomediastino de pequenas dimensões. Iniciou oxigenoterapia, broncodilatação e antibioterapia e foi internado para continuação de cuidados, apresentando boa evolução clínica, analítica e imagiológica.

Discussão: O pneumomediastino espontâneo apresenta múltiplas causas, sendo a exacerbação aguda de asma a sua causa mais frequente. Geralmente, a evolução é favorável com tratamento conservador, tal como se verificou nos casos descritos. No entanto, deve alertar-se para a existência de complicações que pioram o seu prognóstico.

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

125. INFEÇÃO PNEUMOCÓCICA EM DOENTE DE RISCO

C.A. Robalo, A.T. Reis, P. Freitas, P. Carreira, S. Marques, E. Pedroso

Hospital de São Bernardo.

Introdução: O *Streptococcus pneumoniae* é responsável pela maioria das infeções bacterianas respiratórias. Nos casos mais graves, pode evoluir para bacteriemia e meningoencefalite. Estas são raras como apresentação inicial, afetando maioritariamente indivíduos imunodeprimidos. A antibioterapia dirigida e precoce é o tratamento de eleição, podendo, ainda assim, evoluir desfavoravelmente para morte.

Caso clínico: Mulher de 52 anos, fumadora, hepatite C tratada, ex-toxicodpendente e história de adenocarcinoma pulmonar no passado. É admitida na Urgência por dispneia, cansaço a pequenos esforços e quadro de alteração do comportamento com 12h de evolução associada a cefaleia e febre. Apresentava-se hemodinamicamente estável, saturações periféricas 96% e febre quantificada em 39 °C. Ao exame neurológico com agitação psicomotora, alterações de discurso, fofobia, sem outros achados no restante exame objetivo. Analiticamente verificou-se aumento dos parâmetros inflamatórios (leucocitose 17.000 u/L, PCR 28 mg/dL). Foi realizada tomografia computadorizada de crânio que não mostrou alterações e colhidas antigenúrias tendo sido isolado *Streptococcus pneumoniae*. Foram colhidas hemoculturas, iniciada antibioterapia com ceftriaxone e transferida para a Unidade de Cuidados Intermédios. Durante a permanência na unidade verificou-se agravamento do quadro com necessidade de ventilação não invasiva (VNI) bem como pneumonia extensa na radiografia de tórax a corroborar a evolução desfavorável. Paralelamente verificou-se bacteriemia com isolamento do mesmo agente nas hemoculturas colhidas a admissão. No entanto e, após uma semana foi possível realizar desmame de VNI e transferir doente para a enfermaria de Medicina para manutenção de antibioterapia e restantes cuidados.

Discussão: Este caso ilustra os desafios em pacientes com múltiplos fatores de risco e condições médicas preexistentes. A rápida deterioração clínica e a necessidade de suporte ventilatório destacam a

gravidade da pneumonia pneumocócica com doença invasiva e bacteriemia em pacientes imunocomprometidos, nomeadamente os que têm antecedentes de neoplasia pulmonar e hepatite C. O diagnóstico precoce e o tratamento agressivo são cruciais para melhorar o prognóstico destes doentes de maior risco.

Palavras-chave: *Streptococcus pneumoniae*. Bacteriemia. Pneumonia.

126. SERÁ SÓ UMA PNEUMONIA?

A.T. Reis, C.A. Robalo, A. Gaspar, D.F. Brigas, E. Pedroso

Unidade Local de Saúde Arrábida.

Introdução: A pneumonia é um dos principais diagnósticos efetuados no serviço de urgência. Este diagnóstico deve ser feito com base em elementos clínicos e nos achados imagiológicos. Os sintomas mais comuns são dispneia, tosse, dor torácica pleurítica e febre. Muitas vezes fazem-se diagnósticos sem clínica sugestiva e sem tradução imagiológica.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso clínico de uma jovem de 23 anos, estudante de medicina que recorre ao SU com queixas de tosse produtiva, com expectoração hemoptoica, com 10 dias de evolução, previamente medicada com azitromicina durante 5 dias, sem melhoria. Apresentava ainda dor torácica no hemitórax direito que agravava com a inspiração profunda. Ao exame objetivo (EO) estava febril 39 °C, taquicárdica 133 bpm, eupneica em a.a. com SpO2 100%. Realizou Rx tórax e teve alta medicada com levofloxacina, admitindo uma pneumonia. Recorre novamente ao SU 10 dias depois com as mesmas queixas, realiza TC tórax que demonstra áreas de consolidação no lobo medio e inferior direito, este último com uma cavitação de cerca de 3,2 cm sugerindo pneumonia necrosante. Fica internada com suspeita de Tuberculose (TB) Pulmonar, colheu 3 amostras de expectoração com pesquisa direta de BAAR negativa, realizou broncofibroscopia (BFO) para colheita de amostras que ficaram em curso após a alta, referenciada ao CDP. Regressa novamente ao SU 3 dias após ter tido alta referenciada pelo CDP por amostra de colheita de expectoração por BFO positiva para BAAR. Fica novamente internada com o diagnóstico de TB pulmonar cavitada. Dos exames culturais a destacar exame cultural da expectoração positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, e cultura de lavado broncoalveolar positivo para *Klebsiella pneumoniae* apenas sensível ao meropenem. Admite-se sobreinfecção bacteriana e inicia terapêutica antibacilar com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (HRZE).

Discussão: A tuberculose pulmonar continua a ser um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Em Portugal, no ano de 2022 foram notificados 1518 casos de TB, com uma tendência decrescente. Os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal apresentam taxas de notificação superiores. Com a descrição deste caso pretendemos alertar para a importância de uma boa avaliação clínica, bem como salientar o papel essencial de interpretação de exames complementares de diagnóstico.

Palavras-chave: *Tuberculose pulmonar*. *Dispneia*. *Pneumonia*.

127. LINFOMA FOLICULAR COM ENVOLVIMENTO MULTISSISTÊMICO

A.L. Correia, T. Abrantes, B. Silva, T. Belo, P. Fernandes, M. Argel, A. Reis

ULS Viseu Dão-Lafões.

Introdução: Linfoma folicular é uma das formas mais frequentes de linfoma não-Hodgkin. É frequente existir envolvimento de múltiplos órgãos no momento do diagnóstico.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 73 anos, com antecedentes de neoplasia mamária, já sem seguimento. Enviada à consulta em Julho de 2021 após realização de TC-TAP na sequência de estu-

do de anorexia e perda ponderal. Referia queixas de dispneia mMRC 2 e toracalgia esquerda. A TC-TAP mostrava múltiplos micronódulos pulmonares bilaterais, quistos hepáticos e renais, e adenopatias supra e infradiafragmáticas, sem alterações na árvore traqueobrônquica. Perante a suspeita de síndrome linfoproliferativa foi agendada VBF (Julho de 2021), que não apresentava lesões endobrônquicas. Na árvore brônquica direita apresentava mucosa de aspeto mamilonado à entrada do BLM, sem redução do lúmen, tendo sido realizada biópsia nesse local, cujo resultado levantou a possibilidade de envolvimento por linfoma B periférico com características de linfoma folicular. Fez PET (Agosto de 2021) que mostrou doença ativa em topografia ganglionar supra e infradiafragmática, esplênica multifocal e pulmonar à esquerda, sugestivas de malignidade. O diagnóstico de linfoma folicular 3B foi confirmado por biópsia de adenopatia inguinal, tendo sido estadiado como IV B. Iniciou quimioterapia com R-CHOP mas teve recidiva antes dos 12 meses. Repetiu PET (Outubro de 2023) que revelou aparecimento de adenopatias hipermetabólicas mediastino-hilares bilaterais, com aparente envolvimento do brônquio lobar médio, com atelectasia parcial do lobo médio, e densificações parenquimatosas heterogêneas a nível hilar e no LID. Por suspeita de recidiva repetiu VBF (Novembro de 2023) que mostrou infiltração mucosa a condicionar estenose do brônquio principal esquerdo, assim como sinais de compressão extrínseca do brônquio principal direito. Biópsia brônquica confirmou infiltração da mucosa por linfoma B periférico. Pela recidiva e pela falta de condições para outras opções terapêuticas encontra-se sob terapêutica off-label com obinutumab e lenalidomida.

Discussão: O pulmão é um local de relativamente frequente envolvimento secundário por linfomas. O linfoma folicular tem uma evolução habitualmente indolente, mas cerca de 20% dos doentes têm um curso agressivo da doença.

Palavras-chave: *Linfoma folicular*. *Pulmão*. *Recidiva*.

128. TOXICIDADE PULMONAR A AMIODARONA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A.L. Correia, T. Abrantes, B. Silva, T. Belo, P. Fernandes, M. Argel, A. Reis

ULS Viseu Dão-Lafões.

Introdução: Toxicidade pulmonar a fármacos provoca um tipo de doença do interstício com alterações inespecíficas, de gravidade variável. A suspeita levanta-se na presença de exposição a fármaco com toxicidade pulmonar conhecida e após exclusão de outras causas.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 80 anos, com antecedentes de rinite alérgica, fibрилhação auricular, insuficiência cardíaca com FE preservada, hipotiroidismo, escoliose e fratura do fémur em 2023. Ex-fumadora de 30 UMA. Medicada com valsartan 20 mg, apixabano 5 mg, levotiroxina 0,025 mg, omeprazol 20 mg, amiodarona 200 mg, rosuvastatina 20 mg e sertralina 50 mg. Encaminhada à consulta por dispneia mMRC 2 e tosse seca com meses de evolução acompanhada de pieira ocasional. Ao exame objetivo tinha apenas crepitações ligeiras na base direita. Tinha já realizado EFR, que mostrava síndrome restritivo e diminuição da difusão (CVF 65% FEV1 72% FEV1/FVC 84% CPT 64% VR 78% DLCO 36/62), e TC-tórax (Julho de 2023) com padrão de NSIP (Non-specific interstitial pneumonia) com espessamento dos septos interlobulares, áreas de vidro despolido e discretas bronquiectasias de tração. Proposto início de corticoterapia que a doente recusou devido à fratura prévia do fémur, aceitando apenas iniciar formoterol/budenosida 4,5/100 µg e aguardando reavaliação. As análises apresentavam marcadores de autoimunidade negativos, SA-CE 95 U/L, sem outras alterações. Fez VBF, sem alterações endobrônquicas, com padrão celular normal no LBA. Isolou-se *Streptococcus pneumoniae* multissensível, tendo sido medicada de acordo. Após contacto com cardiologista suspendeu-se amiodarona e iniciou bisoprolol e propafenona. Repetiu TC-Tórax em Dezembro de 2023 que

mostrava as alterações já conhecidas, em melhoria significativa. Confrontada com a manutenção das alterações concordou com um esquema de deflazacorte durante 3 meses. A doente mantém apenas tosse ocasional, sem dispnéia. Mantém seguimento.

Discussão: A amiodarona é um antiarrítmico com múltiplos efeitos adversos, um deles a pneumonite. A suspensão conduz a melhoria clínica na maioria dos casos, mas quando esta não é possível as opções passam pela redução de dose e corticoterapia.

Palavras-chave: Toxicidade pulmonar. Amiodarona. NSIP.

129. BORDATELLA BRONCHISEPTICA: UM AGENTE RARO DE PNEUMONIA

A.R. Afonso, I.F. Silva, S. Pipa, L. Nascimento, A.I. Loureiro

Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Introdução: A *Bordatella bronchiseptica* é um agente zoonótico frequente causador de infeção respiratória em animais, sendo a infeção humana raramente reportada. Pode apresentar um amplo espectro de manifestação, desde sintomas respiratórios ligeiros, a sepsis ou morte. É rara em imunocompetentes, sendo na maioria dos casos identificada em indivíduos imunocomprometidos ou com patologia estrutural pulmonar.

Caso clínico: Senhor de 84 anos, autónomo, ex-fumador, com antecedentes de patologia cardiovascular, perturbação do uso do álcool e SAOS sob CPAP. Mantinha seguimento em consulta por vigilância de nódulo pulmonar subsólido de 12 mm com estabilidade nos últimos controlos imagiológicos. Nesse contexto, realiza PET-CT de vigilância a documentar a presença de áreas de consolidação parenquimatosa com captação heterogénea de FDG dispersas bilateralmente. Posteriormente, em TC torácica são evidentes múltiplas áreas de consolidação peribrônquicas, associadas a densificação em vidro despolido e espessamento brônquico difuso, bem como derrame pleural bilateral e adenomegalias mediastino-hilares de novo. Realiza broncofibroscopia sem alterações à inspeção visual, mas cujo aspirado brônquico revelou o isolamento de *Bordatella bronchiseptica*, com perfil de resistência a amoxicilina/ác. clavulânico, doxiciclina e piperacilina/tazobactam. Clinicamente o doente não apresentava sintomatologia respiratória de relevo. Relativamente a exposições, de referir o contacto com uma cadela. Iniciou curso de antibioterapia com doxiciclina, ao qual desenvolve reação de fototoxicidade, com eritema, edema e prurido das áreas expostas (face e mãos). Neste sentido, é internado para realização de curso de antibioterapia endovenosa com piperacilina/tazobactam. Após alta realiza controlo imagiológico com radiografia torácica a demonstrar melhoria global das alterações, com prática resolução do derrame pleural e da maioria dos infiltrados.

Discussão: O diagnóstico de infeção por *Bordatella bronchiseptica* pode ser desafiante tendo em conta a ausência de alterações clínicas ou imagiológicas distintivas. Este caso reforça a importância de uma investigação sistemática detalhada em apresentações atípicas de pneumonia de forma a permitir a identificação atempada do agente e prevenir a morbi-mortalidade associada.

Palavras-chave: Bordatella bronchiseptica. Pneumonia. Infeção rara.

130. TUMOR TORÁCICO INDIFERENCIADO SMARCA4 DEFICIENTE - RELATO DE CASO CLÍNICO

A.C. Grande, N.B. Ferreira, C. Pinto, A.V. Cardoso

Pneumologia, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa.

Introdução: Os tumores torácicos indiferenciados SMARCA4 deficientes foram inseridos na classificação da Organização Mundial de Saúde em 2021. São neoplasias raras, mais frequentes em homens fumadores, entre a 5ª e 6ª década de vida.

Caso clínico: Homem, 60 anos, fumador. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, cirrose hepática, esquizofrenia e síndrome demencial. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por obstrução com 3 semanas de evolução. Realizou TC abdómino-pélvica, sem alterações sugestivas de obstrução mecânica, e apresentou resolução do quadro com neostigmina. Imagens de TC evidenciaram ainda massa de partes moles com destruição de arcos costais à direita, com cerca de 66 × 50 mm e massas heterogéneas nas suprarrenais, com cerca de 60 mm à direita e 57 mm à esquerda. Em ambulatório, prosseguiu estudo e fez TC tórax, com descrição de lesões nodulares pulmonares no lobo superior direito, massa adeno-pática no hilo direito, metástases ósseas no 7º arco costal direito, manúbrio, D4 e D11, e metástases suprarrenais. Dez dias depois, recorreu novamente ao SU por ausência de trânsito gastrointestinal com 5 dias de evolução e dispnéia. Objetivamente, apresentava-se eupneico sob oxigenoterapia a 2 L/min com SatO₂ 93%, sem sinais de dificuldade respiratória. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular globalmente diminuído. Abdómen mole e depressível, sem sinais de irritação peritoneal. Gasimetricamente com insuficiência respiratória tipo 1. Analiticamente, a destacar anemia (Hb 10,7 g/dL) e hiponatremia (Na⁺ 119 mmol/L). Internado com o diagnóstico de neoplasia de provável origem pulmonar, com metastização óssea, pulmonar e suprarrenal. Realizou biópsia transtorácica da massa costal. Durante o internamento, com múltiplas intercorrências infecciosas respiratórias, com evolução desfavorável, acabando por falecer ao 25º dia de internamento. O resultado da biópsia concluiu tratar-se de um tumor torácico indiferenciado SMARCA4 deficiente.

Discussão: Trata-se de neoplasias agressivas, habitualmente com metastização à distância à apresentação, nomeadamente ganglionar, óssea e suprarrenal. Devido à sua raridade, não existe atualmente um tratamento standard estabelecido, sendo a quimioterapia a terapêutica mais utilizada. O prognóstico é mau, com um tempo de sobrevida inferior a um ano.

Palavras-chave: Tumor torácico. SMARCA4. Metastização.

131. PLEURA E ARTRITE REUMATÓIDE: APRESENTAÇÃO INICIAL INCOMUM

A.P. Monteiro, J. Freitas, C. Figueiredo, A. Miguel

Unidade Local de Saúde São José, Hospital Santa Marta.

Introdução: A artrite reumatóide (AR) é uma doença auto-imune crónica, de etiologia desconhecida que afeta principalmente as articulações. O pulmão e a pleura são locais frequentes de envolvimento extra-articular. O envolvimento pleural é mais comum na doença de longa duração, mas pode mesmo preceder ou surgir simultaneamente ao início das manifestações articulares.

Caso clínico: Apresenta-se um caso de um homem de 32 anos, fumador (10 UMA), sem antecedentes de relevo. O doente recorreu a uma consulta de Reumatologia por um quadro de poliartrite assimétrica e aditiva, com cerca de 1 mês de evolução. O quadro foi inicialmente interpretado no contexto reativo, dado ter ocorrido recentemente uma infeção respiratória superior de etiologia mais provável viral. Ao exame objetivo apresentava, além das alterações articulares, diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito. Realizou uma radiografia torácica e posteriormente TC torácica que revelaram hidropneumotórax à direita com atelectasia subsegmentar do lobo inferior direito, tendo sido internado para estudo e abordagem pleural. Analiticamente não apresentava elevação dos parâmetros de fase aguda. Foi colocado um dreno torácico e inicialmente foi assumido um empiema tendo iniciado antibioterapia empírica. O líquido pleural (LP) apresentou critérios de exsudado, leucócitos 2.742/L, glucose < 2 mg/dL, ADA 116,8 U/L, citologia com baixa celularidade (sem células neoplásicas) e cultural sem isolamentos. Dado o contexto de doente jovem, com patologia articular associada a derrame pleural, realizou-se o estudo de auto-imunidade, a destacar factor reumatóide (26 UI/mL) e anticorpos

anti-peptídeo cíclico citrulinado anti-CCP (48 UA/mL). Perante estes achados, foi assumido artrite reumatóide, segundo os critérios ACR/ELAR 2010, com envolvimento pleural.

Discussão: O diagnóstico diferencial do derrame pleural pode ser potencialmente extenso, particularmente no doente jovem e sem antecedentes de relevo conhecidos. Reforçando que o envolvimento pleural pode ser a primeira apresentação de uma doença sistémica. Destacamos ainda a importância do reconhecimento de apresentações atípicas da artrite reumatóide, sendo o estudo das características do exsudado fundamental para um diagnóstico atempado e um tratamento individualizado.

Palavras-chave: Artrite reumatóide. Derrame pleural. Exsudado.

132. QUANDO A PNEUMONIA NÃO É PNEUMONIA

A.P. Monteiro, J. Freitas, C. Figueiredo, A. Migue

Unidade Local de Saúde São José, Hospital Santa Marta.

Introdução: Perante situações de pneumonias de repetição, principalmente em doentes sem antecedentes significativos, podemos verificar um desafio diagnóstico complexo, visto que, na maioria dos casos, existe uma causa subjacente, como por exemplo uma alteração estrutural local ou uma doença sistémica. Os tumores neuroendócrinos do pulmão, entidades raras, têm uma apresentação muito díspar e indolente, surgindo muitas vezes como um nódulo ou massa obstrutiva. O tratamento depende do estádio e inclui a cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 25 anos, fumadora (3 UMA) e com história prévia de 3 episódios de pneumonias, sempre localizadas no lobo superior esquerdo, sem etiologia definida nem doença sistémica conhecida. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com cerca de 3 dias de evolução de tosse com expectoração mucopurulenta e febre. Apresentava elevação dos parâmetros analíticos de fase aguda e a TC torácica achados sugestivos de consolidação parenquimatosa no segmento anterior e na língula do lobo superior esquerdo. Perante quadro de pneumonias de repetição no mesmo lobo pulmonar, decidiu-se internamento para tratamento e estudo etiológico. Iniciou antibioterapia empírica e realizou broncofibroscopia com achados de lesão suboclusiva endobrônquica na emergência da língula, tendo sido realizadas biópsias brônquicas nesse local. A anatomia patológica revelou tumor carcinóide (Cam5.2(+), CD56(+), Sinaptofisina(+) e TTF1 (+)). Perante estes achados, realizou exames de estadiamento, a destacar a PET que revelou captação máxima de 2,5 SUV em nódulo solitário na língula, sem evidência de lesão secundária. Perante tumor carcinóide, estádio T1aN0M0, foi realizada lobectomia superior esquerda, sem intercorrências, com excisão completa da lesão (R0). No follow-up aos 3, 6 e 12 meses a doente encontra-se sem recidivas, clinicamente estável e em vigilância clínica.

Discussão: Pretendemos destacar a necessidade imperativa de uma abordagem criteriosa de situações de infeções respiratórias, particularmente pneumonias de repetição. Salientamos ainda a importância do diagnóstico e tratamento precoce dos tumores neuroendócrinos pulmonares, com impacto no prognóstico da doença, e a necessidade da vigilância clínica posterior.

Palavras-chave: Pneumonias de repetição. Tumores neuroendócrinos.

133. A DOR DE UM INCUMPRIDOR - UM CASO CLÍNICO

A. Soveral, J.S. Guerreiro, M.V. Grilo, R. Duarte, I.G. Mata, J. Pereira, I. Madruga

ULS Lisboa Ocidental.

Introdução: As queixas álgicas são sintomas frequentes em utentes de serviços de saúde e podem ser o primeiro e único sintoma de

entidades clínicas deletérias. No entanto, a sua marcha diagnóstica e terapêutica podem revelar-se desafiantes, particularmente em doentes com comportamentos aditivos.

Caso clínico: Homem, 70 anos, com os antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 insulinotratada, perturbação depressiva, tabagismo crónico e hábitos etanólicos marcados. Recorreu ao serviço de urgência por episódio de hipoglicémia após administração inadequada de insulina. Adicionalmente, referia toracalgia esquerda de características pleuríticas com 1 ano e meio de evolução com irradiação para o ombro esquerdo, sem alívio sintomático com opióides fracos e com recurso prévio ao serviço de urgência nesse contexto, tendo abandonado sem avaliação médica. Radiologicamente destacava-se hipotransparência heterogénea no ápex pulmonar esquerdo, que motivou realização de TC tórax após controlo álgico parcial. Nesta, destacou-se uma massa neoformativa de centro necrótico com cerca de 8 cm de eixo no lobo superior do pulmão esquerdo em contacto com a pleura parietal e com indícios de osteólise em 2 costelas. Após ser internado, realizou biópsia pulmonar com diagnóstico de carcinoma pavimento-celular no lobo pulmonar superior esquerdo. O restante estudo não evidenciou metástases à distância. Teve alta com referência para consulta de pneumologia, medicina paliativa e medicina da dor.

Discussão: A toracalgia está presente em 20-40% dos doentes com neoplasias pulmonares. Contudo, comorbilidades como perturbações depressivas e comportamentos aditivos, como o alcoolismo e tabagismo, podem por vezes atrasar a abordagem diagnóstica e terapêutica. Revela-se importante abordar também estas comorbilidades para um controlo álgico eficaz.

Palavras-chave: Toracalgia. Neoplasia pulmonar. Comportamentos aditivos. Diagnóstico tardio.

134. DOR PLEURÍTICA, QUAL A CAUSA?

R. Freire-Silva, J. Ferreira-Junior, C. Durão, L. Lopes-Mendes, P. Santos

ULS Santa Maria.

Introdução: O tromboembolismo pulmonar agudo (TEPa) é uma doença comum e pode ter diversas apresentações clínicas, desde a ausência de sintomas até morte súbita. O sintoma de apresentação mais comum é a dispneia, seguida de dor torácica; taquipneia; tosse e taquicardia. Edema e dor gemelar acompanham frequentemente. Fervores e febre não são comuns e mimetizam uma pneumonia.

Caso clínico: Homem de 71 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais ou medicação habitual de relevo, recorre ao serviço de urgência por cansaço e retorragias com 1 semana de evolução. É internado para estudo da etiologia do quadro, sem hemorragia presenciada, com imobilização associada ao internamento. Iniciou quadro de hemorragia digestiva baixa, aquando da introdução de enoxaparina profilática, com queda grave da hemoglobina, pelo que foi suspensa a anticoagulação. Iniciou quadro de dor pleurítica, febre, fervores da base esquerda, sem dispneia ou insuficiência respiratória. Normotenso, taquicárdico. Elevação isolada da PCR, radiografia de tórax sem imagem evidente de consolidação, ECG sem alterações de novo. Critérios de Wells Modificado com baixa probabilidade para TEPa (taquicardia e imobilização). Iniciou antibioterapia por suspeita de pneumonia, com manutenção de dor pleurítica e febre. Após 7 dias, refere dor gemelar esquerda, que agrava com a dorsiflexão. Gasometricamente com alcalémia respiratória, hipocapnia, sem hipoxemia. Critérios de Wells modificado com alta probabilidade para TEPa (taquicardia, imobilização, sinais de trombose venosa profunda). A angio-tomografia evidenciou trombo luminal das veias femoral profunda e ilíaca externa bilateralmente, opacificação de ramo arterial segmentar no lobo inferior esquerdo (LID), associado a consolidação da quase totalidade do LID, com broncograma aéreo, sugestiva de enfarte pulmonar. Pelo risco hemorrágico, não foi iniciada anticoagulação, foi colocado um filtro da veia cava inferior.

