



16º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico
49^{as} Jornadas de Actualização Pneumológica
Alcobaca, 26 e 27 Junho 2025

ÍNDICE

Comunicações orais	2
Posters	4
Resumos	63

16º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico
Alcobaça, 26 e 27 Junho 2025

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 1. UTILIDAD DE LA ECOENDOSCOPIA REALIZADA POR UN BRONCOSCOPISTA EN REGIONES NO ACCESIBLES A LA ECOBRONCOSCOPIA

AM Martín-Varillas, AG Salazar, EC Prieto, L Gil, T Clavero, M Iglesias R Cordovilla, JA Cascón

Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN: Hasta el 8% de los cánceres de pulmón presentan metástasis al diagnóstico.

La última actualización del TNM (9ª edición) recomienda confirmar el número y localización de las metástasis, ya que puede tener implicaciones en el pronóstico y el tratamiento. El objetivo es estudiar la utilidad del EUS-B en las regiones no accesibles al EBUS realizada un neumólogo.

DESCRIPCIÓN: Utilizando una base de datos prospectiva, se incluyeron entre julio de 2016 y noviembre de 2024 de manera retrospectiva todos los pacientes con una ecoendoscopia realizada por un neumólogo (EUS-B) en la que se hubiera puncionado alguna región no accesible al EBUS (NAAE). Se analizó el resultado anatomopatológico de dichas regiones, así como el resultado global del procedimiento. Consideramos adecuadas las muestras positivas para malignidad o que presentaban tejido linfóide o suprarrenal.

En total se incluyeron 150 pacientes (73,4% hombres) con una edad media de $69,1 \pm 8,5$ años.

Se puncionaron las regiones: 8 (n=50, 9.1 mm, 2.8 pases), 9 (n=11, 9.7 mm, 2.7 pases), tronco celíaco (n=9, 9.3 mm, 3.1 pases), Suprarrenal izquierda (SRI) (n=80, 20.5 mm, 2.7 pases).

El 82% (123/150) de las muestras fueron adecuadas, 42 de ellas (28% del total) positivas para malignidad. Con los siguientes diagnósticos: 24 adenocarcinoma (57,14% de las positivas), 8 microcítico, 5 escamoso, 2 indiferenciado no microcítico, 1 neuroendocrino, 2 metástasis (1 renal, 1 colon).

La punción de estas regiones NAAE derivó en un cambio en el TNM en 34 ocasiones (respecto al resultado del EBUS y de las regiones accesibles mediante EUS-B), esto supone

el 81% de las muestras positivas. En 6 ocasiones fueron las únicas regiones positivas de todo el procedimiento EBUS+EUS-B: 2 veces en 8 y 4 veces la SRI.

No se objetivaron complicaciones relevantes.

CONCLUSIONES:

1. La punción mediante EUS-B de regiones no accesibles al EBUS es útil, con una rentabilidad que supone un cambio en la estadificación de los pacientes con cáncer de pulmón.
2. Es una técnica asequible de realizar por el neumólogo y segura para el paciente.

Palabras-Chave: Ecoendoscopia, broncoscopista, cáncer, estadificación

CO 2. ¿De qué hablan los pacientes con asma cuando nadie los escucha? Análisis de métodos mixtos de las opiniones de los pacientes del foro de medios sociales Reddit: un estudio observacional

EC Prieto-Maillo, AG Salazar-Palacios, AM Martín-Varillas, J Ramos-González, I Dávila-González, D Palacios-Ceña, JN Cuenca-Zaldivar, E Curto-Sánchez

Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN: El uso de las redes sociales, como Reddit, para obtener y compartir información sobre una enfermedad es una práctica habitual. En el asma, que es una enfermedad limitante por sus síntomas y que precisa la implicación y adherencia de los pacientes en el manejo del tratamiento, no se han descrito los contenidos de las publicaciones y las áreas de interés por los pacientes y usuarios de Reddit. El objetivo de este estudio ha sido describir los temas (en adelante “topics”) tratados por usuarios en el foro Reddit de asma e identificar los sentimientos y polaridad del lenguaje utilizado en los posts.