Discussão: Neste caso, quer os sintomas e sinais presentes, quer a sequência pelo quais estes surgiram foram atípicos, o que dificultou o diagnóstico do TEPa, mimetizando um quadro de pneumonia. Por outro lado, relembra-nos da importância da anticoagulação profilática em doentes internados e espelha as possíveis consequências, para as quais devemos estar alerta, aquando da suspensão da mesma.

Palavras-chave: *Tromboembolismo pulmonar. Anticoagulação. Pneumonia. Critérios de Wells.*

135. METÁSTASE ÓSSEA COMO A APRESENTAÇÃO INICIAL DE UM ADENOCARCINOMA DO PULMÃO OCULTO

R. Freire-Silva, F. Sarmento

ULS Santa Maria.

Introdução: O adenocarcinoma do pulmão é um tipo comum de neoplasia pulmonar, cujos principais sintomas são a tosse persistente, dor torácica, dispneia e perda de peso. É caracterizado por marcadores imunohistoquímicos como TTF-1, Napsin A e CK7 e metastiza frequentemente para ossos, cérebro, fígado e glândulas suprarrenais, tornando o diagnóstico precoce crucial.

Caso clínico: Doente de 78 anos, previamente autónomo, não fumador, portador de pacemaker, sem antecedentes relevantes, recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor lombar, constante, com 3 semanas de evolução, com impacto funcional. Sem alterações da sensibilidade, incontinência de esfínteres, irradiação ou outra sintomatologia. Apresentava relatório de uma ressonância magnética que evidenciava várias lesões líticas em L4 e L5, a maior com 50 × 38 × 35 mm. Foi internado para controlo analgésico e estudo etiológico. Dos exames complementares de diagnóstico destaca-se avaliação analítica sem alterações, gasometria sem insuficiência respiratória, radiografia de tórax sem alterações evidentes. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) que evidenciou no parênquima pulmonar “massa heterogénea suspeita de contornos lobulados com cerca de 48 mm de maior eixo na vertente anterior do lobo superior esquerdo”. A imunofixação urinária e sérica revelou proteínas Bence Jones e componente monoclonal IgG, que levou à suspeita de mieloma múltiplo (MM) a condicionar as lesões ósseas. Por ausência de outras alterações características do MM e pela presença de uma lesão suspeita no parênquima pulmonar foi realizada biópsia óssea guiada por TC de lesão da coluna cujo resultado foi “metástase de adenocarcinoma pulmonar, células tumorais CK7, TTF1 e Napsin A +”.

Discussão: Embora o doente não fosse fumador e não houvesse nenhum sinal ou sintoma específico de patologia pulmonar primária, com uma radiografia de tórax sem alterações aparentes, a TC levantou a suspeita de neoplasia pulmonar. Este caso destaca uma apresentação pouco comum de um adenocarcinoma do pulmão oculto, que se apresentou com metástases ósseas na coluna vertebral, sem outra sintomatologia. Os autores pretendem alertar que o diagnóstico de uma apresentação desafiante requer um alto índice de suspeição e estudo etiológico completo.

Palavras-chave: *Adenocarcinoma pulmonar. Metástase óssea. Mieloma múltiplo.*

136. UMA CAUSA RARA DE BRONQUIECTASIAS

R. Oliveira, D. Godinho, P. Varandas, D. Organista, R. Macedo, P. Pinto, C. Bárbara

Departamento do Tórax, Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde Santa Maria.

Introdução: A síndrome de Mounier-Kuhn (MKS) é um diagnóstico clínico e imagiológico raro, caracterizado por dilatação da traqueia e dos brônquios principais, divertículos traqueais, infeções respiratórias de repetição e bronquiectasias. O diagnóstico pode ser confirmado por TC-tórax, que demonstra diâmetro traqueal > 30 mm e

a broncofibroscopia pode revelar alargamento dos brônquios principais, dilatação traqueal e a presença de divertículos.

Caso clínico: Trata-se de um homem de 66 anos, não fumador, internado por exacerbação infecciosa de bronquiectasias, apresentando-se com agravamento de dispneia e purulência da expectoração. Tinha o diagnóstico de bronquiectasias difusas no contexto de infeções respiratórias de repetição e infeção crónica a *Pseudomonas aeruginosa* (PSAE), medicado com azitromicina 250 mg em dias alternados e terapêutica broncodilatadora tripla inalada. A TC torácica revelou a presença de traqueobroncomegalia e distorção arquitetural marcada por bronquiectasias quísticas e varicosas graves preenchidas por abundantes secreções e de paredes espessadas, de predomínio nos lobos inferiores, língula e lobo médio, compatível com agudização infecciosa, assim como vários divertículos paratraqueais e diâmetro traqueal > 30 mm. A broncoscopia revelou traqueobroncomegalia, secreções mucopurulentas e broncólitos disseminados. O exame microbiológico do lavado broncoalveolar foi positivo para PSAE sensível a piperacilina-tazobactam. As provas de função respiratória prévias revelaram padrão ventilatório obstrutivo com razão FEV1/FVC de 64% e FEV1 de 40% (1,33 L). O doente completou 14 dias de antibioterapia com piperacilina-tazobactam e reabilitação respiratória, com melhoria clínica significativa. Após a alta, foi referenciado para a Unidade de Reabilitação Respiratória.

Discussão: A história de infeções respiratórias de repetição com bronquiectasias, juntamente com os achados na TC torácica e na broncofibroscopia, torna consistente o diagnóstico de MKS. Salienta-se, neste caso, a importância do reconhecimento precoce da doença e da necessidade de elevada suspeição diagnóstica, uma vez que tem implicação na sua abordagem a longo prazo. A reabilitação respiratória é um pilar na abordagem destes doentes, não só na agudização infecciosa como também na gestão em ambulatório.

Palavras-chave: *Bronquiectasias. Síndrome Mounier-Kuhn.*

137. LIPOMA ENDOBRÔNQUICO - UMA CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO BRÔNQUICA

B. Martins, D. Amorim, I. Gomes

Centro Hospitalar Universitário de São João.

Introdução: Os lipomas endobrônquicos (LEs) são lesões tumorais raras, benignas, correspondendo a cerca de 0,1 a 0,4% de todos os tumores brônquicos. Têm origem em células adiposas da lâmina própria da mucosa brônquica. Os sintomas associados são habitualmente inespecíficos, tais como dispneia, tosse produtiva, pieira, hemoptises, mimetizando outras doenças respiratórias crónicas.

Caso clínico: Homem de 59 anos, fumador, com antecedentes de tuberculose pulmonar cavitada aos 16 anos de idade, HTA e diabetes mellitus. Referenciado para consulta de pneumologia em setembro de 2023 por infeções respiratórias de repetição ao longo do último ano. O doente apresentava quadro de tosse, expectoração mucosa e dispneia de esforço. Ao exame objetivo apresentava crepitações na base esquerda. O exame microbiológico da expectoração foi negativo. A tomografia computadorizada (TC) torácica revelou perda de volume do lobo inferior esquerdo com múltiplas bronquiectasias quísticas e cilíndricas, bem como material denso de significado incerto ao nível do brônquio lobar inferior esquerdo (BLIE). Realizou broncofibroscopia, observando-se lesão polipóide no BLIE, condicionando oclusão total do seu lúmen. Uma porção foi removida com ansa de eletrocoagulação e enviada para estudo anatomopatológico, não se conseguindo remoção total. O resultado histológico da lesão foi compatível com lipoma. Uma semana depois, por agravamento da tosse, expectoração mucopurulenta e febre, o doente iniciou antibioterapia com levofloxacina dirigida a um isolamento de *staphylococcus aureus* no lavado brônquico e por história de alergia à penicilina. Por agravamento clínico, foi internado 3 dias depois, com necessidade de escalada de antibioterapia (meropenem), verificando-se melhoria progressiva. Fez broncoscopia rígida com fo-

tocoagulação a laser e remoção da lesão polipóide, conseguindo-se desobstrução brônquica e drenagem abundante de secreções purulentas. O doente aguarda avaliação consulta de Cirurgia Torácica na perspectiva de lobectomia inferior esquerda.

Discussão: O diagnóstico dos LÊs pode ser desafiante. A sua identificação precoce é essencial de modo a reduzir a morbimortalidade potencialmente associada, ao prevenir lesões pulmonares irreversíveis, tais como bronquiectasias.

Palavras-chave: *Lipoma endobrônquico. Broncofibroscopia. Bronquiectasias. Infecções de repetição.*

138. PARA ALÉM DAS APARÊNCIAS: UM CASO DE OSTEOMIELITE CLAVICULAR

B. Cêrca, C. Moita, A. Inácio, J. Maciel, M.A. Santos, C. Simão, F. Raposo, C. Custódio, R. Rosa, T. Martín, M.I. Claro, F. Todo-Bom, P. Calvino.

Hospital de Loures, ULS Loures-Odivelas.

Introdução: A osteomielite clavicular é rara. Surge frequentemente associada a fatores de risco como diabetes mellitus, abuso de drogas endovenosas, tuberculose ou neoplasia do pulmão. O *Staphylococcus aureus* é o principal agente isolado.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem, de 49 anos, não fumador, com história de hipertensão arterial e diabetes autoimune latente do adulto. Recorreu ao Serviço de Urgência por omalgia, limitação da abdução do membro superior direito e aparecimento de massas torácicas volumosas com sinais inflamatórios locais. Referia perda ponderal e febre no último mês. Na observação, destacavam-se duas massas, uma na região infraescapular direita (10 × 18 cm) e outra na região peitoral esquerda (10 cm), ambas com consistência dura e irregular. Analiticamente a destacar elevação dos parâmetros inflamatórios, discreta anemia e hiperglicemia. Na TC torácica observavam-se duas massas volumosas na região supraclavicular esquerda e parede torácica posterior direita, com destruição clavicular e de arcos costais. Realizou biópsia da lesão peitoral esquerda, com saída de conteúdo purulento, e iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam. Verificou-se melhoria laboratorial, mas por ausência de melhoria clínica, foi submetido a desbridamento cirúrgico. Intra-operatoriamente confirmou-se a presença de achados compatíveis com artrite séptica na articulação esterno-clavicular direita, em provável relação com osteomielite da clavícula a condicionar destruição da cabeça clavicular e a formação de múltiplos abscessos. Do estudo microbiológico, isolou-se *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina na biópsia da lesão peitoral e no material cirúrgico e exame direto, pesquisa de DNA e cultural de micobactérias negativos. A antibioterapia foi ajustada de acordo com o TSA para flucloxacilina e posteriormente para cotrimoxazol, tendo cumprido um total de 43 dias.

Discussão: Este caso demonstra a importância de considerar a etiologia infecciosa no diagnóstico diferencial de massas torácicas, particularmente em doentes com fatores de risco. O diagnóstico atempado de osteomielite/artrite séptica pode evitar a necessidade de intervenção cirúrgica.

Palavras-chave: *Osteomielite. Clavícula. Staphylococcus aureus.*

139. HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE UMA ATRESIA CONGÊNITA DAS VEIAS PULMONARES DIREITAS

B. Ramos, F. Munoz, S. Moura Cabral, T. Rebello, V. Melo, M. Luiza Silva ULSAM.

Introdução: A atresia unilateral de veias pulmonares (VP) caracteriza-se pela ausência das VP ipsilaterais. As VP primitivas drenam inicialmente para a circulação sistêmica através das veias vitelina

e cardinal, que se unem e ligam-se à aurícula. A falha neste processo resulta na persistência de conexão entre a circulação pulmonar e as veias porta e cava. Nestes, a drenagem ocorre por veias colaterais para a circulação sistêmica ou raramente por varizes esofágicas. A apresentação mais comum é por hemoptises/pneumonia e, na maioria, diagnosticada na infância. Pode atingir qualquer um dos lados e o pulmão pode ter tamanho normal ou estar hipoplásico, caracterizado por aumento da atenuação intersticial e espessamento dos septos interlobulares.

Caso clínico: Mulher, 43 anos, natural do Brasil. Trabalha em limpeza de barcos. Sem antecedentes ou medicação habitual. Não fumadora. Recorre ao SU por queixas de cansaço, dispneia e desconforto torácico, com 6 meses de evolução. Epigastralgias, com náuseas e vômitos, de conteúdo alimentar e posteriormente hemático escuro, e fezes escuras com cheiro intenso. Perda ponderal e anorexia. Constatada anemia grave (Hb 4 g/dL). Estudos digestivos endoscópicos sem alterações relevantes. TC do tórax revela: atresia distal das VP direitas, sem conexão à aurícula; leve hipoplasia pulmonar e hipoplasia secundária da artéria pulmonar direita; lesão pulmonar difusa intersticial unilateral (vidro despolido e espessamento septal) e sinais de vascularização sistêmica, com hipertrofia de artérias brônquicas, intercostais e periesofágicas distais, que acreditamos ser a causa das perdas sanguíneas. VBFO descreve marcada acentuação da vasculatura da mucosa desde a emergência do BPD até aos subsegmentares, sem lesões endobrônquicas/estigmas de hemorragia recente. Autoimunidade, GSA, prova da marcha e estudo funcional respiratório sem alterações. Aguarda ecocardiograma e cintigrafia V/Q. À data mantém cansaço/intolerância para esforços, sem novas perdas hemáticas.

Discussão: Com este caso, os autores gostariam de destacar a hemorragia digestiva como forma rara de apresentação de uma atresia unilateral das VP e de realçar a importância da integração dos achados clínicos, endoscópicos e imagiológicos. Em assintomáticos recomenda-se vigilância, podendo ser necessário a embolização ou pneumectomia.

Palavras-chave: *Atresia. Veias pulmonares. Hipoplasia.*

140. UMA EPOPEIA DO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

B. Dias, A.L. Correia, T. Belo, P. Fernandes, M. Argel, A.F. Matos, A. Reis

ULS Viseu Dão Lafões.

Introdução: O ser humano é reservatório natural do *Mycobacterium tuberculosis*, responsável por causar tuberculose e uma das principais causas infecciosas de morte em todo o mundo.

Caso clínico: Homem, 52 anos, fumador (44 UMA), hábitos toxifílicos (heroína) até 2006, recluso 2014-2018, valvuloplastia mitral, HTA, dislipidemia, DRGE, hernioplastia inguinal. Recorreu à Urgência em novembro 2021 por disfagia para sólidos e líquidos, 2 semanas de evolução, sem outras queixas. Realizou endoscopia digestiva alta, foi avaliado por ORL e Gastroenterologia, que excluíram etiologia mecânica. Realizou TC pescoço e maxilofacial que revelou, no andar superior do tórax, adenopatias mediastínicas, também observadas em raio-X tórax. Ficou internado para completar estudo. TC-CE demonstrou duas lesões focais com captação de contraste na vertente inferior do vérmis cerebeloso (6 mm) e bolbo raquidiano (11 mm), sem efeito de massa, provável natureza secundária. Realizou TC de corpo inteiro: extensas áreas de consolidação nos segmentos apicais dos lobos superiores, segmento posterior do LSD e segmento superior do LID, provável relação com lesões de TP em atividade. Múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares bilaterais. Derrame pleural direito." Realizou VDFC com lavado broncoalveolar, não mostrou alterações da traqueia e árvore brônquica com exame direto e TAAAN positivo para *M. tuberculosis*. RMN-CE revelou lesões sugestivas de tuberculomas, com halo de edema. Iniciou 1ª linha antibacilares e corticoterapia sistêmica. Inicialmente sob ali-

mentação por SNG, com franca melhoria com terapêutica médica, terapia de fala e treino de deglutição, com alimentação autónoma à data de alta. Os testes moleculares de resistências para isoniazida e rifampicina foram negativos; serologias VIH e VHC negativas; imune para VHB. Apresentou sífilis latente, que foi tratada durante internamento, com penicilina. Alta em janeiro 2022 para o Centro Diagnóstico Pneumológico, para toma observada direta de antibióticos, que cumpriu durante 1 ano.

Discussão: Disfagia como apresentação inicial de tuberculose num homem com múltiplos fatores de risco para neoplasia e doenças infecciosas. A disseminação hematogénica é responsável pela tuberculose extrapulmonar, podendo ter diversas manifestações clínicas.

Palavras-chave: *Disfagia. Tuberculose. Extrapulmonar.*

141. TUBERCULOSE E INFLIXIMAB: UM CASO CLÍNICO QUE REALÇA A IMPORTÂNCIA DO RASTREIO E SUAS LIMITAÇÕES

C.M. Carvalho, A.R. Pedroso, J. Naia, D. Pimenta, M. Serino, S.C. Silva, R. Rolo

Hospital de Braga.

Introdução: O TNF α é uma citocina fundamental na defesa imunológica contra o *Mycobacterium tuberculosis* (MTC). A sua inibição, em contexto de terapêutica biológica imunossupressora, aumenta a suscetibilidade a desenvolver tuberculose (TB) por reativação de infeção latente ou por infeção *de novo*.

Caso clínico: Mulher, 33 anos, fumadora, com história de exposição prévia a TB e doença de Crohn sob tratamento imunossupressor com azatioprina e infliximab, o segundo iniciado após rastreio de tuberculose latente negativo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por febre e toracalgia pleurítica com 2 dias de evolução. A TC de tórax revelou consolidação extensa no lobo superior direito, micronódulos dispersos e derrame pleural direito de aspeto loculado. Foi assumido o diagnóstico de pneumonia e teve alta clínica, medicada beta-lactâmico e macrólido. Regressou ao SU por agravamento clínico, verificando-se também agravamento radiológico do derrame pleural. Foram colhidas secreções traqueobrônquicas (STB), realizada toracocentese diagnóstica e colocado dreno torácico por empiema; adicionalmente, iniciada antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam. Por ausência de melhoria clínica e de isolamentos microbiológicos, realizada broncofibroscopia com colheita de aspirado brônquico (AB) e lavado broncoalveolar (LBA). A análise dos produtos biológicos (STB, AB e LBA) confirmou o diagnóstico de tuberculose pulmonar bacilífera (exame direto, PCR e cultural). Iniciada terapêutica antibacilar (HRZE), com melhoria clínica, analítica e radiológicas paulatinas. Posteriormente, foi também isolado MTC no líquido pleural e confirmada sensibilidade aos antibióticos de primeira linha. Após discussão com Gastroenterologia, decidido suspender terapêutica com infliximab. À data de alta, foi orientada para tratamento e seguimento no Centro de Diagnóstico Pneumológico da área de residência.

Discussão: O diagnóstico de infeção por MTC é essencial para prevenir novos casos. Realça-se a importância da pesquisa de fatores de risco epidemiológicos e do rastreio sistemático dos candidatos a terapêutica biológica anti-TNF α , sendo que os testes atualmente disponíveis apresentam algumas limitações.

Palavras-chave: *Tuberculose. Tuberculose pleural. Infliximab. Rastreio.*

142. PLEURODESE NO DERRAME PLEURAL NÃO NEOPLÁSICO

C. Giesta, P. Trindade, F. Modesto, P. Monteiro

ULS Médio Tejo.

Introdução: A pleurodese química encontra-se amplamente estudada e validada em diversas guidelines internacionais como opção

terapêutica nos derrames pleurais malignos. Por outro lado, a qualidade de evidência na doença pleural não maligna não é tão robusta, sendo a maioritariamente proveniente de estudos observacionais. Assim, as técnicas estabelecidas e validadas em doenças malignas são frequentemente extrapoladas para os derrames pleurais não malignos.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 96 anos, parcialmente dependente nas actividades de vida diária e cognitivamente íntegra. Diagnóstico de derrame pleural direito em 2021, exsudado, realizou 3 toracocenteses diagnósticas/evacuadoras em março de 2023 por agravamento, com exame microbiológico negativo e citologias negativas para células neoplásicas. Admitido derrame pleural em provável contexto de lúpus eritematoso sistémico. Outros antecedentes a destacar, fibrilhação auricular, cardiopatia valvular e doença renal crónica. Doente com agravamento clínico em fevereiro 2024 com dispneia e cansaço para pequenos esforços e toracalgia, com repercussão na sua autonomia passando a necessitar de cadeira de rodas para se deslocar. Sem outra sintomatologia respiratória e sem febre, perda de peso ou sudorese nocturna. Realizou toracocentese diagnóstica e evacuadora com saída de 2.000 mL de líquido sero-hemático, exsudado, cujo estudo microbiológico foi negativo e citologia negativa para células neoplásicas. Após discussão do caso entre médica assistente (Cuidados Paliativos), equipa da Unidade de Pneumologia de Intervenção, doente e família, opta-se por internamento electivo para colocação de drenagem torácica e pleurodese por slurry de talco. Foi, então colocado dreno 20Fr e realizada pleurodese por slurry de 2 g de talco, sem intercorrências. A doente teve alta no dia seguinte à talcagem. Foi realizada um mês após, já com melhoria franca dos sintomas com a possibilidade de voltar a deambular com bengala e estabilidade radiológica.

Discussão: A abordagem do derrame pleural não maligno e não infeccioso é desafiante e deve ser individualizada. Apesar de carecer de evidência robusta e de guidelines, estes doentes podem beneficiar de técnicas utilizadas no derrame maligno como na doente apresentada no caso clínico.

Palavras-chave: *Pleurodese. Derrame pleural benigno.*

143. SÍNDROMES DE COMPRESSÃO TORÁCICA. OBSTRUÇÃO BRÔNQUICA EM DOENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

C. Giesta, D. Cazeiro, R. Plácido

ULS Médio Tejo.

Introdução: A hipertensão pulmonar, caracterizada pela elevada pressão nas artérias pulmonares, provoca remodeling vascular e dilatação arterial. Numa minoria dos doentes a dilatação arterial comprime as estruturas adjacentes. Assim, os doentes podem apresentar sintomas decorrentes da compressão de várias estruturas - síndromes compressivas torácicas.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de uma doente, sexo feminino de 37 anos de idade, autónoma com os antecedentes de epilepsia, trombocitopenia idiopática, fenómeno de Raynaud e asma. Diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar idiopática desde 2014. À data do diagnóstico apresentava-se em classe funcional III OMS. O cateterismo cardíaco direito revelou a presença de hipertensão pulmonar (HP) grave pré-capilar, configurando um risco intermédio-alto de mortalidade a 1 ano na avaliação multi-paramétrica. A doente iniciou terapia vasodilatadora pulmonar em regime duplo com sildenafil 75 mg/dia e macitentan 10 mg/dia. No decorrer da evolução da doença destaca-se internamento no serviço de Medicina Intensiva em Outubro de 2017 por falência ventricular direita no pós-operatório de cirurgia ginecológica, progressão da HP, que levou à introdução de treprostnil intravenoso. Realizou TC de tórax em fevereiro de 2024 que revelou efeito de massa e estenose moderada do brônquio intermédio direito e do brônquio lobar médio

por dilatação da artéria pulmonar direita e consequente compressão. Perante provas funcionais respiratórias com obstrução ligeira com prova de broncodilatação negativa e sintomatologia de dispneia atribuível à compressão brônquica foi descartado o diagnóstico prévio de asma.

Discussão: Os sintomas das síndromes de compressão torácica podem ser sobreponíveis aos da insuficiência cardíaca direita, bem como de outras patologias podendo ser interpretados incorretamente, como no caso clínico apresentado. Salienta-se o papel diagnóstico relevante o estudo imagiológico, também já descrito por Plácido et al no síndrome de compressão torácica da coronária esquerda.

Palavras-chave: Hipertensão arterial pulmonar. Síndrome de compressão torácica. Obstrução brônquica.

144. VIH, UM FATOR DE RISCO PARA PNEUMOTÓRAX COMPLICADO?

D. Godinho, R. Oliveira, P. Varandas, M. Guia, P. Pinto, C. Bárbara ULSSM.

Introdução: A incidência de pneumotórax espontâneo em doentes infetados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é 450 vezes superior à incidência em imunocompetentes. Mais de 70% dos casos de pneumotórax ocorrem em doentes com pneumocistose, mas existem outros fatores de risco para o desenvolvimento de pneumotórax, como tabagismo, drogas intravenosas, procedimentos diagnósticos invasivos, tuberculose pulmonar ou presença de quistos, bolhas ou pneumatoceles.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente de 39 anos, de morfotipo longilíneo, fumador até há um mês, com infeção VIH, internado por pneumotórax espontâneo primário e submetido a drenagem torácica. A radiografia de controlo revelou expansão pulmonar não total, tendo a drenagem se mantido borbulhante durante mais de 5 dias, mesmo após período de aspiração ativa. Após cinco dias de internamento sem alteração da drenagem foi solicitada tomografia computadorizada de tórax que evidenciou manutenção de pneumotórax moderado à direita, enfisema subcutâneo ao longo de toda a parede torácica, pulmão parcialmente ateleasiado e bolhas subpleurais dispersas. O doente realizou resseção pulmonar atípica do lobo superior direito e pleurodese por videotoracoscopia, com alta clínica ao terceiro dia de pós-operatório e sem recidivas.

Discussão: Os doentes infetados pelo VIH que desenvolvem pneumotórax têm pior prognóstico, podendo o tratamento do pneumotórax nestes doentes ser desafiante, verificando-se uma maior tendência para a persistência de fístulas broncopleurais, podendo a drenagem por toracostomia, com ou sem pleurodese, não ser suficiente para resolver o pneumotórax, com necessidade de colocação de válvula de Heimlich ou recurso a cirurgia.

Palavras-chave: Pneumotórax. VIH. Tabagismo. Fistula broncopleural.

145. HEMATOMA INTRIGANTE, CORAÇÃO DESAFIANTE: NO FINAL, O TÓRAX É QUE PAGA

J.S. Guerreiro, A. Soveral, M.V. Grilo, G. Lérias, I. Madruga

Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz.

Introdução: A gestão de doentes com múltiplas comorbilidades e em terapia anticoagulante é um desafio clínico significativo. Este caso ilustra as complexidades envolvidas no tratamento de um doente com histórico de doenças cardíacas e melanoma em estudo, que desenvolveu um hematoma torácico iatrogénico enquanto anticoagulado devido a uma válvula aórtica mecânica.

Caso clínico: Um homem de 78 anos com antecedentes de cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca com fração de ejeção redu-

zida, fibrilhação auricular, hipertensão, diabetes mellitus tipo 2 e melanoma em estudo foi admitido com pneumonia adquirida na comunidade e insuficiência cardíaca descompensada. Sob anticoagulação com varfarina devido a uma válvula aórtica mecânica, o doente apresentou um hematoma volumoso espontâneo na parede torácica, resultando a sua evolução em choque hemorrágico. Ao exame objetivo encontra-se vígil e orientado, com saturação de oxigénio adequada em suplementação mínima. A radiografia de tórax revelou derrame pleural direito. A anticoagulação foi inicialmente suspensa e foi reintroduzida enoxaparina. Foi identificado por Tomografia Computadorizada um hematoma extenso da parede torácica que causou uma queda significativa nos níveis de hemoglobina, com necessidade de duas transfusões de concentrados de eritrócitos e suporte vasopressor. Após estabilização na Unidade de Cuidados Intensivos por 24h, foi transferido para a unidade de cuidados Intermediários. Gradualmente, houve uma melhoria clínica com a redução do hematoma e derrame pleural. A anticoagulação com varfarina foi retomada com monitorização rigorosa, sem novas complicações.

Discussão: Este caso destaca os desafios na gestão de anticoagulação em doentes com múltiplas comorbilidades e a necessidade de monitorização e vigilância intensiva e multidisciplinar. A evolução favorável do doente após intervenção adequada e ajustes terapêuticos ilustra a importância de um equilíbrio cuidadoso entre os riscos de trombose e hemorragia em situações complexas. O acompanhamento contínuo e ajustes terapêuticos individualizados são cruciais para o sucesso do tratamento.

Palavras-chave: Hematoma. Anticoagulação. Pneumonia. Iatrogenia.

146. AOS 100 ANOS: UMA CENTENÁRIA SUPERA PNEUMONIA BILATERAL E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

J.S. Guerreiro, A. Soveral, M.V. Grilo, G. Lérias, I. Madruga

Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz.

Introdução: A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma causa comum de morbilidade e mortalidade, especialmente em idosos. A insuficiência respiratória associada à PAC é um desafio clínico significativo, exigindo uma abordagem terapêutica cuidadosa e personalizada. Este caso descreve a gestão de uma centenária com PAC bilateral e Insuficiência Respiratória tipo 1, destacando a complexidade do tratamento em pacientes geriátricos com múltiplas comorbilidades.

Caso clínico: Apresentamos uma mulher de 100 anos com antecedentes de hipertensão arterial essencial, parcialmente dependente nas atividades diárias, residente com as filhas. Após uma queda com fratura da 10ª costela direita e hematoma subdural, desenvolveu tosse, febre e alteração do estado de consciência. Foi diagnosticada com PAC bilateral e tratada inicialmente em regime de ambulatorio com amoxicilina/ácido clavulânico e claritromicina, sem sucesso. A doente regressou ao Serviço de Urgência com agravamento dos sintomas, incluindo dispneia, tosse produtiva e confusão, com SpO₂ de 69-72%. A radiografia torácica sugeriu pneumonia e foi iniciada piperacilina/tazobactam. Durante o internamento, manteve-se apirética e hemodinamicamente estável, necessitando de oxigenoterapia inicial, mas progressivamente sem necessidade de oxigénio suplementar. Recebeu terapêutica broncodilatadora e antibioterapia empírica durante 7 dias. À alta, apresentava-se clinicamente estável, eupneica em ar ambiente e com uma melhoria radiológica significativa.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade da gestão da PAC em idosos com múltiplas comorbilidades. A evolução favorável da doente reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar e individualizada. A gestão adequada da insuficiência respiratória e a monitorização contínua são cruciais para o sucesso terapêutico. Este relato contribui para a literatura existente sobre PAC em pa-

cientes geriátricos, destacando a importância de estratégias terapêuticas eficazes e personalizadas.

Palavras-chave: *Pneumonia. Geriatria. Insuficiência respiratória. Gestão clínica.*

147. LIPOMA PULMONAR: UM TUMOR INTRATORÁCICO POUCO COMUM

E. Paiva, D. Madama, M. Lagarto, T. Pais

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: Os lipomas são neoplasias benignas com origem nos tecidos moles. A prevalência dos lipomas intrapulmonares ainda não está bem definida, pois a maioria dos relatos são de casos isolados. Quando existem, podem ser endobrônquicos ou periféricos, sendo os primeiros mais frequentes.

Discussão: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 73 anos, que recorreu ao SU por dispneia para pequenos esforços com 5 dias de evolução. À observação encontrava-se febril, com diminuição do murmúrio vesicular e fevres bibasais. Radiologicamente com opacidade na base direita, compatível com presença de derrame pleural. Em internamento cumpriu antibioterapia por suspeita de infeção respiratória, e foi realizada toracocentese diagnóstica, tendo o líquido pleural características de exsudado, com predomínio de polimorfonucleares. Posteriormente, confirmou-se em TC a presença de derrame pleural direito, e ainda, hipertrofia da gordura do espaço pleural na metade distal do hemitórax direito, pelo que realizou broncofibroscopia, que não evidenciou alterações. Repetiu TC após um mês, por manutenção de opacidade à direita em radiografia. Esta evidenciou uma massa heterogênea, principalmente lipomatosa, na parede torácica direita, de bordas lobuladas, medindo 11 × 35 mm. Após 2 biópsias transtorácicas guiadas por TC inconclusivas, foi solicitada RM. Esta descreveu uma massa de contorno lobulado composta por tecido adiposo, com 23 × 81 × 86 mm, e uma área isointensa vagamente nodular inferior, medindo 46 × 25 mm, suspeitando-se lipossarcoma. Após discussão do caso em reunião multidisciplinar, foi submetido a excisão cirúrgica da massa. Esta era constituída por adipócitos maduros, não se observando áreas de atipia celular. Para além de ser limitada pela pleura visceral, a neoplasia estendia a pseudocápsula para o parênquima pulmonar, este que mantinha a morfologia normal. As alterações detetadas permitiram obter diagnóstico de lipoma pulmonar.

Discussão: Este caso mostra que o lipoma pulmonar, pelo seu crescimento lento, é muitas vezes assintomático, podendo ser encontrado por acaso. Os exames de imagem, nomeadamente a TC, são úteis na sua identificação, embora o diagnóstico definitivo requeira um exame histopatológico. Já o seu tratamento passa pela excisão cirúrgica, sendo que neste caso esta permitiu tanto o diagnóstico como a sua resolução.

Palavras-chave: *Lipoma pulmonar. Lipomatose. Tumor intratorácico.*

148. MASSA PLEURAL GIGANTE (QUASE) ASSINTOMÁTICA

F.P. Silva, C. Araújo, P. Castro, J. Rei, J. Miranda

ULS Guarda.

Introdução: Os tumores mais comuns da pleura são metastáticos, predominantemente com origem no pulmão, mama ou cólon. A origem pleural primária é rara, englobando uma grande variedade de lesões benignas e malignas.

Caso clínico: Homem, 69 anos, com antecedentes de DPOC e SAOS. Apresentava hamartoma à direita conhecido há cerca de 10 anos, em vigilância. Teve 2 internamentos em 3 meses por pneumotórax espontâneo à direita. Meios complementares de diagnóstico de relevo: TC toracoabdominopélvica: massa tumoral (16,7 cm) no campo pulmo-

nar direito, com extenso contacto com a pleura. Anatomia patológica de biópsia transtorácica (2º internamento): tumor fibroso solitário da pleura. Videobroncofibroscopia: sem alterações. Foi submetido a toracotomia posterolateral direita, realizando-se exérese “en bloc” da massa (16 × 15 cm) e de hamartoma (= 2 cm). A análise histológica revelou tumor fibroso solitário com risco intermédio de metastização (critérios da OMS) e hamartoma cartilágineo.

Discussão: Reportamos o caso de um tumor fibroso solitário (TFS) da pleura. Apesar das grandes dimensões, o paciente encontrava-se assintomático há anos, até desenvolver pneumotórax espontâneo ipsilateral. O tumor foi completamente removido cirurgicamente e o doente mantém-se em vigilância. Os TFS do tórax são raros e têm comportamento variável, sendo habitualmente indolentes, com comportamento benigno. Mais frequentemente surgem com menos de 10 cm, de forma incidental, em pacientes assintomáticos. Tumores maiores, têm maior probabilidade de malignidade e pior prognóstico. O tratamento de escolha é a cirurgia devendo a abordagem cirúrgica ser adequada à localização e extensão do tumor e envolvimento das estruturas envolventes. Lesões histologicamente malignas, de base alargada, mal delimitadas, com invasão local e, sobretudo, não completamente ressecadas apresentam maior risco de recorrência. Em pacientes assintomáticos discute-se a necessidade da ressecção tumoral dada a elevada benignidade destes tumores. Por outro lado, pode ser a única forma de se obter um diagnóstico. Mesmo tumores benignos completamente ressecados podem recorrer, pelo que um período de seguimento alargado é imperativo.

Palavras-chave: *Pleura. Tumor fibroso solitário.*

149. METASTIZAÇÃO PULMONAR DE DERMATOFIBROSSARCOMA PERTUBERANS: UM CASO CLÍNICO

F. Modesto, P. Trindade, C. Giesta, F. Freitas, J. Cardoso, P. Monteiro

Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução: O dermatofibrossarcoma pertuberans é um tumor raro com origem nos tecidos moles. Apesar de apresentar uma taxa de recidiva local elevada, a sua metastização à distância é rara ocorrendo em cerca de 6% dos casos. Quando ocorre o local mais comum é o pulmão.

Caso clínico: Apresenta-se um caso de um homem de 41 anos, natural da Guiné-Bissau, residente em Portugal há 5 anos, ex-fumador de 10 UMA. Como antecedentes pessoais destaca-se diagnóstico de dermatofibrossarcoma protuberans em 2021, cujo resultado anatomopatológico revelou margens não livres, tendo perdido seguimento em consultas subsequentes. Recorre ao médico assistente em dezembro de 2023 por toracalgia pleurítica e dispneia para esforços progressivamente menores até mmrc 3, associado a tosse seca. Analiticamente sem alterações a destacar. Realizou radiografia e TC torácicas que revelaram múltiplas lesões nodulares dispersas no parênquima pulmonar a maior no lobo médio com 35 mm e língua, com vidro despolido envolvente. Broncofibroscopia com lesão oclusiva do subsegmento lateral do lobo médio e oclusão por compressão extrínseca do subsegmento superior da língua. Biópsias brônquicas positivas para neoplasia mesenquimatosas CD34+, tendo-se assumido o diagnóstico de dermatofibrossarcoma metastático pT-1N0M1. Iniciou terapêutica com doxorubicina com intuito paliativo, aguardando reavaliação imagiológica.

Discussão: O principal fator de prognóstico do dermatofibrossarcoma é a metastização para outros órgãos, reduzindo significativamente a sobrevida a longo prazo. Neste caso, a exérese atempada da lesão residual após o conhecimento dos resultados anatomopatológicos teria um impacto significativo na história natural da doença e seu prognóstico vital do doente.

Palavras-chave: *Dermatofibrossarcoma pertuberans. Neoplasia.*

150. UMA ESPADA DE DOIS GUMES: APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

F. Modesto, M. Marçal, V. Caldeira, I. Fernandes

Centro Hospitalar de Setubal.

Introdução: A tuberculose e o cancro do pulmão são entidades distintas mas que podem apresentar alterações clínicas e imagiológicas semelhantes e mesmo coexistir.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 65 anos, ex-fumadora de 50 UMA, com antecedentes de doença arterial periférica, referenciada por tosse produtiva com expectoração mucopurulenta com 1 ano de evolução, expectoração hemoptóica, dispneia de esforço (mMRC 4) e perda ponderal. À observação com hipocratismos digitais, sem insuficiência respiratória em repouso. TC torácica com enfisema centrilobular e parasseptal, massa (35 mm) e nódulo (17 mm) espiculados no lobo inferior esquerdo (LIE), nódulo no lobo superior direito (LSD) e múltiplos pequenos nódulos no lobo médio e inferior direito, adenopatias retrocava, pré-traqueais e infracarinais e lesões líticas de arcos costais esquerdos. PET com hipercaptação pulmonar bilateral, envolvimento pleural, ósseo e ganglionar mediastino-hilar. Submetida a videobroncofibroscopia com sinais indiretos de neoplasia, mas escovado, lavado e biópsias brônquicas sem células ou tecido neoplásico. Realizada punção aspirativa transtorácica com anatomia patológica também negativa. Entretanto por cultura do lavado broncoalveolar positiva para *Mycobacterium tuberculosis* sensível (baciloscopias e PCR negativas), iniciou terapêutica antibacilar de 1ª linha. TC torácica após 2 meses de terapêutica com aumento da lesão do LIE (52 × 47 mm) com contacto pleural e envolvimento endobrônquico. Realizou nova biópsia transtorácica que identificou adenocarcinoma pulmonar TTF-1+, PD-L1 negativo, NGS sem mutações-alvo. Iniciou seguimento pela Oncologia Médica e foi instituído esquema de carboplatina, pemetrexedo, pembrolizumab e radioterapia paliativa para controlo alérgico. Reavaliação imagiológica após 1º ciclo de quimioterapia com redução significativa de todas as lesões pulmonares.

Discussão: Com este caso os autores destacam a importância de manter um elevado grau de suspeição para neoplasia, mesmo após um diagnóstico alternativo, de forma a evitar atrasos terapêuticos, com impacto no prognóstico vital. A pesquisa proativa de tuberculose e o seu tratamento parece favorecer os outcomes do tratamento oncológico.

Palavras-chave: *Tuberculose. Neoplasia. Adenocarcinoma pulmonar.*

151. PERICARDITE CONSTRICTIVA SECUNDÁRIA A ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

F. Henriques, A. Martins, A. Gameiro, S. Silva, C. Costa, S. Feijó

ULS Região de Leiria.

Introdução: O adenocarcinoma do pulmão pode condicionar atingimento pericárdico, sendo o derrame pericárdico com ou sem tamponamento a principal forma de apresentação. A pericardite constrictiva é rara e surge como perda de compliance pericárdica.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente de 58 anos, bancária, ex-fumadora (15UMA), com antecedentes pessoais de dislipidemia, hipertiroidismo e adenocarcinoma do pulmão estadio IVB com metastização óssea, ganglionar e do SNC. Por apresentar a deleção no exão 19 do EGFR iniciou terapêutica com osimertinib, com boa resposta. Um ano após início de terapêutica com TKI, é diagnosticado um derrame pericárdico com tamponamento cardíaco, tendo-se assumido, após a realização de pericardiocentese, progressão da doença. Iniciou, assim, terapêutica de 2ª linha com cisplatina e pemetrexed. Após 2 ciclos de QT, recorreu ao serviço de urgência por sensação de aperto retro-esternal, analiticamente com leucocitose e neutrofilia, GSA (3 L/min) com insuficiência

respiratória (pO₂: 82 mmHg), radiografia torácica com hipotransparência no andar inferior direito e ECG com inversão das ondas T no ECG compatível com patologia prévia. Ficou internada por PAC complicada de derrame pleural e iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico e claritromicina. Em D15 de internamento refere “sensação de picadas” (sic) na região pré-cordial e à observação apresenta ingurgitamento venoso cervical, edemas periféricos e hepatomegália. Analiticamente com elevação das transaminases. Após realização de ecocardiograma transtorácico sem presença de derrame pericárdico, a Cardiologia admitiu tratar-se de pericardite constrictiva subaguda de etiologia neoplásica. Na TC-tórax, a destacar densificações inflamatórias paracardíacas, espessamento pericárdico e derrame pleural direito. Iniciou colchicina, acetilsalicilato de lisina e diuréticos, no entanto sem melhoria. O caso foi ainda discutido com a cirurgia cardíaca que considerou não ter condições cirúrgicas, tendo a doente vindo a falecer após 3 dias.

Discussão: Embora o derrame pericárdico maligno secundário a neoplasia do pulmão, com ou sem tamponamento seja a forma de apresentação mais frequente, a pericardite constrictiva neoplásica sem derrame é um diagnóstico a ter em conta. Com este caso, os autores pretendem alertar para a possibilidade, embora rara, desta entidade.

Palavras-chave: *Adenocarcinoma do pulmão. Pericardite constrictiva.*

152. SARCOIDOSE: UMA CAUSA DE ASMA ALÉRGICA NÃO CONTROLADA?

F. Guimarães, J. Canadas, M. Cunha, R. Armindo, P. Romão, V. Durão, N. Marçal, P. Rosa

Hospital Vila Franca de Xira.

Introdução: A sarcoidose é uma doença sistémica caracterizada por inflamação granulomatosa, com resposta dominante Th1. Porém, a prevalência de asma em doentes com sarcoidose é semelhante à da população geral.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de uma mulher, 30 anos, ex-fumadora (3 UMAs), com história de rinosinusite e asma alérgicas desde a infância, agravadas durante as gravidezes e com a exposição ao pêlo de cão. Referia exposição inalatória a álcoolis no local de trabalho e encontrava-se medicada com budesonida/formoterol, como terapêutica de resgate. Foi encaminhada à consulta de Pneumologia por quadro persistente de tosse seca e pieira. À observação, apresentava sinais de hiperinsuflação e sibilos bilaterais, pelo que ficou medicada com budesonida/formoterol inalados em dose média como terapêutica de manutenção, com controlo da sintomatologia. As provas de função respiratória demonstraram aumento da resistência das vias aéreas com melhoria após a prova de broncodilatação. A radiografia torácica revelou alargamento do mediastino e padrão intersticial bilateral. Analiticamente, apresentava eosinofilia periférica (310/uL), elevação dos níveis séricos da Imunoglobulina E (161 KU/L) e enzima conversora da angiotensina (70,6 U/L), encontrando-se sensibilizada para pêlo de cão, gato e plátano. Realizou tomografia computadorizada do tórax que identificou padrão reticular nos lobos superiores, micronódulos perilinfáticos, com o sinal da galáxia, e adenopatias mediastínicas e hilares. Realizou videobroncofibroscopia e ecoendoscopia endobrônquica com visualização de alargamento da carina e identificação de adenomegalias nas estações 4R, 4L, 7, 10R, 11R e 11L, tendo sido efectuado lavado bronco-alveolar, aspirado brônquico e biópsia aspirativa ganglionar trans-brônquica. As citologias aspirativas de 7 e 11L revelaram alterações compatíveis com linfadenite granulomatosa. Não se verificaram isolamentos microbiológicos ou identificação de células neoplásicas nos produtos obtidos. Os achados foram compatíveis com o diagnóstico de sarcoidose com envolvimento ganglionar e pulmonar.

Discussão: A conjugação da clínica com as alterações radiológicas, analíticas e anatomo-patológicas, foi sugestiva da associação dos diagnósticos de sarcoidose e asma alérgica. Este caso merece especial destaque, uma vez que estes doentes tendem a ser mais sintomáticos.

Palavras-chave: *Sarcoidose. Asma.*

153. QUANDO A ORIGEM É INCERTA

M.G. Maciel, A.R. Afonso, L. Gomes, D.T. Silva.

ULSTMAD.

Introdução: Carcinoma metastático de origem primária desconhecida representa 2% das neoplasias invasivas. O carcinoma epidermóide surge em ~ 5% destes e a neoplasia pulmonar deve configurar como diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Homem, 49 anos, ex-fumador (35UMAs), antecedentes de carcinoma das cordas vocais T1NOM0 em 2019, em vigilância após radiofrequência. Observado em consulta de Cirurgia por lesão cutânea para-esternal esquerda, dura, 6 × 6,5 cm, de crescimento progressivo, cuja biópsia evidenciou neoplasia epitelial maligna, sugestiva de diferenciação epidermóide. RMN torácica mostrou lesão sólida (44 × 43 × 32 mm) hipercaptante no segmento apical do lobo inferior direito (LID). Em consulta de Pneumologia, realizado o seguinte estudo: BTT a nódulo do LID, com necrose hemorrágica; BFO sem alterações endobrônquicas e citologia negativa para células malignas; PET-CT a sugerir lesão neoplásica maligna do LID (QSU-Vmax 7,9), envolvimento ganglionar hilar ipsilateral e mediastínico, pleural direito e cutâneo na região peitoral esquerda e nódulo renal direito (dúvida se metástase pulmonar ou primitivo renal). Discutido em reunião de grupo de tumores torácicos (RGTT), assumida neoplasia primária pulmonar e iniciado tratamento com carboplatino e paclitaxel. Após 2º ciclo, por cefaleias e hipoacusia, realizou RMN cerebral - 3 lesões ocupantes de espaço. TC TAP mostrou progressão a nível pulmonar. Em RGTT, proposta 2ª linha com nivolumab e RT holocraneana. Removida metástase cutânea pela Cirurgia Plástica, com evidência histológica de carcinoma epidermóide invasor, a aguardar estudo NGS. Após 5 ciclos de nivolumab referida lombalgia de novo, com TC TAP a mostrar progressão pulmonar e renal, pelo que, após nova RGTT, foi proposta biópsia renal e nova BFO. Biópsia renal evidenciou carcinoma urotelial invasor de alto grau e biópsias brônquicas carcinoma epidermóide invasor. Após nova RGTT decidida 3ª linha terapêutica e aguardar NGS de peça operatória cutânea. Ocorreu óbito por intercorrência infecciosa antes de progredir para 3ª linha.

Discussão: Este caso retrata o desafio diagnóstico e terapêutico de uma neoplasia metastazada à apresentação, salientando a importância da abordagem multidisciplinar e a necessidade de investigação contínua e desenvolvimento de estratégias mais céleres e eficazes.

Palavras-chave: *Carcinoma metastático de origem primária desconhecida. Carcinoma epidermóide.*

154. SÍNDROME DE LOFGREN - UMA APRESENTAÇÃO MENOS COMUM DE SARCOIDOSE

M.G. Maciel, A.R. Afonso, A. Vale

ULSTMAD.

Introdução: A sarcoidose é uma doença multissistémica granulomatosa, cuja apresentação pode ser heterogênea. A síndrome de Lofgren caracteriza-se pela tríade de adenopatias hilares, artralgias e eritema nodoso, podendo ser observada em menos de 10% dos casos de sarcoidose.

Caso clínico: Sexo masculino, 31 anos, ex-fumador (10 UMA), sem outros antecedentes. Observado em serviço de urgência por edema e pápulas dolorosas dos membros inferiores, artralgia bilateral do

punho, lombalgias e sensação de dispneia. Estudo analítico sumário em contexto de urgência e ECG sem alterações de relevo, sem insuficiência respiratória e radiografia torácica com alargamento bilateral da região hilar, tendo tido alta medicado com AINE e indicação para realização de TC torácica nos cuidados de saúde primários. Por ausência de melhoria sintomática, recorreu a consulta em hospital privado, com prescrição de corticoterapia intramuscular. Posteriormente referenciado a consulta de Pneumologia por alterações em TC torácica - conglomerados linfáticos em ambas as regiões hilares e praticamente todos os segmentos do mediastino, achados descritos como compatíveis com sarcoidose. Do estudo realizado em consulta destaca-se: VS de 17 mm/1.ª h, hipercalcemia de 10,5 mg/dL, ECA 126U/L, estudo auto-imune negativo, LBA com alveolite linfocítica com relação CD4/CD8 de 1,88, EBUS-TBNA com biópsias de estações 7 e 11L a evidenciar processo inflamatório crónico granulomatoso e PET-FDG com evidência de formações ganglionares bronco-hilares bilaterais com discreta captação, inespecíficas, não permitindo excluir sarcoidose com atividade inflamatória residual. Assim, assumido diagnóstico de sarcoidose, de apresentação aguda com síndrome de Lofgren. TC torácica após 6 meses com diminuição dimensional marcada dos gânglios mediastínicos e hilares bilaterais, sem dimensões patológicas. Atualmente o doente encontra-se em vigilância em consulta de Pneumologia, sem sintomatologia ou terapêutica dirigida.

Discussão: Este caso ilustra o processo diagnóstico de uma forma menos comum de apresentação de sarcoidose, destacando a importância de uma suspeita clínica precisa e estudo etiológico dirigido. Apesar de associada a melhor prognóstico do que outras formas de sarcoidose, a síndrome de Lofgren continua a requerer vigilância na fase inicial após remissão.

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

155. COLUNA E PULMÃO: A UMA CÉLULA NEOPLÁSICA DE DISTÂNCIA

H.S. Martins, C.L. Matos, D.S. Gomes, R. Maneiras

USF Alpha-ULS da Região de Aveiro.