METODOLOGÍA: Estudio observacional retrospectivo de posts públicos en el fórum subreddit asthma (r/Asthma), durante un año (Octubre 2023-Octubre 2024). Se incluyeron todos los posts e hilos derivados. Los

mensajes se revisaron manualmente y se excluyeron los no relacionados con el asma. Se realizó un análisis mediante métodos mixtos: análisis por lematización del texto, análisis estructural por modelos en base a temas identificadas por su frecuencia de aparición, y análisis de sentimiento-polaridad. El análisis estadístico se realizó mediante el programa R Ver. 4.1.3. y nivel de significación estadística fue $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se identificaron un total de 7806 posts después de eliminar los duplicados. Se identificaron clusters de 25 topics, distribuyéndolos en función de su peso (figura 1). No se encontraron diferencias significativas en la evolución de los topics emergentes a lo largo del año excepto en topic 20 (petición de consejo a personas que tienen asma) ($P = .04$), en topic 21 (pruebas médicas que se deben revisar periódicamente) ($P = .04$) y en topic 22 (épocas del año en las que se producen los ataques) ($P = .03$). Se identificaron discordancias en los sentimientos/emociones dependiendo de los diccionarios utilizados (figura 2): predominio de sentimientos positivos en el diccionario Afinnm, mientras en los diccionarios Stanford NLP, Bing y NRC, eran significativos los sentimientos negativos.

CONCLUSIONES: Estos resultados pueden servir de guía para identificar necesidades ocultas de los pacientes y ayudar a los profesionales para desarrollar intervenciones específicas hacia topics relevantes para los pacientes.

Palavras-Chave: Asma, Reddit, subreddit, sentimientos

CO 3. Efficacy of Antifibrotics in Idiopathic Pulmonary Fibrosis Associated to Emphysema

RV Sequeira, AM Morais

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

INTRODUCTION: Idiopathic Pulmonary Fibrosis (IPF) is a progressive fibrotic interstitial lung disorder with poor prognosis. In some patients, IPF coexists with emphysema, an entity known as Idiopathic Pulmonary Fibrosis Associated to Emphysema (CPFE). There is no clear data regarding antifibrotics' (AF) efficacy in this subgroup. Therefore, the aim of this study is to assess AF efficacy in CPFE patients, compared to IPF.

MATERIALS AND METHODS: Patients' data was retrospectively collected, including smoking habits, comorbidities, pulmonary function tests (PFT), thoracic computed tomography scans and AF prescription. Evaluated outcomes were overall survival and disease progression on PFT and thoracic imaging at 6, 12 and 24 months since AF prescription. Statistical analyses considered three subgroups, according to CPFE identification and extension (above or below 15%). Survival was evaluated using Cox regression and Kaplan

Meier methods, and adjusted to comorbidities.

RESULTS: This cohort encompasses 118 patients, 97 (82.2%) males, 75.8 years on average, 32 (27.1%) with CPFE - 20 (16.9%) above 15% (CPFE>15%). No significant differences were found in age, gender, smoking habits, comorbidities or PFT parameters at baseline, between IPF and CPFE>15% (except lower DLCO and FEV1/FVC in CPFE>15%). There were no significant differences regarding death [50.0% vs 70.9%, $X^2(1, N = 106) = 3.21$, $p = 0.073$] or lung transplantation [10.0% vs 2.2%, $X^2(1, N = 36) = 0.01$, $p = 0.906$]. No significant differences in fibrosis extent or PFT parameters' evolution at 6, 12 or 24 months. CPFE>15% had worse overall survival than IPF, though not significantly (45.3 months, 95%CI [34.3-56.3] vs 56.8 months, 95%CI [45.8-67.8], respectively; log rank 0.01, $p = 0.929$).

CONCLUSIONS: CPFE patients seemingly have similar responses to AF, compared to IPF. However, their tendency to poorer survival suggests a higher relevance of early treatment and particular care in management of comorbidities.