Introdução: Aproximadamente 20% dos pacientes com carcinoma não pequenas células apresentam metastização óssea na apresentação.

Caso clínico: Sexo masculino, 46 anos, não fumador, autónomo. Recorreu à USF por dor na região dorsal esquerda com 7 meses de evolução, inicialmente suscitada pelo exercício físico, porém desde há 3 meses com dor posicional. Sem sintomas constitucionais. Realizou radiografia dorsolombar que revelou discopatia de L4-L5 e L5-S1. ECG, ecocardiograma e radiografia do tórax sem alterações. Ao exame objetivo localiza a dor na região dorsal esquerda junto ao bordo medial da omoplata, sem dor à palpação. Sem alterações à auscultação cardiopulmonar. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, nem medicação habitual. História de exposição a amianto durante 15 anos. Por manutenção de dor à palpação de características inespecíficas, apesar de analgesia adequada, solicitou-se TC torácica que revelou “nódulo no segmento basal medial do lobo médio, com 15 mm e irregularidade dos contornos; lesões líticas nos corpos vertebrais D2-D4.” Foi referenciado para consulta no IPO do Porto, onde efetuou biópsia aspirativa transtorácica do nódulo, cujo diagnóstico foi inconclusivo, e PET-TC que mostrou “hipercaptação em gânglios mediastino-hilares e a nível ósseo de D2-D4, em relação com envolvimento secundário”. Assim, realizou EBUS com biópsia aspirativa do gânglio na estação 7, confirmando o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão em estadio IVb. No estudo genético foi detetada a variante oncogénica E746_A750del, no gene EGFR. Inicialmente proposto para quimioterapia paliativa, porém após estudo genético iniciou terapêutica dirigida com osimertinib.

Discussão: A metastização óssea do carcinoma pulmonar é frequentemente sintomática. A patologia músculo-esquelética da coluna vertebral é um motivo frequente de consulta em Medicina Geral e

Familiar, estando, maioritariamente, relacionada com alterações degenerativas. Porém, quando refratária a analgesia adequada, deve haver elevada suspeição para um diagnóstico de base alternativo. Pretende-se assim alertar para a importância de equacionar diferentes hipóteses diagnósticas, quando surgem queixas comuns que não resolvem com terapêutica adequada.

Palavras-chave: *Adenocarcinoma pulmonar. Metastização óssea. Dorsalgia. Osimertinib.*

156. BRONQUIECTASIAS A PSEUDOMONAS STUTZERI: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

I. Torres, A.R. Barreira, C. Jardim, C. Figueiredo, S. Alfarroba

Hospital de Santa Marta.

Introdução: A *Pseudomonas aeruginosa* é dos microorganismos mais responsáveis por infeção respiratória e colonização nos doentes com bronquiectasias. Dentro do grupo não-aeruginosa, como são exemplo: *Pseudomonas fluorescens*, *putida* e *stutzeri*, apesar de menos prevalentes e mais raramente causadores de infeção, têm também sido isolados na expectoração destes doentes e assim, debatida a sua relevância clínica.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem, 71 anos, não fumador, com antecedentes de sinusite crónica e bronquiectasias por infeções de repetição. Iniciou quadro de agravamento da tosse habitual, produtiva, dor pleurítica esquerda, cansaço, anorexia e perda de peso, tendo realizado TC-torácica com consolidação de novo do lobo inferior direito e médio. Realizou broncofibroscopia com colheita de lavado broncoalveolar sem isolamento de agente. Iniciou amoxicilina-ácido clavulânico e clindamicina, que cumpriu durante 6 semanas, com melhoria sintomática ligeira. Por persistência de consolidação radiológica e tosse produtiva, realizou nova broncofibroscopia, com evidência de secreções purulentas, com isolamento cultural de *Pseudomonas stutzeri* e excluída neoplasia pulmonar. Iniciou ciprofloxacina que manteve durante 2 meses, realizou programa de reabilitação respiratória e apresentou melhoria clínica, radiológica e laboratorial evidente. No entanto, após 4 meses da suspensão da antibioterapia, apresentou agravamento clínico com tosse produtiva e perda ponderal, tendo sido novamente isolada *Pseudomonas stutzeri* no exame cultural da expectoração. Foi assim assumida colonização, iniciou colistina inalada diária e dispositivo de pressão positiva oscilatória expiratória. Consequentemente, com controlo das exacerbações, melhoria clínica, com redução de expectoração e ganho ponderal, laboratorial e radiológica, com redução da consolidação e resolução do infiltrado/sinais de infeção ativa peri-consolidação.

Discussão: Com este caso pretende-se ressaltar a relevância destes agentes etiológicos, menos frequentemente interpretados como causadores de doenças nos doentes imunocompetentes. Contudo não desprezáveis do ponto de vista infeccioso com necessidade de terapêutica dirigida e crónica para estabilização clínica e vigilância ativa de novas exacerbações e evolução radiológica.

Palavras-chave: *Bronquiectasias. Pseudomonas stutzeri. Antibioterapia inalada.*

157. HOMEM MICHELIN

I.L. Santos, R. Borrego, J. Leão, K. Lopes, C. Barata, S. André, F. Nogueira

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução: O pneumomediastino espontâneo é uma entidade pouco frequente na prática clínica, sendo a sua complicação mais frequente o enfisema subcutâneo. O seu diagnóstico pode ser desafiante devido à apresentação clínica inespecífica, no entanto, por norma, resolve sem necessidade de medidas específicas.

Caso clínico: Homem de 20 anos, com antecedentes pessoais conhecidos de rinosinusite crónica, tabagismo ativo de 10 cigarros/dia e consumo ocasional de canabinoides inalados. Apresentava quadro de início súbito de edema progressivo da face e cervical, após ter consumido álcool e ecstasy num festival. Por suspeita de reação anafilática foi encaminhado ao serviço de urgência. Negava traumatismo ou queda, mas referia amnésia parcial para o sucedido. Negava dispneia ou toracalgia. Ao exame objetivo apresentava marcado edema do olho e hemiface direitos e enfisema subcutâneo da região temporal e hemitórax direitos. Hemodinamicamente estável. Auscultação pulmonar sem alterações. Realizou TC cranioencefálico, órbitas, pescoço e tórax que mostrou bolhas gasosas nas regiões fronto-orbitárias, à direita com extensão pós-septal, embora em topografia extracónica; exuberante enfisema subcutâneo que atinge toda a região cervical anterior e lateral, dissecando as estruturas vasculares e musculares; exuberante enfisema subcutâneo ao nível do tórax e pneumomediastino, sem evidência de pneumotórax. Face à extensão do pneumomediastino e enfisema subcutâneo, foi internado em vigilância na Unidade de Ventilação Não Invasiva do serviço de Pneumologia. Durante o internamento cumpriu oxigenoterapia suplementar com o intuito de promover a absorção de ar, sem necessidade de outras medidas invasivas, apresentando evolução favorável. Teve alta após 5 dias com regressão praticamente completa do pneumomediastino e enfisema subcutâneo, encaminhado para consulta externa de Pneumologia.

Discussão: O relato deste caso clínico pretende alertar e consciencializar para esta entidade, que embora pouco frequente e geralmente de bom prognóstico, condiciona por vezes formas de apresentação inquietantes.

Palavras-chave: *Pneumomediastino espontâneo. Enfisema subcutâneo.*

158. NEM TUDO O QUE PARECE É - A PROPÓSITO DE UMA MASSA PULMONAR

I.L. Santos, K. Lopes, J. Leão, C. Barata, F. Nogueira

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução: O hematoma intrapulmonar é uma entidade rara cuja causa mais frequente é o trauma torácico, no entanto, há casos relatados de hematoma intrapulmonar espontâneo.

Caso clínico: Mulher de 75 anos, que se apresenta no serviço de urgência com quadro com 2 semanas de dispneia, tosse e dorsalgia direita com irradiação ao ombro. Negava febre ou perda ponderal. Negava trauma torácico. Antecedentes pessoais de tabagismo ativo de 4 cigarros/dia (CT 30UMA), doença cerebrovascular e cirurgia de excisão de queratoquisto odontogénico 2 semanas antes do início dos sintomas. Medicada habitualmente com clopidogrel, que suspendeu 2 semanas antes da referida cirurgia e que ainda não teria retomado. Ao exame objetivo apresentava diminuição do murmúrio vesicular na base direita. Realizou estudo analítico que mostrou queda de hemoglobina de 4 g/dL e raio-X de tórax que mostrou hipotransparência arredondada apical direita e hipotransparência na base direita. A TC-tórax mostrou uma volumosa massa na vertente supero-posterior do hemitórax direito com 10 × 5,8 cm, contornos regulares, relativamente homogénea e com contacto pleural, associada a moderado derrame pleural direito, suspeita de neoplasia. Foi encaminhada para consulta de Pneumologia e proposta para toracocentese e BATT guiada por TC. A BATT revelou uma amostra sugestiva de sangue com coágulos, a favor de derrame pleural e hematoma organizados. A anatomia patológica foi compatível com hiperplasia mesotelial reativa, negativo para malignidade. Realizou ainda PET-TC que mostrou massa pulmonar superior direita com inexpressivo sinal metabólico (SUV máximo de 3,30). O líquido pleural da toracocentese diagnóstica mostrou um exsudado, sem células compatíveis com metástase de carcinoma. Após discussão com Cirurgia Torácica e Imagiologia, optou-se por manter vigilância e con-

trola radiológica, tendo realizado TC-tórax após 3 e 5 meses que mostrou diminuição progressiva das dimensões da massa para 5,7 × 5,3 cm e 2,5 × 0,9 cm, com resolução do derrame pleural livre.

Discussão: A raridade do hematoma intrapulmonar espontâneo e a ausência de orientações terapêuticas tornam o seu diagnóstico e estratégia de abordagem desafiantes. Acreditamos que a descrição destes casos raros pode contribuir para a compreensão desta entidade e para a compreensão da melhor estratégia de abordagem.

Palavras-chave: *Massa pulmonar. Hematoma intrapulmonar. Hematoma intrapulmonar espontâneo.*

159. SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD, QUANDO PENSAR NELE?

I.M. Júlio, A. Almendra, C. Bárbara

ULS Santa Maria.

Introdução: A síndrome de Swyer-James-MacLeod (SSJM) é uma patologia rara, acredita-se que seja o resultado de bronquiolite obliterante infantil. Caracteriza-se por hipoplasia unilateral da vasculatura pulmonar e hiperdistensão alveolar, com ou sem bronquiectasias associadas. A maioria permanece assintomática e uma minoria apresenta infeções pulmonares recorrentes, sibilância, tosse produtiva e toracalgia pleurítica.

Caso clínico: Homem de 21 anos, jogador de futsal federado. Antecedentes de asma brônquica, rinite alérgica com atopia a ácaros (sob Budesonida/Formotetol 160/4,5 mg 2x/dia e Montelucaste 10 mg) e infeção por Adenovírus na infância. Foi referenciado à Consulta de Pneumologia em fevereiro de 2023 por infeções respiratórias de repetição associadas a exacerbação da asma, mantendo tosse com expectoração amarelada de difícil mobilização e limitação ao esforço intenso após resolução das mesmas. Negou outra sintomatologia como pieira, dispneia e incumprimento terapêutico, apresentando provas de função respiratória normais. Apurou-se história de infeções respiratórias de repetição desde a infância. À observação com MV simétrico, crepitações dispersas, mais evidentes no terço inferior esquerdo, e discretos sibilos. Neste contexto iniciou terapêutica mucolítica e realizou estudo analítico com serologias infecciosas, perfil completo de auto-imunidade e imunoglobulinas, sem alterações de relevo. Realizou radiografia de tórax com aparente hipertransparência do hemitórax esquerdo e, posteriormente, TC tórax para melhor esclarecimento, que demonstrou: “Bronquiectasias cilíndricas à esquerda, com impactações endoluminais e radiolucência do parênquima”, concluindo-se assim o diagnóstico de SJMS. Com a introdução de mucolíticos e fisioterapia respiratória adequada, o doente apresentou melhoria substancial da clínica inicial, sem novos episódios respiratórios de índole infecciosa.

Discussão: A SSJM representa um desafio diagnóstico, pois a sua apresentação é inespecífica e pode mimetizar ou sobrepor outras condições respiratórias, incluindo a asma. Este caso permite concluir acerca da importância de investigar esta entidade em doentes com infeções respiratórias recorrentes inexplicáveis, de forma a proceder à prevenção primária das mesmas, nomeadamente através de técnicas como percussão e drenagem postural.

Palavras-chave: *Síndrome de Swyer-James-MacLeod. Bronquiolite obliterante. Bronquiectasias. Asma.*

160. QUISTO MÜLLERIANO DO MEDIASTINO ANTERIOR: UM RELATO DE CASO

I.F. Pedro, M. Bragança, M.J. Santos, A. Nawojowska, M. Alvoeiro, F. Félix, C. Bárbara

ULS Santa Maria.

Introdução: Os quistos primários do mediastino representam 12-30% de todas as massas mediastínicas (MM), com os quistos congénitos

a representar 10-12% das MM. Os quistos müllerianos com origem mediastínica (QMM), descritos pela primeira vez em 2005 por Hattori, são relatados como raros na literatura, sendo ainda menos frequente a sua apresentação como MM anteriores.

Caso clínico: Mulher, 76 anos. Não fumadora. Lúpus eritematoso sistémico com 10 anos de evolução e adequado controlo; Status pós tromboembolismo pulmonar em 2017 sem fator de risco identificado. Seguida em consulta (CE) de Pneumologia do nosso centro desde 2016 por infiltrados pulmonares em vidro despolido (VD), estáveis desde então. No âmbito da vigilância imagiológica das lesões em VD, documentada, na TC de tórax de 2018, formação nodular com densidade hídrica em topografia à loca tímica com 15 mm de maior eixo que se manteve estável até fevereiro 2022, altura em que passou a apresentar dimensões de 33 × 37 × 35 mm. Realizada RM torácica em julho de 2022 que mostrou novo aumento dimensional (58 × 47 × 37 mm) da lesão no mediastino anterior, lateralizada à esquerda e com contacto pericárdico; com hipersinal em T2 e hipossinal em T1, não captante e sem restrição à difusão, suspeita de se tratar de uma lesão quística do mediastino versus divertículo pericárdico. Estudo funcional respiratório e ecocardiograma transtorácico sem alterações. Encaminhada para avaliação em CE de Cirurgia Torácica, tendo sido submetida a excisão da lesão mediastínica por VATS em julho de 2023. A anatomia patológica mostrou peça de tumorectomia com 32.7g e 95 × 25 × 23 mm, superfície interna lisa e ocupada por líquido seroso, compatível com quisto mülleriano. À data, mantém-se assintomática e sem recidiva da lesão.

Discussão: Os QMM são lesões benignas raras que ocorrem maioritariamente em mulheres pós-menopáusicas e, após a excisão cirúrgica, não está descrita recidiva das mesmas, dados concordantes com o caso apresentado. A sua localização mais frequente é no mediastino posterior, mas o caso alerta para o facto de que esta entidade deve ser considerada também no diagnóstico diferencial das massas do mediastino anterior. Pela sua infrequência, são particularmente importantes mais relatos de casos com vista a obter mais informação sobre esta condição e a sua história natural.

Palavras-chave: *Quisto mülleriano. Mediastino. VATS.*

161. HIDROPNEUMOTÓRAX E O SÍNDROME DE BOERHAAVE

I. Estalagem, C. Araújo, J. Silva, M. Ferreira Almeida, A. Vieira, C. Rodrigues, M. Lopes

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A ruptura esofágica ou síndrome de Boerhaave condiciona mediastinite química, que rapidamente evolui para infeção bacteriana. Os autores trazem este caso pela necessidade de uma história cuidada e rápida atuação nestes doentes.

Caso clínico: Homem, 77 anos, com diabetes mellitus tipo 2 e disglucémia em estudo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por hiperglicémia. Apresentava cetonemia e hiperglicémia. Havia recorrido 4 dias antes por vômito, dor tipo moimha na região epigástrica, pirose, e dor salga infracostal, desde toma de um comprimido. Apresentava diminuição do murmúrio vesicular na base direita e acidémia metabólica. Leucócitos 10.700 com PCR 24 mg/dl e radiografia de tórax com hipotransparência volumosa subpleural apical e a nível médio à direita e cavidade com nível no seio cardio-frênico direito. Assumiu-se abscesso loculado e iniciou antibioterapia empírica. No início verificou-se cetoacidose diabética de difícil controlo e realizou TC torácica para esclarecimento - derrame pleural loculado de grande volume à direita com hidropneumotórax e bolhas de ar, condicionando atelectasia do pulmão direito e alteração da parede do esófago adjacente à junção esófago-gástrica, a favor de ruptura, pelo que foi admitido em Unidade de Cuidados Intensivos. Colocado dreno torácico com saída de conteúdo sero-purulento e hiperamilasémia. Colocou prótese esofágica ao 4º dia após admissão e no 5º dia submetido a desbridamento pleural por toracoscopia videoassistida

tida. Permaneceu 40 dias nos cuidados intensivos, com drenagem purulenta. Ficou sob lavagem pleural contínua, com efeito no controlo sistémico da infeção. Verificou-se loca pleural persistente, colonizada por *Candida* sp., pelo que cumpriu múltiplos ciclos de antibioterapia de largo espetro, incluindo cobertura para fungos. 52 dias após a primeira intervenção, submetido a novo desbridamento pleural. Contudo, apesar da re-intervenção, o doente apresentava mau estado nutricional e miopatia dos cuidados intensivos, com evolução desfavorável, tendo vindo a falecer.

Discussão: O síndrome de Boerhaave é habitualmente um diagnóstico incidental. Devemos suspeitar dele em doentes com toracalgia ou cervicalgia intensas ou dor no quadrante abdominal superior após um episódio de vômito, para que a nossa intervenção possa ser o mais precoce possível.

Palavras-chave: *Hidropneumotórax. Boerhaave. Desbridamento pleural.*

162. NEOPLASIA NO PULMÃO - PRIMÁRIO OU SECUNDÁRIO?

I.M. Macedo, M. Marçal, V. Silva, J.D. Cardoso, F. Freitas, P. Monteiro

Serviço de Pneumologia, ULS Santa Maria.

Introdução: Vários tumores extrapulmonares podem metastizar para os brônquios. Os sintomas e achados imagiológicos são semelhantes àqueles das neoplasias primárias do pulmão. O sarcoma sinovial é um tumor raro e pouco frequentemente envolve o tórax. A metastização endobrônquica é ainda mais rara.

Caso clínico: Homem, 56 anos, com antecedentes pessoais de hepatite C, hábitos etanólicos e toxifílicos mantidos. Diagnosticado em 2022 com sarcoma sinovial monofásico cervical, sem metastização à distância, tendo sido submetido a cervicotomia lateral direita e radioterapia adjuvante por R1. Abandonou seguimento. Internado em 2023 por pneumonia hipoxemiante com hemoptises, altura em que foram detetados em tomografia computacional torácica múltiplos nódulos pulmonares dispersos bilateralmente, assim como massas pleurais e adenopatias mediastínicas e hilares. A broncofibroscopia revelou uma lesão pediculada endobrônquica ao nível do segmento lateral do lobo inferior esquerdo, cuja biópsia confirmou tratar-se de metástase de sarcoma sinovial. Foi determinada indicação para tratamento sistémico, mas o doente veio a falecer ainda durante o internamento.

Discussão: A discriminação histopatológica dos tumores endobrônquicos face às neoplasias primárias do pulmão deve ser realizada. A metastização torácica, e particularmente a endobrônquica, do sarcoma sinovial, é rara.

Palavras-chave: *Sarcoma sinovial. Tumor endobrônquico. Metastização. Broncofibroscopia.*

163. O PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO SECUNDÁRIO NO ADULTO JOVEM

J.T. Felgueiras, C. Ramalho, M. Coelho, P. Malhadas, A. Cardoso

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho.

Introdução: O pneumotórax espontâneo secundário consiste na interposição de ar entre os 2 folhetos da pleura em doentes com patologia pulmonar subjacente, podendo originar quadros graves de falência respiratória. Assim, este deve ser sempre equacionado perante um quadro de dor torácica ou abdominal, particularmente se súbita e intensa, mesmo em doentes jovens.

Caso clínico: Um homem de 36 anos, sem antecedentes pessoais de doença conhecidos, recorreu ao serviço de urgência com dor epigástrica súbita com 1 hora de evolução e intensidade de 8/10. Foram negados quaisquer outros sintomas. Referiu hábitos tabágicos

com 40 unidades maço/ano e consumos regulares de haxixe. Ao exame objetivo, apresentava-se emagrecido, agitado e ansioso, polipneico e taicárdico (116 batimentos por minuto) apirético, normotenso e com saturações periféricas de oxigénio dentro da normalidade. À auscultação pulmonar foi notória uma diminuição do murmúrio vesicular de forma global à direita e não se encontraram alterações na auscultação cardíaca. Foi feita uma gasimetria arterial assim como análises sérias que se encontravam dentro da normalidade, incluindo as enzimas miocárdicas. Foi realizada uma radiografia do tórax que revelou um pneumotórax de grande volume à direita que foi depois abordado, através da colocação de dreno torácico. A TC do tórax realizado posteriormente revelou ainda “extensas alterações enfisematosas, particularmente em topografia apical direita, com enfisema de padrão fundamentalmente parasseptal... algumas bolhas de enfisema parasseptal contralateral”. Foi realizada uma resseção cirúrgica do lobo superior direito e pleurodese química por videotoracoscopia, tendo tido alta ao 5º dia, encaminhado para consulta de cirurgia torácica e para um programa de reabilitação respiratória. Cerca de 1 mês depois estava assintomático e com uma significativa reexpansão pulmonar.

Discussão: O pneumotórax espontâneo deve ser sempre equacionado perante uma toracalgia/abdominalgia súbita e intensa, particularmente perante um doente com patologia pulmonar estrutural já conhecida. Ainda que a DPOC seja a causa mais comum, juntamente com a asma e a fibrose quística, o tabagismo enquanto factor de risco não deve nunca ser esquecido, mesmo em adultos jovens sem patologia pulmonar conhecida até à data.

Palavras-chave: *Pneumotórax espontâneo. Tabagismo adulto.*

164. UMA MASSA TORÁCICA - UM SUSPEITO INCOMUM

J.T. Felgueiras, J.N. Mascarenhas, J. Diogo, A. Ribeiro, M. Barbosa, R. Câmara, K. Lopes, H. Garcez, C. Alves, M.J. Simões

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho.

Introdução: A abordagem dos tumores torácicos é um desafio importante dadas as múltiplas etiologias possíveis e a sua prevalência crescente. Este caso ilustra a dificuldade de abordagem destes casos e a multiplicidade de diagnósticos diferenciais.

Caso clínico: Mulher de 53 anos, sem antecedentes relevantes, recorreu ao SU com uma toracalgia pleurítica e cansaço com uma semana de evolução. O exame físico revelou apenas uma diminuição do murmúrio vesicular à direita e um estrabismo convergente do olho esquerdo associado a ptose palpebral. Inicialmente destaca-se apenas uma elevação isolada da PCR e uma insuficiência respiratória hipoxémica. Tinha uma opacidade em toalha heterogénea nos 2 terços inferiores à esquerda na radiografia do tórax e a TC-tórax de urgência revelou um volumoso DP direito associado a uma densificação irregular do parênquima pulmonar no LSD a traduzir uma possível massa. Além disso tinha evidência de nodularidades parenquimatosas a nível do pulmão contralateral e a nível abdominal correspondendo prováveis de depósitos secundários e um marcado envolvimento adenopático mediastínico paratraqueal direito e subcarinal. Foi internada, realizou drenagem e análise do líquido pleural que se revelou um exsudado hemático inespecífico com estudo microbiológico negativo. A BFO documentou sinais de compressão extrínseca dos segmentos da pirâmide basal direita, tendo o LBA dirigido, EBA e estudo MB das secreções brônquicas sido inconclusivos. Foi realizada punção aspirativa da massa tumoral através de EBUS ficando o resultado pendente. Entretanto, tinha uma recente TC-CE que não revelou alterações e foi pedida uma angio-RMN CE que identificou um pequeno nódulo no quadrante inferior e interno da órbita esquerda. A PET-TC realizada a qual que possível mostrou múltiplos focos hipermetabólicos a nível para-hilar no LSD, campo pulmonar esquerdo, costelas bilateralmente, no glúteo esquerdo e numa volumosa massa no rim esquerdo. A biópsias desta massa foi inconclusiva. Alguns dias depois obteve-se o resultado imunohisto-

químico do material colhido através de EBUS que restabeleceu o diagnóstico de carcinoma renal.

Discussão: Embora o tumor primário do pulmão seja dos tumores mais prevalentes no mundo, perante uma massa torácica não devemos descurar a possibilidade de se tratar de um tumor secundário, ainda que menos frequente, como o tumor renal.

Palavras-chave: EBUS. Massa torácica. Neoplasia.

165. POR DETRÁS DE UMA HIPERTENSÃO GRAVE: UMA APNEIA GRAVE

R.M. Gouveia, J.C. Guimarães

USF Marquês-ULS RL.

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte em todo o mundo. A hipertensão arterial (HTA) assume um papel primordial na gênese e progressão das DCV. O controlo da tensão arterial é fulcral para reduzir a morbidade e mortalidade associadas. Com a DCV podem coexistir outras doenças: é o caso da síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). Para além da SAOS ser globalmente subdiagnosticada e subtratada, a evidência existente tem demonstrado não só uma forte implicação da SAOS no desenvolvimento da HTA, como também o benefício do uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) sobre o controlo da tensão arterial diurna.

Caso clínico: Este caso relata uma paciente de 67 anos, com antecedentes pessoais de excesso de peso, HTA, dislipidemia, hipotiroidismo e depressão que procurou ajuda médica referindo valores de tensão arterial elevados, predominantemente, durante o período da manhã. Foi observada em consulta, tendo-lhe sido feita otimização terapêutica. No entanto, apesar de garantida a adesão terapêutica, os valores de tensão arterial matinais mantiveram-se mal controlados. Numa consulta posterior, e após exclusão de outros eventuais fatores causais para esta HTA matinal, foi avaliado o risco de SAOS através do questionário STOP-Bang e aplicada a Escala de Sonolência de Epworth, revelando um risco intermédio de SAOS (3 pontos) e aparente ausência de sonolência diurna (4 pontos), respetivamente. Embora a doente não apresente um risco elevado para SAOS, a HTA refratária sem outro fator desencadeante aparente, motivou a referenciação a consulta hospitalar de Pneumologia. A paciente realizou um estudo poligráfico do sono noturno e foi estabelecido o diagnóstico de SAOS grave. Foi prescrito tratamento com CPAP e o perfil tensional da doente normalizou sem necessidade de intervenção terapêutica adicional.

Discussão: O papel do médico de família na abordagem holística dos pacientes é essencial para uma orientação clínica mais assertiva. Apesar deste caso parecer, numa primeira instância, apenas um caso de mau controlo de tensão arterial, este veio a revelar-se um exemplo da importância do diagnóstico diferencial e da íntima relação da SAOS com a DCV. É também relevante evidenciar que a SAOS pode coexistir com a ausência de sonolência diurna.

Palavras-chave: Apneia obstrutiva do sono. Hipertensão arterial. Pressão positiva contínua nas vias aéreas.

166. RESSEÇÃO ENDOSCÓPICA DE HAMARTOMA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Lourenço, L. Rodrigues, P. Matos, M. De Santis, A. Estevão, L. Barradas

Hospital Pedro Hispano, ULSM.

Introdução: Hamartomas pulmonares representam tumores benignos de crescimento lento, constituídos por uma mistura anormal de tecidos mesenquimatosos (gordura, cartilagem, osso e músculo li-

so). Apesar de serem achados incidentais comuns no adulto de meia-idade, estima-se que as formas endobrônquicas totalizem apenas 5% dos casos. Estes podem mais facilmente condicionar sintomas, como tosse persistente e hemoptises, estando associados a risco de obstrução de via aérea.

Caso clínico: Homem de 59 anos, ex-fumador (50 UMA). Clínica de dispneia e pieira de agravamento progressivo há vários anos, filiada em contexto de asma, sem melhoria com inaloterapia. Sem história de engasgamento. Realizou TC-tórax que evidenciou lesão tecidual extensamente calcificada ao nível da bifurcação do brônquio principal esquerdo (BPE) com 17 × 9,5 mm, parcialmente obstrutiva do lúmen, verificando-se encarceramento aéreo esquerdo em fase expiratória. Espirometria com alteração ventilatória obstrutiva não reversível. Na BFO visualizada volumosa lesão dura, polilobulada e vascularizada na parede supero-lateral do BPE, condicionando obliteração luminal > 90%. Conseguiu-se repermeabilização endobrônquica total com recurso a ansa diatérmica e criosonda de 1,7 mm, ficando apenas remanescente da lesão implantada a nível de b6 esquerdo. Controlo hemostático adicional efetuado com coagulação com árgon plasma (APC) tangencial e balão de Arndt, colocado profilaticamente a montante da lesão. As criobiópsias da lesão foram compatíveis com hamartoma condroide. TC-tórax de reavaliação com identificação de lesão endobrônquica residual de 7 × 5 mm ao nível do segmento b6 esquerdo. Repetiu BFO aos 2 meses, para remoção de lesão polipoide residual com ansa com eletrocoagulação, criosonda e APC. Em discussão multidisciplinar optou-se por manter vigilância imagiológica e endoscópica. BFO aos 3 meses sem recrudescimento de hamartoma.

Discussão: Os hamartomas endobrônquicos são entidades incomuns, que fazem diagnóstico diferencial com tumores malignos e aspiração de corpo estranho. Apesar da sua abordagem poder ser desafiante, em alguns casos a resseção endoscópica configura-se como tratamento definitivo. São escassas as diretrizes na literatura acerca da periodicidade da vigilância endoscópica nestes casos.

Palavras-chave: Hamartoma. Tratamento endoscópico.

167. COMPLICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA: QUANDO O INESPERADO ACONTECE

J.M. Simões, P. Trindade, R. Silva, S.M. Pinto, D. Organista, M. Guia, A.L. Machado, R. Macedo, A.C. Mendes, P. Pinto, C. Bárbara

ULS Santa Maria.

Introdução: A hipoxemia aguda no pós-operatório imediato apresenta uma elevada incidência com uma evolução habitualmente benigna. Os principais fatores de risco são: idade avançada, obesidade, síndrome da apneia obstrutiva do sono, tabagismo, doença cardiovascular e pulmonar, ASA IV, cirurgias cardíacas, torácicas e do abdómen superior.

Caso clínico: Homem de 28 anos, não fumador, com hipertensão arterial, obesidade e rinosinusite crónica. Sem medicação habitual. Submetido eletivamente a septoplastia com turbinoplastia inferior bilateral. Na pós-extubação imediata inicia quadro de agitação e dispneia. Apresentava-se hemodinamicamente estável, cianótico, polipneico, com SpO₂ 84% e crepitações pulmonares bilaterais. Foi iniciada oxigenoterapia, broncodilatação, corticoterapia e furosemida endovenosas. Gasometria arterial: insuficiência respiratória parcial aguda (PaO₂ 60 mmHg). Angio-TC tórax: extensos infiltrados bilaterais, difusos e simétricos, de predomínio central, sem tromboembolismo pulmonar. Após estabilização o doente foi admitido no internamento de Pneumologia. Analiticamente sem parâmetros inflamatórios, troponina e NT-proBNP normais, autoimunidade e serologias virais negativas. Ecocardiograma transtorácico sem alterações. Durante o internamento apresentou evolução clínica favorável, com necessidade de oxigenoterapia

durante 5 dias. Dado o quadro e evolução clínica foi assumido edema pulmonar de pressão negativa pós-extubação. Um mês após alta hospitalar foi repetida TC tórax com resolução completa dos infiltrados pulmonares.

Discussão: O edema pulmonar de pressão negativa é uma complicação rara e potencialmente fatal da intubação orotraqueal, com uma incidência estimada de 0,1%. O laringospasmo pós-extubação é a principal causa. Desenvolve-se após o esforço inspiratório contra a via aérea superior obstruída, que gera pressão intratorácica negativa, aumento da pressão hidrostática capilar, com consequente edema pulmonar e hipoxemia. Na maioria dos casos apresenta um curso benigno, podendo evoluir desfavoravelmente com necessidade de re-intubação orotraqueal e suporte ventilatório prolongado. Este caso pretende enaltecer a importância da identificação de fatores de risco perioperatórios e da vigilância pós-operatória de modo a identificar todas as formas de hipoxemia aguda e agir em concordância.

Palavras-chave: *Edema pulmonar. Entubação orotraqueal.*

168. HEMATOMA PULMONAR ESPONTÂNEO: UMA APRESENTAÇÃO FULMINANTE

J. Duarte, B. Cerca, F. Neri, C. Custódio, T. Martin, R. Rosa, C. Simão, I. Peres Claro, F. Todo Bom

Hospital Beatriz Ângelo-Hospital de Loures EPE.

Introdução: Os hematomas pulmonares espontâneos são achados raros, de natureza atraumática, surgindo por hemorragia para os espaços alveolar e intersticial, geralmente associados a doença pulmonar pré-existente e terapêutica anticoagulante. A maioria tem origem em circulação de baixa pressão, e apresenta evolução favorável sob terapêutica conservadora, apesar da tendência à reabsorção lenta. Contudo, a mortalidade pode atingir 30%.

Caso clínico: Homem de 61 anos, autônomo, ex-fumador (50 UMA), com antecedentes de bronquiectasias secundárias a tuberculose pulmonar, infecção crônica a *Pseudomonas Aeruginosa*, insuficiência respiratória global crônica e probabilidade ecográfica elevada de hipertensão pulmonar. Sem anticoagulação habitual. Admitido no Serviço de Urgência por agravamento de tosse, cansaço e dispneia, com aumento da quantidade e purulência da expectoração, sem hemoptise. Após estudo complementar, assumida exacerbação infecciosa de bronquiectasias e agudização de insuficiência respiratória crônica. Apesar de evolução inicial favorável sob antibioterapia dirigida a isolamentos prévios, início ao 3º dia de internamento de quadro de hemoptise em moderada quantidade, toracalgia direita opressiva e aumento da dispneia, com agravamento de hipoxemia e instabilidade hemodinâmica refratárias a terapêutica instituída. À avaliação por TC urgente documentou-se de novo massa de densidade de partes moles no lobo superior direito com 10 cm de maior eixo, exibindo hemorragia arterializada intralesional, enquadrável em hematoma pulmonar. O doente foi transferido para Unidade de Cuidados Intensivos, e foi entubado com exclusão pulmonar direita. O caso foi discutido multidisciplinarmente com Cirurgia Torácica e Radiologia de Intervenção, não sendo o doente considerado candidato a intervenção. Abordado endoscopicamente, não sendo passível de intervenção. Observou-se rápida evolução desfavorável apesar de medidas terapêuticas e o doente faleceu ao 6º dia de internamento.

Discussão: O hematoma pulmonar espontâneo pode desenvolver-se por mecanismos fisiopatológicos similares aos de infecções pulmonares e perturbações da coagulação, especialmente em casos de doença pulmonar subjacente. A circulação arterial e a pressão vascular elevada podem resultar em manifestações clínicas e radiológicas severas, como ilustrado neste caso.

Palavras-chave: *Hemoptise. Hematoma pulmonar. Bronquiectasias.*

169. PNEUMONITE INTERSTICIAL POR FÁRMACOS, UMA ENTIDADE NÃO TÃO RARA?

J.V. Naia, A.R. Pedroso, C. Carvalho, J.F. Cruz, R. Rolo

Hospital de Braga.

Introdução: Os pulmões são órgãos vulneráveis a atingimento por múltiplos fármacos. Tipicamente, as pneumonites secundárias a fármacos apresentam-se de forma aguda ou subaguda. Os sintomas mais comuns são dispneia para esforços e tosse seca.

Caso clínico: Apresenta-se um homem de 69 anos com dislipidemia. Medicado com sinvastatina há cerca de 8 anos. Não fumador. Recorreu ao serviço de Urgência por tosse seca e dispneia para esforços com agravamento progressivo com 4 meses de evolução, tendo sido referenciado para a consulta de Pneumologia para investigação etiológica. Ao exame objetivo sem alterações de relevo. O estudo analítico realizado era normal (nomeadamente estudo auto-imune, imunoglobulinas e eletroforese de proteínas séricas), bem como a radiografia torácica, eletrocardiograma, ecocardiograma transtorácico, espirometria, pletismografia e prova de marcha de 6 minutos. A tomografia computadorizada (TC) de tórax apresentava padrão reticular subpleural bilateral, com bronquiectasias difusas. Optou-se pela suspensão da estatina e solicitou-se broncofibroscopia com análise do lavado broncoalveolar: 106 células, linfócitos 12%, neutrófilos 1%, eosinófilos 3% e macrófagos 84%), sem isolamentos microbiológicos e citologia negativa para células malignas. Verificou-se melhoria sintomática mantida após a suspensão da sinvastatina. Na TC de tórax de reavaliação (1 ano após suspensão de sinvastatina) verificou-se reticulação difusa subpleural bilateral, indiciando fibrose (achados similares a TC prévio).

Discussão: As estatinas são fármacos descritos como possíveis causadores de doença pulmonar intersticial. O diagnóstico baseia-se na relação temporal entre o início do fármaco e a sintomatologia (pode variar de meses a anos), nos achados radiológicos e na exclusão de outras doenças. Apresenta-se este caso, uma vez que se trata de uma causa medicamentosa pouco frequente de doença intersticial, com o objetivo de alertar para este diagnóstico em doentes a realizar esta terapêutica, salientando a importância da história clínica detalhada na sua identificação.

Palavras-chave: *Iatrogenia. Pneumonite. Interstício. Fármacos.*

170. ITRACONAZOLE EM MONOTERAPIA NO TRATAMENTO DA ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA

J. Couto, D. Canhoto

Unidade Local de Saúde de Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra.

Introdução: A prevalência de aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) em doentes com asma ronda os 2%, exigindo elevada suspeição, uma vez que existe sobreposição significativa entre a sintomatologia das duas doenças, particularmente em exacerbação aguda. Os corticóides sistémicos são a 1ª linha terapêutica para a ABPA, mas os efeitos secundários metabólicos e imunológicos são importantes fatores de morbidade. O uso concomitante de corticoides e azóis na ABPA recorrente visa uma redução dos efeitos secundários associados à terapêutica.

Caso clínico: Homem, 72 anos, com antecedentes pessoais de parkinsonismo e cifoescoliose grave, seguido em consulta de Asma Grave, por asma alérgica não controlada em STEP 4, apresentava múltiplas exacerbações com necessidade de ciclos curtos de corticoterapia. Por ausência de controlo com otimização terapêutica e evidência de exacerbações recorrentes, realizou estudo analítico que demonstrou IgE de 556 U/mL (LSN 500 U/mL); IgE para *Aspergillus fumigatus* de 0,61 kU/L (LSN 0,35 kU/L) e eosinofilia periférica 1.370 cel/uL (LSN 500 cel/uL). A avaliação imagiológica por TC do tórax de alta resolução mostrou a presença de bronquiectasias de predomínio apical,

com múltiplas áreas em vidro despolido e pequenas consolidações dispersas a nível ápico-caudal, assumindo-se o diagnóstico de ABPA. Devido à fragilidade clínica, suscetibilidade a intercorrências infecciosas e dificuldade na adesão terapêutica deste doente, optou-se pelo início de terapêutica off-label com itraconazole em monoterapia, no esquema de 200 mg, 3 vezes ao dia durante 3 dias e posteriormente 200 mg, 2 vezes ao dia durante 16 semanas, com controlo analítico de enzimologia de citólise e função hepática aos 14, 30, 60, 90 e 120 dias após início de terapêutica. Verificou-se controlo sintomático de forma progressiva, sem intercorrências e sem novas exacerbações, encontrando-se assintomático após término do esquema terapêutico, com tradução imediata nos questionários de controlo sintomático da asma (CARAT 29 e ACT 22).

Discussão: Este caso reflete uma adaptação do tratamento da ABPA ao caso de um doente com estado geral debilitado, tendo sido obtido sucesso terapêutico mantido com itraconazol em monoterapia, no lugar da corticoterapia sistémica habitualmente empregue em 1ª linha.

Palavras-chave: *Hipersensibilidade respiratória. Asma. Aspergilose broncopulmonar alérgica.*

171. OBSTRUÇÃO FIXA DA VIA AÉREA SUPERIOR VERSUS ASMA NÃO CONTROLADA

J.M. Freitas, A.P. Monteiro, M.M. Emiliano, A. Miguel

Hospital de Santa Marta.

Introdução: O diagnóstico diferencial de Asma por vezes pode ser clinicamente desafiante. A exposição deste caso clínico pretende reforçar a importância da realização duma boa anamnese e exame objetivo, que se mantêm pilares essenciais para uma melhor orientação diagnóstica e terapêutica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 38 anos de idade, diagnóstico prévio de asma brônquica na infância e acidente de moto aos 16 anos de idade, com consequente traumatismo crânio-encefálico e de múltiplas vértebras cervicais, que condicionaram necessidade de ventilação mecânica invasiva durante um longo período. Encontrava-se medicado habitualmente com salmeterol 50 µg de 12/12 horas. Encaminhado para a consulta de Asma por queixas de pieira. À observação, queixava-se de dispneia de esforços, mMRC1, e disfonía. Apresentava estridor inspiratório, sem alterações à auscultação pulmonar. Inicialmente, assumida Asma não controlada por provável insuficiência terapêutica. Assim, atualizou-se a terapêutica de acordo com as orientações da GINA à data, ficou medicado com furoato de fluticasona 92 µg +vilanterol 22 µg, 1 inalação por dia, e pediram-se provas de função respiratória. Na consulta subsequente, mantinha as queixas e objetivou-se, nas provas de função respiratória, uma curva débito-volume compatível com obstrução fixa da via aérea superior e FEV1/FVC de 39,86, pelo que realizou TC-torácica, que revelou a presença de um segmento estenótico do terço médio da traqueia, com 23 mm de extensão e 13 mm de maior diâmetro. Efetuou broncofibroscopia, que confirmou o diagnóstico. Neste sentido, procedeu-se à remoção cirúrgica desse segmento estenótico. Após a intervenção, o doente encontrava-se melhorado sintomaticamente, já sem dispneia de esforço ou disfonía, sem estridor à observação e com melhoria significativa da obstrução nas provas de função respiratória, com FEV1/FVC 76,74, e normalização da curva débito-volume.

Discussão: Num doente com hipótese diagnóstica de Asma mal controlada, com sintomas que persistem após atualização terapêutica, a realização duma anamnese e exame objetivo minuciosos podem-nos fornecer pistas valiosas para a progressão da nossa marcha diagnóstica, permitindo-nos colocar outras hipóteses e reforçando assim a sua importância na orientação tanto diagnóstica como terapêutica.

Palavras-chave: *Obstrução. Traqueia. Asma. Diagnóstico diferencial.*

172. OS DESAFIOS DE UM AGENTE ATÍPICO

L. Mendes, J. Ferreira, S. Tereso, C. Martins

ULS Santa Maria.

Introdução: Apesar do *Mycoplasma pneumoniae* ser um dos agentes mais comuns de infeção respiratória alta adquirida na comunidade, quando se fala em pneumonia, e, principalmente, no adulto, este agente revela-se ser menos frequente. Não só as manifestações fora do trato respiratório são raras e ligeiras, como a própria pneumonia raramente se manifesta com dispneia, hipoxemia ou hipotensão.

Caso clínico: Homem, 48 anos, caucasiano, tabagismo de 15 UMA. Recorre ao serviço de urgência por tosse com expectoração esverdeada, dispneia e dor torácica pleurítica com 3 dias de evolução, acompanhados de dor abdominal do tipo cólica e diarreia. À admissão apresentava-se hipotenso, dispneico e febril, com insuficiência respiratória hipoxémica, a necessitar de oxigenioterapia. Analiticamente com PCR 11,7 mg/dl, PCT 52,4 ng/ml e ligeira elevação das transaminases. ECG em ritmo sinusal, com infra PR e supra ST de V4 a V6 e DII de concavidade superior. Raio X tórax com várias consolidações irregulares nos nos 2/3 inferiores do hemitórax direito, confirmando diagnóstico de sépsis com ponto de partida em pneumonia adquirida na comunidade. Iniciou antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico 2,2 g e azitromicina 500 mg, que manteve após isolamento de *Mycoplasma pneumoniae* em serologia. Enquadrado envolvimento gastrointestinal a este agente etiológico, bem como alterações eletrocardiográficas sugestivas de pericardite, diagnóstico este excluído por ausência de dor mantida ou derrame pericárdico. Por ausência de melhoria clínica, realizada TC tórax evidenciando diversos focos de consolidação com broncograma aéreo envolvendo de forma difusa no pulmão direito. Inicia doxiciclina 100 mg com evolução clínica e analítica favorável.

Discussão: Com este caso clínico pretende-se dar destaque a uma clínica atípica e grave de pneumonia a este agente, mas com achados radiológicos e analíticos muito comuns, conferindo pistas para o seu diagnóstico. Importa ainda destacar a importância de estarmos alerta para as manifestações extrapulmonares que embora raras podem estar presentes. E, por último, referir que nem sempre a primeira linha de tratamento é eficaz evidenciando que existem casos de resistência a macrólidos.

Palavras-chave: *Pneumonia. Mycoplasma pneumoniae. Tosse. Pericardite.*

173. UM DERRAME PLEURAL. E AGORA?

L. Mendes, J. Ferreira, C. Martins, S. Tereso

ULS Santa Maria.

Introdução: A etiologia do derrame pleural engloba múltiplas doenças pulmonares ou sistémicas, tornando o diagnóstico diferencial um grande desafio. Uma boa colheita de história clínica revela-se fundamental no correto diagnóstico, evitando que causas potencialmente graves sejam menosprezadas.

Caso clínico: Mulher, 29 anos, natural do Brasil, previamente saudável. Recorre ao serviço de urgência por dor pleurítica à direita, com duas semanas de evolução, após traumatismo torácico. Referida também tosse não produtiva, sudorese noturna e calafrios. Analiticamente PCR de 5,72 mg/dl e VS de 120 mg/dl. Sem insuficiência respiratória. TC Tórax a evidenciar derrame pleural moderado à direita, organizado, espessamento e realce dos folhetos pleurais, adenomegalias mediastínicas e micronódulos dispersos no pulmão direito. Realizada toracocentese ecoguiada sem drenagem de líquido pleural. Serologia IgM positiva para *Legionella pneumophila*, iniciando antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico 2,2g e azitromicina 500 mg. Do estudo etiológico, IGRA positivo.

Realizada biópsia pleural guiada por TC, com objetivo de estudo etiológico do derrame pleural, com aspiração de líquido pleural hemático, com características de exsudado, com ADA e LDH aumentados, proteínas totais > 3,0 g/dl e glucose diminuída. Histopatologicamente com linfócitos e granulomas necrotizantes. Exames culturais de biópsia pleural negativos. Assim, diagnóstico presuntivo de pneumonia a *Legionella pneumophila* e hemotórax traumático a condicionar rotura complexo de Ghon desencadeando uma tuberculose pleural. Inicia terapêutica antibacilar e reabilitação respiratória com melhoria clínica e radiológica.

Discussão: A tosse e a dor pleurítica são sintomas comuns da tuberculose pleural. Estes, associados a um derrame pleural característico, permitem-nos fazer um diagnóstico presuntivo. O diagnóstico definitivo implica crescimento cultural do *M. tuberculosis*. No entanto, a presença de granulomas necrotizantes é virtualmente diagnóstica. Este caso clínico evidencia as dificuldades da marcha diagnóstica de um derrame pleural, mostrando que um aparente derrame metapneumônico pode, na verdade, tratar-se de algo mais complexo.

Palavras-chave: Derrame pleural. Biópsia pleural. Tuberculose pleural. Complexo de Ghon.

174. NEM TUDO O QUE PARECE É - UM CASO RARO DE CAVITAÇÕES PULMONARES

L.F. Santos Silva, A.L. Trigueira, J.M. Macedo, V. Santos, J.M. Ferreira

Serviço de Pneumologia, ULS Entre Douro e Vouga.

Introdução: A *Prevotella* é uma bactéria anaeróbia que faz parte do microbioma oral, respiratório e genitourinário. Apesar de estar associada, principalmente, a infecções da cavidade oral, pode provocar infecções pleuroparenquimatosas por microaspiração ou por via hematogénica. Na literatura, existem poucos casos descritos de infecção por este agente. Os autores apresentam um caso clínico de infecção pulmonar a *Prevotella baroniae*.

Caso clínico: Homem de 62 anos, antecedentes relevantes de carcinoma epidermoide da amígdala e DRGE, admitido no Serviço de Urgência (SU) por febre com 15 dias de evolução. Esteve previamente no SU por este motivo, tendo sido assumida infecção respiratória, tendo alta sob antibioterapia. Após término da terapêutica, recrudescimento de febre e aparecimento de tosse seca. À admissão, hemodinamicamente estável, apirético e com diminuição do murmúrio vesicular na base direita. Sem insuficiência respiratória. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios. Pesquisa de vírus respiratórios negativa e HIV negativo. Realizou radiografia torácica que demonstrava imagem sugestiva de cavitação no ápex direito. Posteriormente, realizou tomografia computadorizada do tórax demonstrando a presença múltiplas densificações nodulares suspeitas bilateralmente, algumas cavitadas, na região apical do lobo superior direito com 32 × 17 mm e no segmento apical do lobo inferior direito com 42 × 41 mm. Internado no Serviço de Pneumologia em quarto de isolamento da via aérea para estudo etiológico. Durante o internamento, manteve-se hemodinamicamente estável e apirético. Efetuou broncofibroscopia que revelou alterações inflamatórias ligeiras. Sem isolamentos microbiológicos no lavado broncoalveolar e citologia negativa para células malignas. Isolamento de *prevotella baroniae* em hemoculturas, pelo que cumpriu 11 dias de piperacilina/tazobactam, com melhoria clínica e analítica. Verificada melhoria radiológica significativa, tendo tido alta orientado para consulta de Pneumologia.

Discussão: A infecção respiratória por *prevotella baroniae* é poucas vezes retratada na literatura, no entanto, o enquadramento clínico, juntamente com exames auxiliares de diagnóstico, são cruciais para o diagnóstico definitivo, assim como na exclusão dos diferentes diagnósticos diferenciais de lesões cavitadas.