Palavras-Chave: Idiopathic Pulmonary Fibrosis, Pulmonary Emphysema, Interstitial Lung Diseases, Antifibrotics

16º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico
Alcobaça, 26 e 27 Junho 2025

POSTERS

1. CUANDO EL TÓRAX HABLA CLARO: SARCOIDOSIS EN SU FORMA MÁS RECONOCIBLE

P Torres Piñero, A González Rosa, A Ríos Laguna, S Rodríguez Tardón, MJ Corbi Cobo-Losey, AR Sánchez Serrano.

Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología autoinmune con componente genético, más prevalente en mujeres entre 20-40 años. El pulmón es el órgano más afectado, manifestándose como disnea, tos, broncoespasmo y dolor torácico. La sospecha diagnóstica es radiológica, y el diagnóstico de certeza histológico, objetivándose granulomas epitelioides no caseificantes. Su pronóstico es favorable, y el tratamiento de elección es la corticoterapia, que no evita la posible aunque infrecuente evolución a fibrosis pulmonar.

CASO CLÍNICO: Se expone el caso clínico de un paciente de 62 años con antecedente de neumonía por COVID-19 (2022), no fumador, trabajador agrícola y ganadero, con exposición laboral a herbicidas. Fue derivado al servicio de Neumología desde Atención Primaria por cuadro clínico de disnea de esfuerzo desde hace 10 meses, con evolución progresiva hasta 2-4 mMRC, tos seca con episodios de afonía intermitentes, e hiperreactividad bronquial con procesos catarrales.

En la exploración destacan una disminución global de los ruidos respiratorios, con leves crepitantes finos en base derecha, y la palpación del bazo 2-3 cm bajo el borde costal.

Se solicitan como pruebas complementarias:

Rx de tórax: patrón alveolo-intersticial bilateral de predominio en campos medios, con imágenes lineales y micronodulares.

TACAR: numerosos nódulos milimétricos de distribución peribroncovascular bilateral y perihiliar. Engrosamiento nodular de septos interlobulillares y nódulos subpleurales que forman pseudoplaquetas. Adenopatías subcentimétricas, algunas calcificadas, en mediastino, hilos y mesenterio. Paniculitis mesentérica y esplenomegalia.

Pruebas de función respiratoria: FENO de 31 ppb (nivel

intermedio). Espirometría compatible con alteración ventilatoria restrictiva leve no reversible y prueba broncodilatadora negativa.

CONCLUSIONES: Es una patología crónica en el 30% de los pacientes, con una mortalidad del 1-5% debida a la fibrosis pulmonar.

La presencia de anomalías radiológicas sin clínica asociada no requiere tratamiento con corticosteroides.

El diagnóstico requiere de un estudio de imagen de tórax y una broncoscopia con biopsia de ganglios linfáticos. Además de completarse con analítica (Ca, VSG, ECA y autoinmunidad) y serología de bacterias atípicas.

Palabras-Chave: Sarcoidosis, Granuloma, Fibrosis pulmona

2. Esclerose Sistémica Cutânea Limitada com envolvimento Pulmonar?

CM Jardim, AR Barreira, IM Torres1, J Rodrigues, A Mineiro, A Miguel

Hospital de Santa Marta ULS São José

INTRODUÇÃO: A esclerose sistémica cutânea limitada (lcSS) é uma doença autoimune do tecido conjuntivo, caracterizada por fibrose progressiva da pele, com predomínio nas extremidades distais, face e pescoço. Cerca de 25% dos doentes com lcSS desenvolvem doença pulmonar intersticial (DPI), sendo o padrão mais comum o NSIP (pneumonia intersticial não específica). A presença de um padrão histológico do tipo UIP (pneumonia intersticial usual), embora menos frequente, associa-se a pior prognóstico. A avaliação e seguimento multidisciplinar são fundamentais para a correta abordagem terapêutica e prognóstica destes casos.

DESCRIÇÃO: Relata-se o caso de uma doente de 42 anos, não fumadora, com antecedentes de lcSS diagnosticada aos 39 anos. Enviada à consulta por alterações radiológicas sugestivas de NSIP. À data, sem clínica respiratória. Em reunião multidisciplinar de patologia do interstício onde se decide pelo início de terapêutica imunossupressora pelos achados pulmonares. Foi feita avaliação periódica da doente e durante este período, verificou-se alteração do padrão radiológico inicial, agora com alterações não enquadráveis em qualquer

padrão específico, pelo que em nova RMD, decide-se pela realização de uma criobiópsia pulmonar que evidência alterações inflamatórias/fibróticas não classificáveis em qualquer padrão histopatológico. Sem novas queixas respiratórias associadas, pelo que se manteve terapêutica imunossupressora.

CONCLUSÃO: Este caso evidencia uma apresentação atípica de envolvimento pulmonar em lcSS, com evolução para um padrão imagiológico e histológico não classificável. Reforça-se a importância do seguimento multidisciplinar e da reavaliação periódica nestes doentes, mesmo na ausência de clínica respiratória, para uma intervenção terapêutica precoce e individualizada.

Palavras-Chave: Esclerose sistémica cutânea limitada; Doença pulmonar intersticial; Criobiópsia pulmonar; Abordagem multidisciplinar

3. Uma Jornada Clínica de Pneumonia Eosinofílica Crónica com Parasitose Associada

CM Jardim, AR Barreira, IM Torres, J Rodrigues, A Mineiro, A Miguel

Hospital de Santa Marta ULS São José

INTRODUÇÃO: A pneumonia eosinofílica crónica (PEC) é uma doença pulmonar rara e idiopática caracterizada pela infiltração eosinofílica nos pulmões, resultando em sintomas respiratórios progressivos. Embora a sua etiologia seja predominantemente idiopática, diversos fatores têm sido implicados na sua génese. Entre as causas identificadas, destacam-se as infeções parasitárias, resultando na presença de eosinófilos nas vias respiratórias e no parênquima pulmonar.

DESCRIÇÃO: Apresenta-se o caso de um homem de 69 anos, reformado de inspetor sanitário agrícola, que se apresenta com quadro com meses de evolução de tosse seca e irritativa refratária à terapêutica com mucolíticos, anti-histamínico e corticoide oral. A tomografia computadorizada (TC) de tórax realizada em agosto de 2024 revelou reticulações subpleurais, bronquiolectasias de tração e uma pequena condensação nodular sub-pleural lobar inferior esquerda. A função pulmonar mostrou-se sem alterações com FEV1 de 3,32 L (115%) e DLCO de 99%. Analiticamente com IgE elevada (1568) e eosinofilia (770/uL). Neste contexto, procedeu-se à realização de biópsia pulmonar transtorácica guiada por TC, que evidenciou fibrose densa, elastose e infiltração intersticial por linfócitos e eosinófilos, sem sinais de pneumonia organizativa, granulomas ou neoplasia. Identificaram-se parasitas nas fezes, tendo iniciado tratamento com albendazol, com subsequente resolução dos sintomas respiratórios. O paciente também identificou possível refluxo gastroesofágico (DRGE), tendo eliminado bebidas alcoólicas da dieta, resultando em melhoria adicional. Em abril de 2025, realizou-se reavaliação imagiológica, evidenciando, na TC torácica, alterações intersticiais inespecíficas e resolução da lesão previamente biopsada.

Do ponto de vista analítico, observou-se uma redução da eosinofilia periférica.

CONCLUSÃO:: Este caso clínico ilustra a complexidade diagnóstica da PEC, especialmente quando associada a fatores como parasitose e DRGE. A abordagem terapêutica deve ser abrangente, incluindo tratamento antiparasitário, controle de sintomas gastrointestinais e monitorização regular da função pulmonar e eosinofilia. A resposta ao tratamento e a estabilidade clínica sugerem um prognóstico favorável, embora a vigilância contínua seja essencial para detetar possíveis recidivas ou complicações.

Palavras-Chave: Pneumonia Eosinofílica Crónica; Eosinofilia; Parasitose; Doença do refluxo Gastroesofágico.

4. Parotidite aguda associada ao uso de ventilação não invasiva

BM Almeida, T Rodrigues, P Rosa

Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo

INTRODUÇÃO: A parotidite aguda é uma inflamação da glândula parótida, que pode ter diversas causas, nomeadamente infeções virais e bacterianas, obstrução mecânica, desidratação e inflamação pós-radioterapia. A ventilação não invasiva (VNI) pode predispor ao desenvolvimento de parotidite aguda por perturbação do fluxo de saliva através do canal de Stenon (ducto parotídeo). Isto pode resultar do aumento da pressão intraoral, que promove o fluxo retrógrado de ar e saliva através do canal (pneumoparotidite), ou da sua compressão pela máscara oronasal.