Palavras-chave: Infecção respiratória. Cavitação pulmonar. *Prevotella baroniae*.

175. SÍNDROME DE LÖFGREN. UMA APRESENTAÇÃO RARA DE SARCOIDOSE

M. d'Almeida, C. Giesta, S. Ferreira, O. Santos

ULS Médio Tejo.

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica caracterizada por adenopatias hilares bilaterais, opacidades pulmonares reticulares e envolvimento extra-pulmonar em 30% dos casos. A síndrome de Löfgren é uma apresentação rara, caracterizada pela presença de eritema nodoso, adenopatias hilares, poliartalgia migratória e febre, podendo dispensar a realização de biópsia. O seguinte caso exemplifica a avaliação e seguimento destes doentes.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, de 51 anos, não fumadora, professora, com antecedentes pessoais de obesidade, hipotireoidismo e síndrome depressivo e medicada com levotiroxina, fluoxetina, bupropion e mexazolam. Enviada à consulta por quadro com 2 meses de evolução de lesões eritematosas nas pernas e braços, febre, artralguas nos punhos e tornozelos após infecção SARS-CoV-2. Havia realizado duas avaliações imagiológicas com TC torácica previamente à primeira observação em consulta de Pneumologia; na primeira destacavam-se formações micronodulares cisurais e peri-broncovasculares e múltiplas adenopatias hilares e mediastínicas; na segunda, passados 6 meses, verificou-se redução das adenopatias e atenuação dos restantes achados. As provas funcionais realizadas não tinham alterações de relevo. Clinicamente, apresentava melhoria das dores articulares e o exame objetivo não tinha alterações significativas. Foi realizada broncoscopia flexível com lavado bronco-alveolar em que se salienta a presença de 33% de linfócitos e uma relação CD4/CD8 aumentada (11,7). Analiticamente, destacava-se elevação da velocidade de sedimentação e da enzima conversora da angiotensina. A doente não reunia critérios para iniciar tratamento farmacológico. Passados 6 meses, repetiu TC torácica que não evidenciou adenopatias.

Discussão: O caso evidencia a evolução favorável associada aos doentes com sarcoidose, em que a apresentação é a Síndrome de Löfgren. Apesar da biópsia poder ser dispensada, a restante avaliação e seguimento devem ser similares.

Palavras-chave: Sarcoidose. Löfgren. Apresentação. Seguimento.

176. TUMORES SÍNCRONOS DO PULMÃO - UM CASO CLÍNICO

M. Sousa, C. Valente, R. Boaventura, M. Jacob, G. Fernandes

Unidade Local de Saúde de São João.

Introdução: Os tumores síncronos do pulmão são raros e representam um desafio diagnóstico e terapêutico significativo.

Caso clínico: Doente de 67 anos, fumador, recorre ao serviço de urgência por hemoptises de moderado volume. Associadamente refere anorexia, perda ponderal e dor pleurítica esquerda. Realizou TC do tórax que evidenciou duas massas: uma massa no lobo inferior esquerdo com 53 × 47 mm (massa A), e uma massa semi-sólida com 39 × 21 mm na superfície subpleural do lobo superior esquerdo (LSE) (massa B). O doente ficou internado para vigilância de hemoptises e estudo etiológico. Durante o internamento realizou biópsia trans-torácica da massa B que revelou adenocarcinoma do pulmão. Procedeu-se então ao estadiamento, tendo realizado PET na qual se verificou uma massa hipermetabólica (Q.SUVmax: 12,3), correspondente à massa A, e uma lesão nodular com discreta captação de 18FDG (Q.SUVmax: 2,5) correspondente à massa B. Por recrudescimento das hemoptises de moderado volume ao décimo quarto dia

de internamento, o doente acabou por ser submetido a BFC rígida urgente para controlo hemorrágico. Durante o procedimento foi confirmada invasão difusa da mucosa do BLIE por processo tumoral, tendo sido colhidas novas biópsias. As biópsias brônquicas acabaram por revelar carcinoma epidermoide do pulmão. Assim, realizou-se diagnóstico de duas neoplasias pulmonares síncronas, um adenocarcinoma e um carcinoma epidermoide do pulmão.

Discussão: Este caso clínico ilustra a complexidade associada aos cânceros do pulmão síncronos e a importância de obter amostras histológicas de lesões com características imagiológicas diferentes.

Palavras-chave: Tumores síncronos. Adenocarcinoma. Carcinoma epidermoide.

177. NAVALHA DE OCKAM - NEM SEMPRE ACERTA

M. Ferreira, S. Raimundo, D. Silva, L. Nascimento, T. Gomes, A. Loureiro

ULSTMAD.

Introdução: A utilização crescente de exames de imagem do tórax em diferentes contextos clínicos leva à identificação frequente de múltiplos nódulos pulmonares. A avaliação destes achados é desafiante, principalmente em doentes com neoplasias prévias, dado o risco 20% maior de novas neoplasias primárias, incrementado também pelo aumento da sobrevivência destes pacientes.

Caso clínico: Paciente de 75 anos em vigilância após diagnóstico de adenocarcinoma do cólon direito, submetido a cirurgia e quimioterapia adjuvante, com um nódulo pulmonar no lobo superior esquerdo (LSE) em TC, ligeiramente hipermetabólico na PET/TC 18F-FDG. Durante o seguimento, surgiram mais 3 nódulos no LSE e o primeiro cresceu. A biópsia deste nódulo revelou um tumor carcinóide neuroendócrino bem diferenciado, sendo esta a única lesão hipermetabólica na PET/TC Ga-68-DOTANOC. Na TC torácica, no pulmão direito, estavam presentes também alguns nódulos mais pequenos e estáveis. Neste contexto, foi assumido um diagnóstico de tumor neuroendócrino metastático do pulmão e iniciado octreótido, que o doente cumpriu por 11 meses. Na reavaliação após 9 ciclos de tratamento, verificaram-se comportamentos distintos das diferentes lesões: um dos nódulos do LSE aumentou de tamanho enquanto os outros permaneceram estáveis. O nódulo com crescimento foi biopsado, mas o resultado foi inconclusivo. Deste modo, tendo em conta a localização das lesões suspeitas, o doente foi submetido a lobectomia superior esquerda com linfadenectomia. O estudo anatomopatológico revelou 2 metástases pulmonares de adenocarcinoma do cólon e um tumor carcinóide primário do pulmão em estadio IA2.

Discussão: Este caso ilustra a gestão complexa de múltiplos nódulos pulmonares e a importância de um seguimento apertado com ajuste das estratégias de acordo com a investigação diagnóstica e resposta ao tratamento.

Palavras-chave: Múltiplos nódulos pulmonares. Tumor carcinoide. Neoplasias pulmonares.

178. MASSA PLEURAL RARA NO JOVEM - TUMOR DESMOIDE

M. Bragança, F. Ferro, F. Paula, F. Froes

ULS Santa Maria.

Introdução: No diagnóstico diferencial de lesões pleurais, os tumores desmoides são uma entidade rara e localmente agressiva.

Caso clínico: Homem, 38 anos de idade, cabo-verdiano, ex-fumador (15 maços/ano) com consumo alcoólico excessivo e antecedentes pessoais de hipertensão arterial e diabetes mellitus insulino-tratada. Apresentava quadro de cansaço com 1 ano de evolução, de agravamento progressivo. Realizou radiografia do tórax que mostrou hi-

pertransparência ocupando a quase totalidade do campo pulmonar direito e ecografia torácica que mostrou massa aparentemente pleural, sem invasão da pleura parietal. Para complementar o estudo realizou TC torácica que mostrou volumosa massa heterogênea com necrose, ocupando a face anterior do hemicampo pulmonar direito (23 × 12 cm), com acentuado efeito moldagem sobre as estruturas mediastínicas, com obliteração da árvore brônquica do lobo superior direito; áreas de atelectasia no lobo médio e no lobo inferior direito. Sem aparente invasão pleura parietal nem parede torácica/ estruturas ósseas. A videobroncografia mostrou compressão extrínseca da árvore brônquica direita. Foi efetuada uma biópsia transtorácica da massa, cuja anatomia patológica mostrou positividade focal para a B catenina, levantando a possibilidade de fibromatose. O caso foi discutido com a Cirurgia torácica, que efetuou excisão completa do tumor pleural, com expansão pulmonar imediata após remoção do tumor. O exame anatomopatológico revelou um tumor desmoide - fibromatose muscular aponeurótica, com imunoexpressão de beta-catenina.

Discussão: Os tumores desmoides são raros, com uma incidência anual estimada em 2 a 4 casos por milhão de pessoas. Podem ocorrer em qualquer idade, mas são mais diagnosticados em indivíduos entre os 30 e os 40 anos, tendo as mulheres uma frequência ligeiramente superior à dos homens. São tumores que surgem do tecido conjuntivo, localmente agressivos, infiltrando-se em estruturas próximas, mas não metastatizam. Encontram-se frequentemente no abdómen, nos ombros, na parte superior dos braços e nas coxas, sendo a localização intrapleural extremamente rara. O tratamento varia de observação a cirurgia, radiação ou medicação, dependendo do tamanho, localização e sintomas. A recorrência é comum, necessitando de monitorização a longo prazo.

Palavras-chave: Massa pleural. Tumor desmoide. B catenina.

179. TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA - UMA VARIANTE SUBREPORTADA?

M. Bragança, F. Ferro, T. Abreu, L. Mota, J. Semedo

ULS Santa Maria.

Introdução: A tuberculose endobrônquica (TE) é uma inflamação da árvore traqueobrônquica no contexto de tuberculose (TB), sendo uma complicação desta. A TE apresenta um curso clínico variável, com possíveis complicações importantes e peculiaridades no tratamento (especialmente se na presença destas complicações), sendo diagnosticada por videobroncografia (VBFC). É uma causa maior de morbilidade, por risco de cicatrização concêntrica e consequente estenose traqueal e/ou brônquica, atelectasia e pneumonia secundária. A TE pode passar despercebida por não haver suspeição clínica, sendo mascarada pelos sintomas da tuberculose pulmonar. A incidência descrita na literatura é de 10-37% nos que realizaram VBFC e 18% em doentes com baciloscopia negativa.

Caso clínico: Homem 29 anos, indiano, em Portugal há 1 ano, sem antecedentes pessoais de relevo. Apresentava queixas com 3 meses de evolução de tosse e expetoração, sintomas constitucionais e dor abdominal. Dirigi-se ao SU, tendo realizado TC torácica que mostrou padrão tree-in-bud e diversas consolidações, com adenopatias hilares e mediastínicas. equacionou-se a hipótese diagnóstica de tuberculose sendo o. Exame microbiológico da expetoração negativo. Realizou VBFC que mostrou secreções purulentas abundantes, mucosa edemaciada ao nível da traqueia e árvore brônquica direita, com alargamento dos esporões e lesões de aspeto ulcerado e superficial, que se biopsaram, sendo este exame endoscópico compatível com tuberculose endobrônquica. Efetuou lavado brônquico e biópsias brônquicas com isolamento em exame direto, cultural e PCR de *Mycobacterium tuberculosis* complex multisensível. Nesse sentido foi encaminhado para o CDP da área de residência para tratamento dirigido.

Discussão: A TE é uma entidade importante pelas complicações que lhe podem advir, sendo apesar disso frequentemente negligenciada pela apresentação mais predominante de tuberculose pulmonar. É assim essencial, em especial nas populações em risco (HIV, lúpus eritematoso sistêmico, silicose, insuficiência renal), ter uma elevada suspeição clínica para a identificação desta particularidade e assim prevenirmos/vigiarmos os riscos associados.

Palavras-chave: *Tuberculose endobrônquica. Mucosa ulcerada. Estenose traqueal/brônquica.*

180. LINFOMA DESAPARECIDO? - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Cunha, F. Guimarães, J. Canadas, R. Armindo, P. Romão, V. Durão, A. Alves, P. Rosa

Hospital de Vila Franca de Xira.

Introdução: O linfoma pulmonar primário é uma entidade rara, representando cerca de 4% dos linfoma não Hodgkin. Ainda assim, deve fazer parte do diagnóstico diferencial em casos de pneumonia recidivante, sobretudo no adulto jovem aparentemente imunocompetente.

Caso clínico: Homem de 51 anos, não fumador, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 1 e hipogamaglobulinemia IgA, IgM e IgG, internado a 05/2023 por consolidação lobo superior esquerdo (LSE) e derrame pleural (DP) ipsilateral sem agente isolado. A toracocentese revelou líquido pleural (LP) exsudado, citologia negativa e biópsia pleural sem alterações; TC-torácica com consolidação ocupando a grande maioria do segmento ápico-posterior do LSE com extensão para a lúgula e vidro despolido adjacente, com outros focos de consolidação no pulmão direito, adenomegalias mediastínicas, hilares e periaórticas e esplenomegália. Teve alta após cumprir antibioterapia empírica com amoxicilina-ácido clavulânico e cefuroxima. Recorreu ao Serviço de Urgência a 06/2023 por tosse com expectoração purulenta e toracalgia pleurítica esquerda; descrevia picos febris esporádicos desde 03/2023 e perda ponderal de 8 kg no último mês. Laboratorialmente com neutrofilia relativa, linfopenia 950/uL e PCR 8,89 mg/dL; radiografia torácica com consolidação LSE e DP ipsilateral recidivante. Colocou drenagem torácica esquerda, LP exsudado, ADA 44,8 UI/L. Perante suspeita de neoplasia, realizou videobroncofibroscopia com isolamento de *K. pneumoniae* ESBL no lavado broncoalveolar (cumpru antibioterapia com meropenem) e biópsias pulmonares transbrônquicas sugestivas linfoma B rico em células T e histiócitos (positividade para CD20, BCL6, MUM1, BCL2, PAX5 e Ki67). Teve alta sob corticoterapia sistémica, referenciado para a Hematologia. Iniciou quimioterapia RCHOP (6 ciclos, 07/2023 a 11/2023), sem efeitos adversos. Realizou PET-TC a 01/2024 sem imagens atribuíveis a doença linfoproliferativa, assumindo-se resposta completa à terapêutica instituída.

Discussão: Pretende-se com este caso clínico não só apresentar um caso de resposta completa a terapêutica antineoplásica, como também evidenciar a importância de exclusão de processos neoformativos em casos de pneumonia e derrame pleural recidivantes, neste caso com diagnóstico raro de linfoma pulmonar primário.

Palavras-chave: *Linfoma. Neoplasia pulmão.*

181. LACERAÇÃO DIAFRAGMÁTICA: UMA COMPLICAÇÃO RARA

M.J. Oliveira, M. Pais, A.C. Ferreira, E. Silva, C. Ribeiro, S. Conde, T. Shiang, M. Vanzeller

Unidade Local de Saúde Gaia-Espinho.

Introdução: A laceração diafragmática é uma complicação grave associada à toracocentese e colocação de dreno torácico. Com o recurso a procedimentos ecoguiados e drenos de pequenas dimensões, a sua frequência tem diminuído nos últimos anos.

Caso clínico: Homem, 69 anos, não fumador, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e sem história pessoal ou familiar de patologia pulmonar. Recorreu ao Serviço de Urgência por clínica de infeção respiratória, febre e toracalgia à direita de características pleuríticas com 3 semanas de evolução. À admissão, encontrava-se hemodinamicamente estável, com insuficiência respiratória tipo I e auscultação pulmonar diminuída na base do hemitórax direito (HTD). No Raio-X tórax era visível na metade inferior do campo pulmonar direito uma hipotransparência heterogênea de limites mal definidos sobreposta a uma opacidade homogênea de limites melhor definidos (sinal do menisco). Iniciou antibioterapia empírica, contudo com febre persistente e agravamento radiológico, a evidenciar opacidade de limites bem definidos com ocupação quase completa do HTD no Raio-X de reavaliação. Na ecografia torácica era visível derrame pleural septado. Foi realizada toracocentese ecoguiada com diagnóstico de empiema, colocado dreno torácico PigTail nº 10 (tecnicamente simples e sem complicações imediatas) e feito ajuste para antibioterapia de largo espectro. Após 4 dias, por manter febre e derrame pleural loculado na TAC tórax, iniciou terapêutica fibrinolítica. Nas 24 horas subsequentes, verificou-se queda de hemoglobina e drenagem de líquido hemático (com critérios para hemotórax). Foi realizada toracosopia videoassistida com diagnóstico de laceração diafragmática ipsilateral, que foi corrigida cirurgicamente.

Discussão: O caso clínico relata um evento grave e raro. Segundo a literatura, procedimentos ecoguiados e utilização de drenos de pequeno calibre reduzem o risco de complicações. É também descrito maior risco de sangramento associado à terapêutica com fibrinolíticos. Assim, este caso demonstra a importância de manter vigilância para potenciais complicações graves e riscos associados à terapêutica fibrinolítica.

Palavras-chave: *Laceração diafragmática. Hemotórax. Fibrinólise.*

182. PNEUMONIA ORGANIZATIVA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

M.J. Oliveira, A.M. Pais, A.C. Ferreira, E. Silva, S. Conde, T. Shiang, E. Tinoco, C. Ribeiro, M. Vanzeller

Unidade Local de Saúde Gaia-Espinho.

Introdução: A pneumonia organizativa (OP) é uma lesão pulmonar inespecífica associada a múltiplos padrões radiológicos e caracterizada histologicamente pela presença de células inflamatórias e tecido conjuntivo nas vias aéreas distais. Pode ser idiopática ou secundária a várias patologias.

Caso clínico: Homem de 86 anos, ex-fumador, com antecedentes de bronquiectasias e artrite reumatoide (AR) medicada com rituximab e prednisolona. Recorreu ao Serviço de Urgência por clínica de infeção respiratória, febre e dispneia de agravamento progressivo com 1 semana de evolução. À admissão, hemodinamicamente estável, com insuficiência respiratória tipo I de novo e crepitações inspiratórias na base do hemitórax esquerdo. No Raio-X de tórax, era visível uma hipotransparência heterogênea de características alveolares e limites mal definidos, que ocupava o terço inferior do campo pulmonar esquerdo (CPE). Do restante estudo, a realçar antigenúria pneumocócica positiva, tendo iniciado antibioterapia (ATB) com levofloxacina. Por manter febre, parâmetros inflamatórios aumentados e agravamento radiológico, foi feito ajuste para ATB de largo espectro, com fraca resposta. Após 5 dias, por agravamento clínico franco, optou-se por nova escalada terapêutica para meropenem e linezolid. Realizou TC de tórax, no qual eram visíveis consolidações bilaterais com broncograma aéreo, associadas a densificação em vidro despolido. No rastreio sético e no lavado broncoalveolar não foram isolados agentes. Por ausência de resposta a ATB e tendo em conta os antecedentes de AR, assumiu-se provável OP, posteriormente confirmada em histologia de biópsia transtorácica, e iniciou corticoterapia. Ao 5º dia, com melhoria significativa da clínica e da hipotransparência no CPE, com menores dimensões no raio-X de reavaliação.

Discussão: A OP pode mimetizar uma pneumonia infecciosa e a ausência de resposta a múltiplos ciclos de antibioterapia deve alertar para o seu diagnóstico. Em doentes com patologia autoimune com potencial atingimento pulmonar, esta hipótese deve ser considerada. Em raros casos descritos na literatura, o tratamento com rituximab pode originar OP por toxicidade a fármacos. Infecção respiratória por agentes atípicos também seria uma hipótese a equacionar, principalmente num doente imunossuprimido.

Palavras-chave: *Pneumonia organizativa. Artrite reumatoide.*

183. NEM TUDO O QUE PARECE É: LINFOMA OU SARCOIDOSE

M.J. Santos, I.F. Pedro, M. Bragança, I. Macedo, V. Maione

ULS Santa Maria.

Introdução: Com a melhoria da tecnologia e conseqüente melhor resolução da tomografia computadorizada (TC), tem-se assistido a um aumento da deteção de nódulos pulmonares com características que os qualificam para follow-up (FU) imagiológico. A realização de exames de imagem de FU pode, por sua vez, levar à identificação de achados incidentais, pulmonares e extra-pulmonares.

Caso clínico: Mulher, 68 anos, história de hipertensão e neoplasia da mama aos 52 anos, operada e em FU. Não fumadora, com exposição passiva. Referenciada à consulta de Pneumologia por nódulo do lobo superior direito (LSD) de 7,5 mm, sem atividade metabólica em PET-TC FDG. Após 2 anos de vigilância, assistiu-se a aumento da lesão para 10 mm. Pela história de neoplasia da mama, pedida nova PET-TC FDG que não mostrou captação suspeita pulmonar, no entanto, existia hiper captação do radiofármaco em múltiplas lesões esplénicas (SUV máx 8,1). Para melhor caracterização, realizada TC abdominopélvica que mostrou lesões esplénicas sólidas e hipodensas e adenomegalias no hilo esplénico, cujo diagnóstico diferencial incluía lesões inflamatórias em contexto de sarcoidose, linfoma (embora com apresentação atípica de linfoma primário) ou metástase de neoplasia (mas sem evidência de doença ativa há > 15 anos). A doente apresentava-se assintomática e analiticamente com elevação da ECA 128 U/L, sem outras alterações. Biópsia das lesões esplénicas guiada por ecografia revelou infiltração esplénica por linfoma folicular grau 3A. Foi enviada para consulta de Hematologia e, tendo em conta doença limitada, está proposta para terapêutica local, que aguarda.

Discussão: A sarcoidose, por se tratar de uma doença granulomatosa com envolvimento multiorgânico e com apresentações clínicas variadas, constitui um diagnóstico de exclusão e apresenta uma lista de diagnósticos diferenciais extensa. O caso ilustra uma marcha diagnóstica difícil numa doente assintomática, com elevação significativa da ECA que poderia, em conjunto com as imagens esplénicas hiper captantes, ser sugestiva de sarcoidose. Assim, alerta-se para a importância da confirmação histológica para um melhor tratamento e abordagem dos doentes.

Palavras-chave: *Nódulo pulmonar. Sarcoidose. Linfoma.*

184. A DESCOBERTA INESPERADA DE UM MAQUINISTA

M.J. Lucio, M. Guerreiro, E. Brysch, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz.

Introdução: O mesotelioma é uma neoplasia rara que se desenvolve nas células mesoteliais presentes na pleura (local mais comum), peritoneu e pericárdio. Grande parte dos casos surge após exposição a asbestos ou amianto, sendo que algumas profissões apresentam maior risco (indústria têxtil, mineiros, soldadores, construção mecânicos, instalações elétricas). A taxa de sobrevivência varia entre 18-31 meses, com tratamento, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de um homem de 76 anos, autónomo, reformado de maquinista, ex-fumador. Apresentava como antecedentes pessoais hipertensão arterial e hiperplasia benigna da próstata. Foi referenciado à consulta de Pneumologia após várias idas ao SU com toracalgia esquerda com 2 meses de evolução, sem outras queixas. Na última ida, apresentava hipotransparência esquerda em toalha no hemitórax esquerdo na radiografia torácica. Negava febre, perda ponderal, dispneia ou tosse. Neste sentido, foi realizada toracocentese, com saída de líquido serofibrinoso, com predomínio de linfócitos. A citologia do líquido pleural mostrava muitas células mesoteliais, com suspeita de neoplasia. A TC-torácica evidenciava derrame pleural, com colapso do lobo inferior esquerdo e do lobo superior esquerdo e empurramento do mediastino para a direita; enfisema centrilobular e parasseptal nos lobos superiores. Tendo em conta agravamento do derrame, realizou nova toracocentese, com biópsias pleurais, cuja histologia não apresentava alterações. A PET evidenciava hiper captação moderada (SUV5) na pleura pulmonar esquerda de etiologia inflamatória VS maligna. Tendo em conta esta evolução, foi proposto para toracosscopia, sendo a histologia compatível com o diagnóstico de mesotelioma epitelióide, e referenciado à consulta de Pneumologia Oncológica. No entanto, acabou por falecer devido a AVC, antes de prosseguir com o estudo.

Discussão: Este caso clínico destaca-se pela manifestação rara do mesotelioma, correspondendo a 0,3% das neoplasias. Ilustra também os desafios do diagnóstico diferencial, pois pode ser confundido com patologia menos grave. Atrasos no diagnóstico são comuns, devido à variabilidade clínica ao longo da evolução da doença. O reconhecimento precoce e intervenção são cruciais de forma a melhorar o prognóstico do doente.

Palavras-chave: *Mesotelioma. Neoplasia. Toracalgia. Derrame pleural recidivante.*

185. REATIVAÇÃO DA TUBERCULOSE? NEM TUDO É O QUE PARECE

M.J. Lucio, M. Guerreiro, E. Brysch, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz.

Introdução: A aspergilose pulmonar é uma infeção oportunista que afeta o trato respiratório inferior, causada pela inalação de esporos do fungo *Aspergillus* que a infetar cavidades secundárias a bronquiectasias, tumor, tuberculose. A invasão tecidual ocorre frequentemente em indivíduos comprometidos.