CASO CLÍNICO: Doente do sexo masculino, 88 anos, ex-fumador, com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) GOLD 3E e síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS), sob VNI noturna e diurna por períodos. Internado no Serviço de Pneumologia por exacerbação de DPOC e insuficiência respiratória global crónica agudizada, com necessidade de VNI contínua. Ao 5.º dia, apresentou como intercorrência tumefação, dor, calor e eritema na região da parótida esquerda, associado a discreto aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou ecografia das partes moles que evidenciou aumento volumétrico da glândula parótida esquerda, heterogeneidade escostrual fina, edema do tecido conjuntivo e adiposo que circunda a parótida esquerda, sem dilatação do ducto de Stenon ou lesões focais. Neste contexto, assumiu-se o diagnóstico de parotidite aguda alitiásica associada ao uso de VNI. Atendendo à gravidade da insuficiência respiratória e à impossibilidade de suspender a VNI, foi alterada a interface da ventilação, reforçada a hidratação oral e iniciada antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico, que cumpriu durante 10 dias, com resolução do quadro.

CONCLUSÃO: A parotidite aguda é uma complicação rara que pode surgir em doentes sob VNI, particularmente naqueles que utilizam máscara oronasal e ventilação por longos períodos. Este caso clínico pretende demonstrar a importância da alteração da interface respiratória, quando a suspensão da ventilação não é possível, aliada ao reforço hídrico e à antibioterapia.

Palavras-Chave: Parotidite aguda; pneumoparotidite; ventilação não invasiva; doença pulmonar obstrutiva crónica.

5. Nódulos Pulmonares Múltiplos - a propósito de um caso raro

CG Silva, S Pimentel, S Fontão, L Mateus, M Cavaco, CR Silvestre, N André, T Falcão

ULS Oeste

INTRODUÇÃO: Os nódulos pulmonares detetados de forma acidental em exames de imagem são geralmente assintomáticos. As suas causas podem dividir-se em malignas (neoplasias primárias ou secundárias pulmão) e benignas (infeciosas, vasculares, e tumores benignos). A abordagem varia consoante o risco de malignidade.

CASO CLÍNICO: Mulher, 67 anos, caucasiana. Auxiliar de ação educativa. Não fumadora.

Foi enviada à consulta de Pneumologia, em Janeiro de 2006, para esclarecimento de achados em TC torácica (múltiplos nódulos pulmonares difusos, com diâmetros de 4 a 12 mm, contornos irregulares, sem cavitação ou calcificação) sugestivos de secundarização. A doente estava assintomática e com exame objetivo sem alterações.

Realizou broncofibroscopia (normal), sendo a citologia das secreções brônquicas negativa para malignidade e os exames microbiológicos negativos. Realizou endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ecografia pélvica, mamografia, ecografia da tiroide, sem evidência de alterações.

Face a ausência de diagnóstico, foi submetida a biópsia pulmonar cirúrgica por Video Assisted Thoracic Surgery com resseção atípica do lobo superior esquerdo. O estudo anátomo-patológico revelou hamartomas não condromatosos.

Abandonou a Consulta de Pneumologia.

Em Junho de 2024 é referenciada de novo à consulta de pneumologia, por suspeição de metastização pulmonar, sendo portadora de TC tórax com múltiplas calcificações nodulares disseminadas, de distribuição sobreponível ao padrão nodular descrito em TC tórax de 2006.

Face à evolução do padrão radiológico num horizonte temporal de 20 anos, em doente assintomática e sem atingimento de outros órgãos ou sistemas, concluiu-se por um processo normal de calcificação das lesões

hamartomatosas previamente diagnosticadas.

CONCLUSÃO: Este caso realça a importância de uma abordagem diagnóstica sistematizada para exclusão de doença maligna. Trata-se de um caso raro, de hamartomas pulmonares bilaterais, que levantaram a suspeição de secundarização.

Os hamartomas correspondem a 75% dos tumores benignos do pulmão e a 8% dos nódulos pulmonares solitários. Apenas 0,6% dos casos de hamartoma são múltiplos. Podem ser condromatosos (mais comum), leiomiomatosos ou mistos. Tipicamente são assintomáticos e encontrados de forma incidental como nódulos solitários do pulmão.

Palavras-Chave: nódulos, hamartomas, múltiplos

6. Nodulo pulmonar hipercaptante: e se não for cancro?

ADias, JCouto, MAMarques, YMartins

ULS Coimbra

A amiloidose é uma doença caracterizada pela acumulação de proteínas em forma de lâminas β insolúveis que, dependendo da proteína envolvida, afetam diferentes órgãos, inclusive o pulmão. A nível pulmonar a amiloidose pode manifestar-se como consequência de envolvimento sistémico ou como doença localizada, com aparecimento de depósitos nodulares. A deteção de nódulos pulmonares de natureza amiloide por PET é incomum. Neste trabalho, descrevemos um caso incomum de nodulo amiloide hipercaptante em PET.

Mulher de 79 anos, com antecedentes pessoais de doença coronária, fibrilhação auricular, diabetes mellitus e asma, foi referenciada a consulta de Pneumologia por

achado em TC-torácica de nodulo com 29mm no lobo inferior do pulmão direito, com calcificações intrínsecas. A doente era não fumadora, sem exposição ambiental de risco e não apresenta sintomas constitucionais ou respiratórios. Realizou PET-CT que revelou o nodulo supracitado, com 28x14mm, com captação aumentada de FDG-F18 (SUVmax:5.1), sem lesões suspeitas a outros níveis. Pela suspeição de neoplasia, a doente foi submetida a biópsia pulmonar guiada por TC cuja histopatologia identificou nódulo amiloide pulmonar caracterizado pela matriz amorfa com vermelho de Congo positivo com birrefringência verde e também PAS positivo.

A presença de amiloidose pulmonar nodular pode ser secundária à presença de uma doença linfoproliferativa, nomeadamente a linfomas MALT, pelo que a doente se encontra atualmente sob investigação complementar.

O envolvimento pulmonar por amiloidose é raro, mas pode representar uma doença sistémica significativa. Habitualmente a amiloidose nodular é um achado incidental sem repercussão clínica, no entanto, exige

uma caracterização completa para identificar de forma inequívoca o tipo de proteína envolvida de forma a fornecer um tratamento eficaz.

Palavras-Chave: Amiloidose; Nodulo pulmonar;

7. Reflujo como causa de osificación pulmonar dendriforme alternativa a neumopatía intersticial usual

A Ríos Laguna, P Torres Piñero, A González Rosa, CM Llamas Alonso, EA Pérez Velásquez, I Jiménez García

Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN: La osificación pulmonar dendriforme es una entidad poco frecuente y se caracteriza por pequeños nódulos calcificados agrupados en ramificaciones. No se debe a la precipitación de calcio, sino a la formación de hueso por osteoblastos.

Se ha asociado a la neumopatía intersticial usual (NIU), presente en un 7% de estos pacientes, como respuesta a la acidosis local o lesión tisular. En pacientes sin hallazgos sugestivos de NIU en la tomografía computarizada (TC), se observa una alta prevalencia (75%) de condiciones vinculadas a microaspiraciones crónicas, como apnea obstructiva del sueño, reflujo gastroesofágico o deterioro cognitivo severo. Se cree que la acidez local y la hipoxemia podría inducir a la diferenciación de macrófagos pulmonares y fibroblastos en osteoclastos.

CASO CLÍNICO: Paciente de 71 años, exfumador (IPA 60), con dislipidemia, HTA, hiperuricemia y cardiopatía valvular leve-moderada. Presenta tos crónica, expectoración no purulenta, disnea leve (mMRC 1) y episodios frecuentes de infecciones respiratorias. Ronquidos intensos sin apneas observadas, sueño no reparador y somnolencia diurna. La espirometría muestra patrón obstructivo leve sin respuesta broncodilatadora (FEV1/FVC 62.86%).