Caso clínico: Os autores descrevem um caso de um homem de 49 anos, autónomo, fumador com antecedentes pessoais de infeção crónica por VHB (vírus hepatite B), HIV e tuberculose disseminada com atingimento pulmonar, hepático e esplénico 2 anos antes. Desde a alta desse internamento, apresentou evolução imagiológica favorável até alterações encontradas em TC-torácica de reavaliação que mostrava aparecimento de consolidação com broncograma aéreo e imagens nodulares no LSE (provável reativação de processo infeccioso); com persistência de lesão cavitada de 3 cm. Clinicamente referia perda de peso não quantificada e picos febris diariamente. Realizou broncofibroscopia, que não evidenciou isolamento de microorganismos. Neste sentido, assumiu-se reativação da tuberculose pulmonar e iniciou de novo HRZE. Por agravamento, realizou nova TC-Torácica: imagens em vidro despolido LSE e persistência de alterações fibróticas com zonas de transformação em “pulmão de favo”; cavitação apical subpleural, que aparenta estar habitada (sinal de Monod?). Por suspeita de aspergiloma pulmonar, suspendeu HRZE e ficou internado para tratamento de aspergilose. No internamento, realizou nova TC-Torácica: cavitação habitada por aspetos de aspergilose sugestiva de disseminação broncogénica com múltiplos focos em vidro despolido e micronódulos com configuração em “tree-in-bud”. Realizou novamente broncofibroscopia onde se destaca isolamento de *Aspergillus fumigatus* species complex e

galactomanano positivo. Sem isolamento de *Mycobacterium tuberculosis*. Dada imagem sugestiva de invasão broncogénica, iniciou tratamento dirigido para aspergilose pulmonar invasiva com voriconazol. Por estabilidade hemodinâmica, foi encaminhado para consulta, ficando a aguardar reavaliação.

Discussão: Este caso clínico realça a complexidade da gestão de infeções, como a aspergilose, em doentes imunocomprometidos. Sublinha a necessidade de um diagnóstico precoce e um tratamento eficaz, visando melhores prognósticos para estes doentes vulneráveis, suscetíveis a um desfecho fatal.

Palavras-chave: *Aspergilose. Tuberculose. HIV.*

186. O QUE ESCONDE UMA PNEUMONIA - A PROPÓSITO DE UM CASO

M.V. Grilo, A. Soveral, J.S. Guerreiro, T. Romão, I. Madruga

Medicina 2 Hospital Egas Moniz-ULS Lisboa Ocidental, Fundação Champalimaud.

Introdução: A toxicidade pulmonar é uma complicação da terapêutica com metotrexato, sub-diagnosticada pela sua clínica inespecífica.

Caso clínico: Mulher, 77 anos, autónoma. Antecedente de lupus eritematoso sistémico, sob metotrexato semanal. Internamento recente por pneumonia adquirida na comunidade sem agente isolado, tratada empiricamente. Recorreu ao serviço de urgência com dispneia e agravamento do cansaço habitual, com 3 dias de evolução. Apresentava-se febril, polipneica, com fervores audíveis à esquerda e insuficiência respiratória parcial. Analiticamente, apresentava um aumento dos parâmetros inflamatórios; radiograficamente, um reforço intersticial difuso exuberante (já presente na radiografia à data da alta do internamento prévio), com uma hipotransparência de novo na metade inferior do hemitórax esquerdo. Foi assumido o diagnóstico de pneumonia nosocomial e iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam. Apesar de apirética e com parâmetros inflamatórios em cinética descendente, a doente manteve cansaço para médios esforços e necessidade de oxigenoterapia suplementar. À auscultação, destacavam-se crepitações finas dispersas em todo campo pulmonar. Radiograficamente, observou-se uma redução dimensional da hipotransparência, mantendo o reforço intersticial difuso. Foi solicitada uma TC tórax, que revelou inúmeras lesões intersticiais lineares irregulares, com favo e bronquiectasias de tracção, compatível com alterações parenquimatosas de fibrose, provavelmente decorrente da terapêutica com metotrexato. Realizou ainda uma broncofibroscopia, que mostrou um lavado bronco-alveolar com características inflamatórias e predomínio de histiócitos, com exame microbiológico negativo. Após discussão com Reumatologia, decidiu-se pela suspensão do tratamento com metotrexato. Atualmente, a doente encontra-se clinicamente melhorada e aguarda reavaliação imagiológica.

Discussão: Perante uma pneumonia com resolução clínica mais arrastada após antibioterapia aparentemente eficaz, deve-se suspeitar de patologia pulmonar de base concomitante. Em doentes sob metotrexato, é crucial excluir alterações parenquimatosas de fibrose decorrentes da toxicidade pulmonar desta terapêutica.

Palavras-chave: *Toxicidade pulmonar. Metotrexato. Fibrose pulmonar.*

187. METÁSTASE OCULAR, UMA MANIFESTAÇÃO RARA

N. Lopes, D. Neves, U. Brito

ULS Algarve-Hospital de Faro.

Introdução: O adenocarcinoma (ADC) é a neoplasia primária mais comum do pulmão com cerca de 40% dos casos. Na maioria dos doentes, a metastização do ADC do pulmão ocorre ao nível das glându-

las suprarrenais, fígado, sistema nervoso central e osso. Este trabalho mostra um caso clínico com uma forma de apresentação atípica.

Caso clínico: Doente de 63 anos, não fumadora, vendedora, com antecedentes pessoais irrelevantes. Em Junho de 2022, foi avaliada pela oftalmologia por queixas de diminuição da acuidade visual, dor ocular e sensação de “moscas volantes” com agravamento progressivo nas 2 semanas anteriores. Referia também tosse seca de predomínio noturno, cefaleia parietal esquerda, tonturas e náuseas ocasionais com o mesmo tempo de evolução. Negava perda ponderal ou outras queixas respiratórias. Na avaliação por oftalmologia é referida exsudação retiniana, pelo que iniciou terapêutica com bevacizumab mas apresentou progressão da doença com descolamento seroso total da retina. Para apurar a etiologia do que se pensava ser uma esclerite posterior, foi pedida ressonância magnética cráneo-encefálica (RM CE) e TC tórax para exclusão de sarcoidose. A RM CE revelou uma lesão expansiva corioideia esquerda com diâmetro de 10 mm associada a descolamento da retina sugestiva de lesão tumoral e uma microlesão no centro semioval esquerdo com 2,2 mm de diâmetro. Na TC Tórax de 10/23, verificou-se uma lesão nodular espiculada no lobo médio (LM) com 2,5 cm por 2 cm e várias lesões hepáticas. Foi avaliada em consulta de Pneumologia em Setembro de 2023. Clinicamente, mantinha as mesmas queixas sem alterações no exame objetivo. Realizou biópsia por agulha transtorácica em Outubro de 2023 que revelou infiltração por carcinoma de não pequenas células - ADC, PD-L1 20-30%. A next generation sequencing (NGS) revelou mutação no exão 20 do epidermal growth factor receptor. A tomografia por emissão de positrões mostrou várias adenopatias mediastínicas, nódulos hepáticos e múltiplas lesões osteogénicas sugestivas de metástases, estadiando o ADC como estadio IVb - T1N2M1c. Iniciou tratamento com pembrolizumab, perimetrexed e carboplatina. Cumpriu 4 ciclos com melhoria da acuidade visual.

Discussão: O prognóstico dos doentes com ADC é influenciado por um diagnóstico e instituição de terapêutica precoces. A apresentação clínica inicial pode ser, por vezes, bastante atípica.

Palavras-chave: *Metástase. Ocular. Adenocarcinoma.*

188. FLORESTA BRÔNQUICA - CASO INESPERADO DE BRONQUIECTASIAS

N. Fernandes, L.L. Ferreira, A. Fonseca, A. Oliveira, D. Coutinho
ULSGE.

Introdução: As bronquiectasias (BQs) são uma doença respiratória inflamatória crónica comum com várias etiologias possíveis. As BQs causadas por obstrução estão descritas em < 1% dos casos.

Caso clínico: Mulher de 21 anos, não fumadora, estudante, sem antecedentes médico-cirúrgicos, nomeadamente história de patologia respiratória na infância ou familiar, e sem medicação habitual, foi referenciada para a consulta de Pneumologia após ter recorrido ao Serviço de Urgência por tosse com expectoração hemoptoica. Nesse episódio, não apresentava alterações ao exame físico, exceto presença de expectoração hemoptoica presenciada, estudo analítico e radiografia do tórax também sem alterações. Foi medicada empiricamente com antibioterapia e agendada reavaliação. Na consulta, a doente encontrava-se sem sintomas respiratórias e sem novos episódios de tosse com expectoração hemoptoica. Do estudo complementar realizado, TC do tórax evidenciou consolidação peribroncovascular no segmento anteromedial do lobo inferior esquerdo com BQs nessa localização; alfa-1 antitripsina normal, estudo imunológico e serologias de VIH negativos. O estudo funcional respiratório encontrava-se sem alterações. Dada a presença de bronquiectasias localizadas, realizou broncofibroscopia, com identificação de corpo estranho - pequeno ramo de cedro - a nível do B8 esquerdo, removido com pinça flexível. O restante exame endoscópico sem alterações, nomeadamente micro e micobacteriologia negativos. Na TC tórax de reavaliação apresentava bronquiectasias com redução do espessamento parietal, da impaction mucóide e da consolidação do parênquima à periferia,

persistindo pequena consolidação, de possível natureza fibrocicatricial. A doente manteve-se assintomática e sem novos episódios de tosse com expectoração hemoptoica, referindo eventual episódio de aspiração de cedro aos 8 anos de idade.

Discussão: O presente caso clínico retrata uma situação de BQs secundárias a corpo estranho e ilustra a importância da realização de exames endoscópicos para o estudo das BQs, principalmente em caso de BQs localizadas.

Palavras-chave: *Bronquiectasias. Corpo estranho.*

189. TOSSE CRÔNICA - A IMPORTÂNCIA DA BRONCOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO

M.O. Ramos, V.S. Martins, A. Alfaiate, S. Furtado

Hospital da Luz Lisboa.

Introdução: A tosse é um dos sintomas mais comuns na prática clínica e está presente numa extensa variedade de patologias, tornando seu diagnóstico diferencial por vezes desafiante. O cancro da mama é a neoplasia mais prevalente mundialmente, sendo o pulmão um dos principais locais de metastização. No entanto, a apresentação mais frequente é sob a forma de nódulos pulmonares, sendo o envolvimento endobrônquico raro.

Caso clínico: Mulher, 77 anos, exposição passiva a tabaco, com antecedentes de cancro da mama direita há 14 anos, submetida a tumorectomia, radioterapia e hormonoterapia, e cancro colorretal há 20 anos, submetida a ressecção cirúrgica e radioterapia. Observada em consulta de Pneumologia por quadro de tosse com expectoração mucopurulenta com 2 anos de evolução. Negava pieira, dispneia, hemoptises, anorexia, perda de peso, febre ou sudorese noturna. Negava história prévia de asma brônquica. Exame objetivo sem alterações. Previamente medicada com broncodilatadores e corticoterapia inalada, antagonista de leucotrienos e antihistamínicos, sem melhoria clínica. Exame microbiológico e micobacteriológico da expectoração negativo e provas de função respiratória sem alterações. Tomografia computadorizada (TC) do tórax identificou densificação em banda envolvendo a traqueia e brônquios principais, condicionando discreta irregularidade do contorno na região da carina. A broncoscopia, visualizou mucosa difusamente edemaciada com lesões infiltrativas planas e esbranquiçadas em toda a extensão da traqueia, brônquios principais e segmentares. O exame anátomo-patológico das biópsias brônquicas revelou carcinoma de origem mamária (positividade para receptor de estrógeno, índice de proliferação (ki67) 20% e HER2 negativo). TC de estadiamento identificou metástases hepáticas e esplênicas. Assumido quadro de recidiva metastática de carcinoma invasivo da mama luminal B “like” e iniciada terapêutica com letrozol e ribociclib.

Discussão: O caso clínico demonstra uma rara recidiva metastática de cancro da mama com envolvimento extenso da árvore traqueo-brônquica, manifestada através de um sintoma inespecífico como a tosse. A adequada marcha diagnóstica diante de um quadro de tosse crônica, de forma individualizada para cada doente, pode ser a peça-chave para o diagnóstico precoce e tratamento atempado de doenças graves.

Palavras-chave: *Tosse. Carcinoma mamário. Metastização traqueobrônquica.*

190. A DOR COMO UM REFLEXO DE NECESSIDADE

M. Pais, M.J. Oliveira, A.C. Ferreira, E. Silva, C. Ribeiro, S. Conde, T. Shiang, M. Vanzeller

Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho.

Introdução: O empiema de necessidade é uma patologia rara, que resulta da dissecação dos tecidos moles da parede torácica por líquido pleural purulento, nomeadamente pela pele. Classicamente, apresen-

ta-se no decorrer de uma pneumonia com extensão pleural. Os agentes mais frequentemente isolados são o *Mycobacterium tuberculosis* e o *Actinomyces* spp. Ocorre, sobretudo, em doentes imunocomprometidos, com história de alcoolismo e uso de drogas endovenosas.

Caso clínico: Homem, 54 anos, comerciante, saudável, não-fumador, sem hábitos alcoólicos, recorre ao serviço de urgência (SU) por dor no hemitórax e membro superior esquerdo (MSE), associado a diminuição de força ipsilateral, sem alterações cutâneas e sem clínica de infeção respiratória, interpretadas como dor musculoesquelética. Por manter dor após 2 dias, é novamente enviado ao SU, faz radiografia de tórax sem alterações de relevo, mantendo-se o diagnóstico de dor musculoesquelética. Após 7 dias, por progressão das queixas algicas, com febre e alteração cutânea volumosa e ruborizada “de novo” no hemitórax superior esquerdo, recorre novamente ao SU. Apresentava elevação de parâmetros inflamatórios, febre e diminuição da força no MSE. Inicia empiricamente piperacilina-tazobactam e realiza TC de tórax que evidencia alterações sugestivas de empiema loculado no hemitórax superior esquerdo com extensão à parede torácica. Isola-se em hemoculturas *Staphylococcus aureus* e é submetido a drenagem torácica com isolamento do mesmo agente. É observado por Neurologia que realiza eletromiografia sem evidência de plexopatia braquial e TC-CE sem alterações, interpretando o déficit motor no contexto da dor condicionada pelo processo infeccioso. Após drenagem e antibioterapia, o doente apresentou melhoria progressiva de todos os sintomas.

Discussão: Apesar de raro, o empiema de necessidade deve ser suspeitado na presença de tumefação cutânea, associada a dor e défices motores, mesmo em doentes sem fatores de risco e clínica respiratória.

Palavras-chave: *Empiema. Tumefação cutânea. Dor musculoesquelética.*

191. SERÁ A CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4+ RELEVANTE NO DIAGNÓSTICO DE PNEUMOCISTOSE?

M. Pais, M.J. Oliveira, A.C. Ferreira, E. Silva, C. Ribeiro, S. Conde, T. Shiang, M. Vanzeller

Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho.

Introdução: A pneumocistose é uma doença infecciosa pulmonar, oportunista, causada pelo fungo *Pneumocystis jirovecii* (PPJ). Vários fatores de risco para o seu desenvolvimento foram identificados, entre os quais a infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) avançada com contagem de linfócitos T CD4+ < 200 células/μl.

Caso clínico: Homem, 55 anos, VIH positivo, cumpridor assíduo de terapêutica antiretroviral, ex-toxicodependente, sob metadona, com hepatite C curada, enfisema e bronquiectasias (sem isolamentos microbiológicos). Internamento prévio por infeção respiratória com insuficiência respiratória (IR) tipo 2. Reavaliado em consulta de Pneumologia onde apresentava queixas de tosse e expectoração purulenta, tendo sido medicado com ciclo curto de corticoterapia oral. Aproximadamente um mês depois, por persistências das queixas e agravamento da dispneia, recorreu ao serviço de urgência. À admissão destacava-se taquipneia e febre; com IR aguda (ratio paO₂/FiO₂: 175), elevação dos parâmetros inflamatórios e agravamento imagiológico, com densificações em vidro despolido, de novo, associado a pneumomediastino de pequeno volume. Foi assumida pneumonia bilateral e iniciado meropenem pela pressão antibiótica prévia. Do estudo complementar, a realçar CD4+ de 912 células/μl, ARN-VIH1 indetetável, vírus respiratórios negativos e carga vírica de CMV indetetável. Por ausência de melhoria, realizada broncofibroscopia, em D9 de internamento, para colheita microbiológica alargada, com identificação de PCR de PPJ positiva. Assumida pneumocistose e iniciado trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SMX) e prednisolona. O internamento foi complicado por pneumotórax espontâneo secundário, com necessidade de colocação de dreno torácico e posterior pleurodese por slurry talc, e por pneumonia nosocomial com isola-

mento de *E. coli* em exame bacteriológico de expectoração, tendo sido medicado de acordo com testes de sensibilidade a antibióticos, com cefuroxima. Após 52 dias de internamento, doente teve alta com TMP/SMX profilático e OTLD a 2 L/min.

Discussão: A pneumocistose deve ser suspeitada em todos os doentes portadores de VIH, independentemente do valor de linfócitos T CD4+, sobretudo se evolução clínica não favorável.

Palavras-chave: *Pneumocistose. Vírus de imunodeficiência humana. Linfócitos T CD4+.*

192. BORDETELLA BRONCHISEPTICA: UMA ZOONOSE PECULIAR

P.C. Varandas, R. Oliveira, D. Godinho, R. Macedo, D. Organista, P. Pinto, C. Bárbara

Unidade Local de Saúde de Santa Maria.

Introdução: A *Bordetella bronchiseptica* é um cocobacilo gram negativo responsável por infeções respiratórias em animais como cães, gatos e coelhos. Raramente, pode ser transmitida a humanos, variando desde infeção assintomática até pneumonia grave.

Caso clínico: Homem de 87 anos, operário fabril reformado, ex-fumador (40 UMA), com o diagnóstico de DPOC GOLD 2E e bronquiectasias. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 2 dias de evolução de dispneia e tosse com expectoração mucopurulenta. Analiticamente destacava-se aumento de parâmetros inflamatórios. Gaisimetricamente com insuficiência respiratória parcial e pesquisa de vírus respiratórios negativa. Realizou TC tórax que identificou parênquima pulmonar com algumas bolhas enfisematosas, espessamento de paredes brônquicas mais evidente ao nível das bases e consolidação no lobo inferior direito. Admitiu-se o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) com insuficiência respiratória, tendo sido feitos exames culturais e iniciado antibioterapia empírica com amoxicilina/clavulanato (AAC) e azitromicina e oxigenoterapia suplementar. Durante o internamento observou-se melhoria clínica, com resolução da insuficiência respiratória. Destaca-se isolamento de *Bordetella bronchiseptica* multissensível no exame bacteriológico da expectoração. Após discussão com Infecçiology, dado não existirem breakpoints definidos para este microrganismo quanto à sensibilidade a AAC e azitromicina, optou-se por alterar a terapêutica para um curso de doxiciclina oral. Foram averiguados possíveis contactos do doente com animais infetados, tendo referido presença de coelhos e galinhas no domicílio, ainda que sem contacto direto. Foram prestados conselhos quanto a cuidados com os animais e teve alta referenciado a Consulta de Doenças Infeciosas.

Discussão: Ainda que rara em humanos e mais frequente em populações imunodeprimidas, a infeção por este agente pode acometer imunocompetentes, tratando-se de um agente que pode ser resistente à antibioterapia empírica da PAC. Destacamos a importância de averiguar o contacto com animais possivelmente infetados e que necessitem de tratamento.

Palavras-chave: *Bordetella bronchiseptica. Zoonose. PAC. Antibioterapia.*

193. TUBERCULOSE: SER OU NÃO SER, EIS É A QUESTÃO!

R. Armindo, M. Cunha, F. Guimarães, J. Canadas, J. Carvalho, V. Durão, P. Rosa

Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo.

Introdução: A tuberculose tem sido uma das mais importantes causas de morte e continua a ser um grave problema de saúde pública. Apresenta-se muitas vezes camuflada, podendo confundir-se com outras entidades, como a neoplasia. Apresenta-se o caso de uma doente cujo diagnóstico constituiu um desafio para a equipa multidisciplinar envolvida.

Caso clínico: Mulher, 47 anos, operária fabril, com história de tuberculose (TB) pulmonar na infância. Não fumadora. Sem exposições ambientais relevantes. Sem medicação habitual ou alergias. Foi encaminhada ao Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Vila Franca de Xira (VFX) para rastreio de contacto de caso índice (companheiro, com TB pulmonar cavitada bacilífera que veio a falecer no Hospital de VFX). Na investigação do quadro foi realizada tomografia computadorizada de tórax, onde se evidenciou nódulo pulmonar no lobo superior direito com 6 mm, tendo-se evidenciado crescimento de 4 mm na reavaliação imagiológica aos 6 meses. Nesta altura foi realizada broncofibroscopia, sendo as secreções brônquicas e o lavado bronco-alveolar negativos para células neoplásicas. A pesquisa microbiológica foi negativa, assim como a PCR-BK. A biópsia aspirativa transtorácica foi negativa para granulomas ou atipia. Dada a suspeição do nódulo pulmonar, assumiu-se provável tumor de baixa atividade metabólica. Foi pedida TC-tomografia de emissão de positrões (PET-CT), que não apresentou hipermetabolismo ativo. A doente foi proposta para Cirurgia Torácica, tendo sido submetida a lobectomia superior direita e esvaziamento ganglionar mediastínico por videotoracoscopia assistida. O estudo de anatomia patológica revelou granulomas com necrose central, células gigantes multinucleadas e pesquisa de bacilos ácido-alcool resistentes positiva. Neste sentido, foi novamente encaminhada para o CDP de VFX onde iniciou tratamento antibacilar, com boa adesão à terapêutica e boa evolução clínica.

Discussão: Este caso ilustra a dificuldade diagnóstica da tuberculose na prática clínica. O seu diagnóstico mantém-se desafiante e requer uma abordagem multidisciplinar, pela sua capacidade de dissimulação.

Palavras-chave: *Tuberculose. Dificuldade diagnóstica. Caso clínico.*

194. SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD: UMA CAUSA RARA DE HIPERTRANSPARÊNCIA PULMONAR

R. Silva, S. Pinto, F. Paula

Departamento de Tórax, Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde Santa Maria-Hospital Pulido Valente.

Introdução: A hipertransparência em radiografia torácica pode resultar de múltiplas causas tais como enfisema, pneumotórax, tromboembolismo pulmonar, malformações vasculares congénitas ou adquiridas; ou alterações sequelares. A síndrome de Swyer-James-Macleod (SJMS), consiste numa causa rara (prevalência de 0,01%) de hipertransparência pulmonar, habitualmente unilateral, que resulta de uma infeção prévia na infância (nomeadamente pós bronquiolite obliterante), com bronquiectasias sequelares associadas. O seu tratamento consiste na prevenção de infeções de repetição e controlo sintomático.

Caso clínico: Homem de 64 anos, não fumador, seguido em consulta de Pneumologia por doença pulmonar obstrutiva, síndrome de apneia obstrutiva do sono e enfisema, com antecedentes de pneumotórax recidivante à direita com necessidade de pleurodese mecânica. Queixas de dispneia para esforços (mMRC 2-3), cansaço, pieira e infeções respiratórias de repetição com necessidade de toma de antibioterapia frequente. Dificil resposta ao broncodilatador, apesar de otimização terapêutica. Em consultas de reavaliação, mantinha auscultação pulmonar com sibilância fixa à esquerda, sem outras alterações. Analiticamente, a destacar alfa-1-antitripsina normal. Em radiografias torácicas seriadas com área hipertransparente à esquerda. Procedeu-se a estudo com angio-TC tórax que demonstrou presença de enfisema, diminuição da densidade do parênquima pulmonar esquerdo e da vasculatura pulmonar com bronquiectasias cilíndricas e varicosas no lobo inferior esquerdo. A cintigrafia pulmonar de ventilação/perfusão confirmou hipoperfusão heterogénea difusa ao nível do pulmão esquerdo, agravada no lobo inferior esquerdo, com diagnóstico final de SJMS.

Discussão: A SJMS consiste num diagnóstico raro e desafiante. Este caso poderá corresponder a uma forma bilateral da síndrome com

manifestação por pneumotórax e bronquiectasias. Salientam-se dois aspetos fundamentais: 1) o difícil diagnóstico diferencial desta síndrome através da radiografia torácica, com a necessidade de Angio-TC tórax e/ou da cintigrafia pulmonar; 2) o diagnóstico, geralmente tardio, em doentes com queixas asmáticas, infeções de repetição ou mesmo embolia pulmonar, que pode levar a uma inatuação de medidas terapêuticas.

Palavras-chave: *Hipertransparência. Síndrome de Swyer-James-Macleod. Diagnóstico diferencial imagiológico.*

195. UMA LOMBALGIA... COM ORIGEM PULMONAR?

R. Silva, J.M. Simões, M. Guia, P. Pinto, C. Bárbara

Departamento de Tórax, Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria.

Introdução: O cancro do pulmão é, frequentemente, diagnosticado em fase de doença avançada/metastática, refletindo a ausência de sintomas em estadios precoces. Os sintomas tardios, geralmente, resultam de efeitos locais do tumor, disseminação regional ou à distância; ou síndromes paraneoplásicas. Embora incomum, os doentes podem também ter uma apresentação inicial com manifestações clínicas de metástases extratorácicas.

Caso clínico: Homem, 55 anos, fumador ativo (CT 35 UMA), recorreu ao serviço de urgência por lombalgia esquerda com 5 dias de evolução, sem melhoria após analgesia oral. Adicionalmente, perda de peso involuntária de 10 kg em 4 meses. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, apirético, SpO₂ 99% (FiO₂-21%). Sem alterações na auscultação ou nos parâmetros analíticos sumários. A Angio-TC abdominal identificou nódulos heterogêneos em ambas as glândulas suprarrenais, apresentando à esquerda líquido perirrenal anterior homolateral, sugestivo de hematoma retroperitoneal de 9 cm, sem sinais de hemorragia ativa, o que motivou o internamento. Em contexto de reavaliação imagiológica e etiológica, ao 5º dia de internamento, procedeu-se a realização de TC toraco-abdomino-pélvica, com identificação de um nódulo pulmonar de contorno espiculado no lobo superior esquerdo com 2 cm e adenopatias mediastínicas. Foi realizada videobroncoscopia com EBUS com resultado histológico negativo. Contudo, a PET-TC demonstrou aumento da atividade metabólica no nódulo pulmonar, gânglios mediastínicos e glândulas suprarrenais. Neste contexto, procedeu-se a biópsia da glândula suprarrenal direita cujo exame histológico permitiu o diagnóstico de adenocarcinoma (ADC) de origem pulmonar - estadios IVb - cT1bN3M1c. **Discussão:** Este caso descreve uma apresentação inicial rara, mas possível, de cancro do pulmão, na qual as queixas lombares se verificaram predominantes e a clínica respiratória frustrante, salientando a importância da suspeição de cancro do pulmão em doentes com fatores de risco importantes, ainda que sem clínica fortemente sugestiva. As manifestações clínicas das metástases extratorácicas do ADC do pulmão geralmente estão associadas a metástases cerebrais, ou metástases ósseas, não estando reportados sinais/sintomas associados a metástases suprarrenais, tratando-se de um caso anedótico na literatura.

Palavras-chave: *Hematoma retroperitoneal espontâneo. Metástase da glândula suprarrenal. Incidentaloma. Adenocarcinoma do pulmão.*

196. NÓDULO PULMONAR SUSPEITO EM DOENTE COM INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS DE REPETIÇÃO

A.R. Barreira, C.L. Figueiredo, C.S. Carvalho, I. Torres, C. Jardim, A. Miguel

Hospital de Santa Marta-Unidade Local de Saúde de São José.

Introdução: As infeções respiratórias de repetição podem estar associadas a sequelas pulmonares, como as bronquiectasias e, menos

frequentemente, as hipotransparências nodulares. Salienta-se a importância do diagnóstico diferencial das últimas com as neoplasias pulmonares.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 71 anos, ex-fumadora (10 UMA) e com história prévia de asma desde a infância e infeções respiratórias de repetição. Recorreu à consulta de Pneumologia com quadro clínico de cansaço e perda ponderal, apresentando em TC-torácica um nódulo lobulado espiculado, com cerca de 20 × 20 mm, no lobo superior direito, focalmente cavitado. Procedeu-se ao estudo adicional com PET-CT que evidenciou captação no nódulo pulmonar referido (SUV máximo = 2,3), destacando um padrão que não permitiu excluir malignidade, sem outras lesões suspeitas. A TC-CE não demonstrou lesões sugestivas de secundarismo. Optou-se por realizar biópsia pulmonar transtorácica, referindo-se difícil acesso ao nódulo, com colheita apenas de 1 fragmento e com histologia inconclusiva, a relatar apenas extensa área de fibrose e pigmento antracótico. Perante estes achados, tendo em conta os fatores de risco e as características radiológicas, optou-se pela intervenção cirúrgica, na qual foi realizada ressecção atípica no lobo superior direito por VATS. Ao corte observou-se área de maior consistência de limites mal definidos, heterogênea e com focos hemorrágicos. A histologia confirmou o diagnóstico de benignidade compatível com lesão cicatricial.

Discussão: Perante doente com fatores de risco para neoplasia do pulmão, salienta-se a importância do diagnóstico precoce e tratamento atempado. Apesar deste caso apresentar fatores de risco e clínica compatível com neoplasia pulmonar, bem como achados imagiológicos suspeitos, este diagnóstico acabou por não se confirmar. A lesão cicatricial encontrada estaria muito provavelmente associada a infeções respiratórias de repetição no passado, justificando também a dúvida da captação em PET-CT.

Palavras-chave: *Lesão cicatricial. Infeções respiratórias de repetição. Neoplasia pulmonar.*

197. SARCOMA DE KAPOSI: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

R.P. Fortes, C.F. Roquete, C. Couto, L. Santos, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: O sarcoma de Kaposi, tipicamente associado ao HIV, é uma neoplasia vascular causada por infeção pelo herpesvírus humano-8 (HHV8). Apresenta-se habitualmente com envolvimento mucocutâneo, sendo raro o envolvimento pulmonar primário. Descreve-se o caso de uma doente com sarcoma de Kaposi com envolvimento pulmonar exclusivo.

Caso clínico: Mulher de 33 anos, natural de Angola, e sem diagnósticos prévios, é internada para estudo de quadro consumptivo com seis meses de evolução, caracterizado por mal-estar geral, astenia e perda ponderal de 13 kg. Referia ainda tosse seca, toracalgia pleurítica, febre e odinofagia com duas semanas de evolução. À observação, salientava-se: candidíase orofaríngea, lesões vesiculares peri-orais de sugestão herpética e gânglios cervicais, retroauriculares e inguinais infracentimétricos. Não existiam outras alterações mucocutâneas e a auscultação pulmonar era normal. Dos exames realizados, destaca-se: Hb 5,3 g/dL (ferropénica e inflamatória), ferritina 2.000 ng/mL, leucocitose 14.100/uL (6.500 neutrófilos, 6.000 linfócitos), Na⁺ 124 mmol/L, FA 298 U/L, GGT 141 U/L, PCR 8,18 mg/dL e VIH positivo com linfócitos CD4 126/uL. A radiografia de tórax apresentava infiltrado reticular na metade inferior dos campos pulmonares bilateralmente. A TC toraco-abdomino-pélvica mostrou parênquima pulmonar com múltiplas lesões nodulares não cavitadas bilaterais, com gradiente basal, medindo até 2,5 cm, adenopatias supraclaviculares, axilares, mediastínicas, periaórticas, pericava, ilíacas e inguinais, bem como hepatoesplenomegalia. Fez BFO que mostrou duas pápulas hipervascularizadas eritematosas na parede anterior da traqueia, que se biopsaram. A histologia revelou proliferação vascular centrada no córion, com expressão para HHV8, consistente com sarcoma de Kaposi, pelo que a doente foi

referenciada a Oncologia. Posteriormente, foi positiva a PCR para *M. tuberculosis* no LBA e em mielocultura e a doente iniciou terapêutica antibacilar. Evoluiu desfavoravelmente com choque séptico por pneumonia nosocomial, refratário às medidas instituídas.

Discussão: É necessário um elevado índice de suspeição para lesões vasculares em doentes VIH positivos. A biópsia das lesões é essencial para o diagnóstico.

Palavras-chave: *Sarcoma de Kaposi. Tuberculose. Videobroncofibroscopia.*

198. SÍNDROME FEBRIL INDETERMINADO - UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE DE TUBERCULOSE

R.P. Fortes, C.F. Roquete, I. Ferreira, L. Santos, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A tuberculose é um importante problema de saúde pública em Portugal. O tempo mediano até ao diagnóstico é de 86 dias após o início dos sintomas, sendo 1/3 da demora atribuível aos cuidados de saúde.

Caso clínico: Mulher, 30 anos, natural de Angola, sem terapêutica habitual. Foi submetida a fertilização in vitro que resultou em gravidez gemelar e que evoluiu com aborto incompleto infetado. Não apresentou resposta a amoxicilina/clavulanato em ambulatório, com persistência de febre, sendo internada. À admissão, apresentava anemia normocítica normocrômica (hemoglobina 11,1 g/L), sem leucocitose, proteína C reativa de 6,6 mg/dL, elevação dos parâmetros de citocolestase (AST 230 U/L, ALT 233 U/L, FA 151 U/L, GGT 251 U/L), bilirrubina total de 0,35 mg/dl, LDH 390 U/L e creatinina de 0,82 mg/dL. Foi submetida a curetagem e aspiração sob controlo ecográfico, iniciando antibioterapia empírica com ampicilina, gentamicina e metronidazol. Manteve febre, sem outras alterações ao exame objetivo. Para pesquisa de foco infeccioso, colheu urocultura, hemoculturas, pesquisa de SARS-CoV-2, Influenza A e B e VSR, VDRL, serologias para hepatites (A, B, C e E) e VIH, pesquisa de *Plasmodium* e PCR para *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Todos os resultados foram negativos. Não foram detetadas alterações na radiografia de tórax. A TC abdominopélvica excluiu complicações pélvicas, mas referia heterogeneidade na densidade das bases pulmonares que motivou realização de TC tórax, com identificação de exuberante infiltrado micronodular bilateral, disperso, com distribuição centrilobular e áreas de densificação em vidro despolido. Apurou-se tosse seca com três semanas de evolução; neste contexto, realizou broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar. Não se detetou BAAR, mas a PCR para *M. tuberculosis* complex foi positiva. Dado apresentar citocolestase hepática com transaminases > 4xLSN fez ecografia abdominal, que relevou apenas hepatomegália. Iniciou terapêutica antibacilar com HRZE+B6 após a qual se verificou resolução dos picos febris diários e melhoria da citólise. A doente teve alta ao fim de 10 dias de internamento na Pneumologia, com indicação para manter seguimento no CDP.

Discussão: Perante um síndrome febril indeterminado, é importante manter um elevado índice de suspeição para o diagnóstico de tuberculose.

Palavras-chave: *Tuberculose. Síndrome febril indeterminado. Gravidez.*

199. UMA RARA FORMA DE METASTIZAÇÃO DA NEOPLASIA DO PULMÃO

A. Fernandes, K. Cunha, D. Neves, H. Ramos, U. Brito

Unidade Local de Saúde do Algarve.

Introdução: O diagnóstico histológico na neoplasia do pulmão é determinante para a instituição da terapêutica adequada. O atraso na sua obtenção compromete o prognóstico do doente.

Caso clínico: Homem de 72 anos, ex-fumador (90 UMA), trabalhador em fábrica de cortiça 12 anos. História de enfisema com ressecção de bolhas aos 57 anos, DPOC provável e hérnia inguinal direita. Em estudo de massa pulmonar desde Nov/2019, a aguardar diagnóstico (já realizadas múltiplas biópsias e citologia). Recorreu ao SU a 9/9/2020 por dor abdominal, vômitos e obstipação com vários dias de evolução. Apresentava-se apirético, eupneico, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações, abdómen distendido sem defesa. Analiticamente leucocitose de 14.500 e PCR 75 mg/dL. GSA (FiO2 21%) pH 7,59, pCO2 43, pO2 54,3, HCO3 42,6 mmHg, satO2 88,9%. TC-abdominal: (...) marcada distensão gástrica e distensão líquida de várias ansas de delgado com vários níveis hidroaéreos, condicionada por imagem sólida com aparente origem em ansa de delgado localizada na vertente posterior direita da escavação pélvica, com extensão longitudinal de 10 cm, sugestiva de neoformação? lesão polípode com invaginação? Colocada SNG com saída de 7L de conteúdo esverdeado. Submetido a cirurgia por oclusão intestinal (delgado), identificando-se tumoração do apêndice abcedada e perfurada a esse nível, condicionando apendicectomia e drenagem do abscesso. Ficou internado na Cirurgia Geral com apoio da Pneumologia, cumpriu 7 dias de ceftriaxona e metronidazol com melhoria gradual do quadro abdominal e agravamento da dispneia habitual (mMRC 2 - > 4). A 21/9/2020 o resultado da última biópsia aspirativa transtorácica revelou carcinoma de pequenas células. O doente foi transferido para o Serviço de Pneumologia, contudo dado o rápido agravamento do estado geral não foi possível o início da QT e começou seguimento pelos Cuidados Paliativos. A 29/9/2020 o resultado da peça operatória identificou Carcinoma neuroendócrino moderadamente diferenciado, compatível com metastização do carcinoma pulmonar diagnosticado dias antes. O doente veio a falecer na semana seguinte.

Discussão: O carcinoma pulmonar de pequenas células caracteriza-se pelo seu potencial de metastização, por vezes, são metástases em locais inusitados que nos podem levar ao diagnóstico.

Palavras-chave: *Carcinoma pulmonar pequenas células. Metastização. Apêndice.*

200. PARA ALÉM DA DPOC - CASO CLÍNICO

F.S. Correia, B. Ferraz, T. Feliciano, F. Gonçalves, J. Gomes

Unidade Local de Saúde de Santo António.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é atualmente uma das principais causas de morbimortalidade a nível mundial. Caracterizada por alternar entre períodos de estabilidade e de exacerbação, cada vez mais existe a perceção de alteração do microbioma da via aérea destes indivíduos e a sua colonização por microrganismos potencialmente patogêneos (PPM). O papel dos PPM nas exacerbações é sucessivamente mais discutido. Associadas também ao tabagismo, as neoplasias de cabeça e pescoço podem culminar na realização de traqueostomia que, por sua vez, acrescenta uma porta de entrada para microrganismos e consequente colonização do trato respiratório. A distinção entre exacerbação ou colonização em doentes com pluripatologia, sintomáticos e com isolamentos frequentes de PPM é difícil e promove um uso excessivo de antibioterapia.

Caso clínico: Homem de 72 anos, autónomo. Tabagismo no passado (carga tabágica de aproximadamente 45 UMA). Seguido em Consulta Externa de Pneumologia por DPOC GOLD 3A. Diagnóstico de neoplasia das cordas vocais em 2022, submetido a laringectomia total com esvaziamento ganglionar cervical bilateral e traqueostomia. Realizada radioterapia adjuvante, que complicou com radiodermite cervical. Após traqueostomia iniciou queixas de aumento do volume de expectoração, com múltiplos isolamentos de *Staphylococcus aureus* meticilina-sensível (MSSA). Realizados ciclos de antibioterapia dirigidos de acordo com antibiograma, com boa resposta, mas posterior recidiva. Dado isolamento persistente de MSSA e queixas de broncorreia agra-

vada, discutido caso com Otorrinolaringologista e Oncologista assistentes, tendo-se optado por realização de broncofibroscopia para colheita de amostras da via aérea inferior para microbiologia, que foram estéreis. Concomitantemente realizou-se colheita de expectoração pelo doente, com isolamento de MSSA. Atendendo aos resultados obtidos, assumiu-se colonização de traqueostomia por MSSA.

Discussão: Com este caso clínico pretende-se reiterar a dificuldade da diferenciação entre colonização e exacerbação, levando à realização de ciclos de antibioterapia indevidos, podendo acarretar um papel relevante no desenvolvimento de resistências a antibioterapia.

Palavras-chave: DPOC. Neoplasia. Colonização.

201. PNEUMOCISTOSE PULMONAR INDUZIDA POR CORTICÓIDE EM BAIXA DOSE - CASO CLÍNICO

I. Silva, A. Vale, A. Loureiro

ULTMAD.

Introdução: A pneumocistose é uma infeção potencialmente fatal, que se desenvolve tipicamente em doentes com quadros de imunossupressão, incluindo terapêutica com glicocorticóides e imunossuppressores, sendo indicada instituição de profilaxia da pneumocistose em casos específicos.

Caso clínico: Homem, 81 anos, antecedentes de pneumonite de hipersensibilidade fibrótica, seguido em consulta de Doenças Difusas do Pulmão, tendo iniciado prednisolona 10 mg por clínica de dispneia e tosse, com melhoria clínica significativa, pelo que manteve tratamento. Após 6 meses de terapêutica, recorre ao SU por quadro de dispneia com agravamento rapidamente progressivo associado a tosse produtiva com 4 dias de evolução. À admissão, com sinais de dificuldade respiratória, hipoxémia grave e analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios. Realizou angioTC torácica com evidência de consolidações em vidro despolido, multifocais e bilaterais. Admitido em Unidade de Cuidados Intermédios. Iniciou suporte respiratório com ventilação mecânica não invasiva e antibioterapia empírica para pneumonia adquirida na comunidade e pneumocistose pulmonar (em função de imagem compatível) e corticoterapia sistémica em doses elevadas. Sem isolamentos microbiológicos no estudo inicial. A D2 de internamento, por agravamento clínico com ARDS grave, iniciou ventilação mecânica invasiva e novo rastreio sético confirma pesquisa de PCR de *Pneumocystis jirovecii* em secreções brônquicas positiva. Assumida então diagnóstico definitivo de pneumocistose, mantendo terapêutica com cotrimoxazol durante 9 dias, com necessidade de substituição por esquema alternativo por toxicidade, tendo iniciado clindamicina e primaquina, cumprindo no total 21 dias de tratamento. Extubado a D14 de internamento, tendo sido transferido para enfermaria de Pneumologia a D20, clinicamente melhorado, com resolução progressiva da insuficiência respiratória.

Discussão: Este caso clínico pretende alertar para a possibilidade de infeção por *Pneumocystis jirovecii* em doentes sob terapêutica imunossupressora sem indicação para profilaxia segundo as recomendações atuais e para a eventual necessidade de considerar outros fatores clínicos na decisão de instituição da mesma.

Palavras-chave: Pneumocistose. Pneumonia. Imunossupressão.

202. MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO SEM EXPOSIÇÃO A ASBESTO - UM CASO CLÍNICO

S. Pimentel, S. Fontão, L. Mateus, M. Cavaco, A. Nunes, C.R. Silvestre, C. Cardoso, T. Falcão

Unidade Local de Saúde do Oeste - Hospital de Torres Vedras.

Introdução: Embora raro, o mesotelioma pleural maligno é um tumor agressivo. Surge sobretudo no doente idoso e está associado à exposição a asbesto.

Caso clínico: Homem de 55 anos sem antecedentes relevantes e sem exposição conhecida. Recorreu ao Serviço de Urgência por cansaço fácil, astenia e tosse seca em agravamento progressivo nos últimos 2 meses, com perda ponderal de 6 Kg em 6 meses; presença de tumefação na parede anterior do hemitórax esquerdo desde há 5 meses. À admissão, apresentava diminuição do murmúrio vesicular nos dois terços inferiores do hemitórax esquerdo. Gasimétrica e laboratorialmente sem alterações de relevo. A radiografia torácica revelou hipotransparência homogénea nos dois terços inferiores do campo pulmonar esquerdo, sugestiva de derrame pleural; a TC torácica documentou um volumoso derrame pleural esquerdo, com apenas parte do lobo superior arejado, bem como nodularidades densas no seio do derrame, a mais anterior com extensão subpleural e cerca de 5 cm. Realizou-se toracocentese diagnóstica e evacuadora ecoguiada, com saída de líquido serohemático, e colocou-se dreno torácico. A análise do líquido pleural demonstrou tratar-se de um exsudado com predomínio de macrófagos, com citologia negativa para células malignas; exame químico com glicose 95 mg/dL, proteínas 4,1 g/dL, albumina 2,9 g/dL, LDH 83 U/L, amilase 27 U/L; ADA 11 UI/L; exames microbiológico e micobacteriológico negativos. A TC de reavaliação pós-remoção do dreno revelou derrame pleural circunferencial e localizado em toda a extensão do hemitórax esquerdo; clinicamente, sem condicionar insuficiência respiratória. O doente foi submetido a biópsia trans-torácica, cuja histologia foi compatível com mesotelioma maligno epitelioide de baixo grau. Do estudo de estadiamento, a destacar infiltração do quinto espaço intercostal da parede torácica anterior esquerda. O doente iniciou quimioterapia com pemetrexedo e carboplatina.

Discussão: Realça-se este caso pela raridade da patologia e por surgir num doente jovem e sem exposição conhecida a asbesto. O desvio de uma apresentação dita típica como esta torna o diagnóstico mais desafiante, requerendo um elevado grau de suspeição clínica.

Palavras-chave: Mesotelioma pleural maligno. Pleura. Líquido pleural.

203. DOENTES COM DÉFICE DE ALFA-1 ANTITRIPSINA SOB TERAPÊUTICA NUM CENTRO HOSPITALAR

S. Pinto, C. Santos, F. Rodrigues

Unidade Local de Saúde Santa Maria.

Introdução: O défice de alfa-1 antitripsina (A1AT) é uma condição rara, sub diagnosticada, que afeta os pulmões, causando enfisema e bronquiectasias, e o fígado. Genótipos como ZZ e Null associam-se a défice grave de A1AT, com risco elevado de patologia. A terapêutica de reposição com proteína purificada, em doentes selecionados, pretende obter níveis séricos de A1AT acima do limiar protetor e atrasar a progressão do enfisema

Casos clínicos: Descrever os doentes com défice de A1AT sob terapêutica de reposição no Hospital de Dia Pneumológico de um Centro Hospitalar. Revistos os processos clínicos dos doentes sob terapêutica de reposição de A1AT em 2023. Identificados 10 doentes, média de idades 63 anos, metade do sexo masculino e a maioria (n = 6) com história de tabagismo. Ao diagnóstico, o genótipo mais comum (n = 6) foi ZZ, os restantes doentes tinham genótipos diferentes: SZ; ZMmalton; Q0Mmalton; SMHeerlen. O valor médio de A1AT ao diagnóstico foi 16,5 mg/dL, todos tinham enfisema pulmonar, três tinham bronquiectasias e três, doença hepática com alterações laboratoriais e imagiológicas. Funcionalmente, cinco doentes tinham FEV1 pós broncodilatação entre 30-49% do previsto, um doente tinha FEV1 pós broncodilatação < 30% do previsto. A maioria (n = 6) tinha capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO) entre 30-59% do previsto. Três doentes tinham insuficiência respiratória, um com critérios de oxigenoterapia de deambulação. A idade média de início de tratamento foi 58 anos (mínima 38 e máxima 65), a

maioria cumpre reposição há mais de 5 anos (mínimo 1 e máximo 20). Em follow up em 2023 destaca-se agravamento generalizado do enfisema e bronquiectasias, seis doentes com insuficiência respiratória (quatro sob oxigenoterapia de longa duração) e seis com doença hepática. Funcionalmente, registou-se queda anual média de FEV1 pós broncodilatação de 70 mL com três doentes com FEV1 < 30% do previsto. De forma geral, a DLCO manteve-se sobreponível. Estudos mostraram eficácia da terapêutica de reposição no atraso do declínio da função pulmonar, maior quanto mais cedo no decurso da doença se inicie o tratamento e em doentes com alteração funcional moderada (FEV1 30-65% do previsto).

Caso clínico: Apesar do agravamento expectável, verifica-se uma queda funcional inferior à prevista em doentes com défice grave de A1AT e história de tabagismo sem terapêutica.

Palavras-chave: *Défice de alfa-1 antitripsina.*

204. UMA CAUSA DIFERENTE DE BRONQUIECTASIAS

S. Pinto, T. Abreu, C. Bárbara

Unidade Local de Saúde de Santa Maria.

Introdução: Bronquiectasias são uma patologia frequente na consulta de Pneumologia Geral, nem sempre a sua causa é clara, estão por vezes associadas a sequelas infecciosas, a patologia sistémica autoimune ou até a imunodeficiências, podendo exigir uma investigação etiológica extensa.

Caso clínico: Doente de 64 anos, não fumador, sem exposições de relevo. Do ponto de vista respiratório, antecedentes de pneumonia grave com necessidade de internamento, seguido em consulta de Pneumologia para vigilância de alterações imagiológicas pulmonares no contexto da pneumonia, com resolução destas. Concomitantemente, identificado em TC do tórax, no lobo inferior direito, área de densificação reticular associada a bronquiectasias de tração; não localizadas no local da pneumonia previamente descrita. Sem queixas supurativas e sem outras intercorrências infecciosas de relevo no passado. Realizada investigação etiológica das bronquiectasias,

sem suspeita de aspiração de corpo estranho, imunodeficiência e estudo de autoimunidade negativo. Pelas características do conglomerado bronquectásico, adjacente a deformação osteofitária da coluna dorsal, assumido o efeito compressivo extra pulmonar desta deformação e o consequente arejamento deficiente dessa região do pulmão como etiologia das bronquiectasias.

Discussão: Tratando-se de uma patologia com um leque extenso de etiologias, nem sempre esclarecida, surge um caso de um doente com bronquiectasias num contexto pouco frequente, consequentes da alteração da conformação pulmonar condicionada por compressão extrínseca ao pulmão.

Palavras-chave: *Bronquiectasias. Osteofitos.*

205. PRIMUM NON-NOCERE: UM CONCEITO SEMPRE ATUAL

T. Belo, P. Fernandes, A. Paiva, B. Couto

CHTV.

Introdução: A laceração ou traumatismo traqueal é uma complicação rara que pode ocorrer após procedimentos como intubação, cirurgia, ou procedimentos endobrônquicos. Apesar da sua baixa incidência, trata-se de uma complicação potencialmente fatal.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 46 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, admitida para cirurgia eletiva. Durante o período pós operatório desenvolveu quadro de enfisema subcutâneo exuberante, tendo sido posteriormente constatada ruptura traqueal (em TC tórax). Após observação por Cirurgia Torácica e discussão em equipa, optou-se por abordagem conservadora, com posterior resolução espontânea após 3 semanas de internamento.

Discussão: Classicamente, nas ruturas traqueais de maiores dimensões, a cirurgia era a abordagem preferencial. Com este caso pretendemos ilustrar o benefício em termos de custo-efetividade de uma abordagem conservadora.

Palavras-chave: *Laceração traqueal. Conservador.*