La radiografía evidencia reticulación bibasal, por lo que se solicita TC torácico. La TC muestra afectación intersticial reticulonodular bilateral, predominante en lóbulos inferiores, con nódulos subpleurales y en septos interlobulillares, algunos con patrón "árbol en brote" y alta densidad, sugestivos de osificación pulmonar dendriforme. No se observan bronquiectasias ni fibrosis avanzada.

Se recomienda evaluar la relación con microaspiraciones por reflujo gastroesofágico. En seguimiento telefónico, el paciente reporta episodios frecuentes de reflujo postprandial.

CONCLUSIONES: Reconocer la conexión entre las calcificaciones dendriformes y las microaspiraciones es clave para guiar el manejo clínico, evitando inmunosupresores innecesarios y priorizando estrategias enfocadas en el control del reflujo gastroesofágico, lo que ha demostrado mejorar los síntomas y la estabilidad

radiológica a largo plazo.

La distribución predominante en segmentos posteriores y laterales de los lóbulos inferiores refuerza la hipótesis del papel de las microaspiraciones en su fisiopatología.

Palavras-Chave: osificación pulmonar dendriforme, reflujo, SAOS, ERGE

8. DEBÚT ATÍPICO DE CARCINOMA DE TIROIDES CON HEMOPTISIS

Alejandro González Rosa, Patricia Torres Piñero, Alejandro Ríos Laguna, Claudia María Llamas Alonso, Ana Gabriela Salazar Palacios, Engels Alexander Pérez, Velasquez, María del Rocío Bartol Sánchez.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Paciente de 70 años que acude al servicio de urgencias en mayo de 2017 por presentar hemoptisis franca, con antecedentes de HTA y DM además de un AIT en octubre de 2016. Es valorado en primer lugar por ORL descartando sangrado a ese nivel.

El paciente, junto con la hemoptisis contaba una pérdida de peso en los últimos meses. Ingresó a cargo de Neumología para estudio de la hemoptisis. En ningún momento hubo inestabilidad hemodinámica ni anemia del paciente.

Entre las pruebas de imagen solicitadas destacamos una inicial radiografía de tórax en la que se apreciaba una alteración del contorno tráquea cervical con ligera compresión de la luz así como opacidades micronodulares parenquimatosas pulmonares bilaterales. Se le realizó un TC de cérvico-torácico en el que se objetivó una neoplasia de tiroides con infiltración traqueal y con dudosa afectación de estructuras vasculares adyacente, adenopatías subcentimétricas mediastínicas y metástasis pulmonares. Al paciente se le da de alta con diversas citas para categorizar la masa tiroidea así como una buena planificación terapéutica.

Se realizó PAAF de nódulo tiroideo derecho con crecimiento intratorácico de al menos 28 x 27 mm, hipoecoico que infiltra tejidos extratiroideos, con calcificaciones groseras, en la anatomía patológica se objetiva un carcinoma papilar de tiroides.

Al ser un tumor no resecable (desestimándose por endocrino, cirugía torácica y otorrino), se decidió dar sesiones de radioterapia (15 sesiones) con acondicionamiento por hormonoterapia previo.

En PET-TC de control que se le realiza al paciente se evidencia enfermedad metastásica ósea, así como aumento de tamaño y de captación de las metástasis pulmonares.

El paciente acabó recibiendo sorafenib como última línea de tratamiento debido a refractariedad a radioterapia y a terapia con yodo. Finalmente se decide optar por la opción de cuidados paliativos, falleciendo el paciente el junio de 2020 debido a una insuficiencia respiratoria

secundaria al proceso ocológico.

Palavras-Chave: hemoptisis, carcinoma, papilar, tiroides

9. Estenose subglótica idiopática: quando as opções terapêuticas são estreitas

RS Martins, JN Machado, R Natal, AC Gameiro, B Santos, S Silva

Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

INTRODUÇÃO: A estenose subglótica pode ser congénita, iatrogénica ou adquirida, nomeadamente, devido a trauma, neoplasias, doenças auto-imunes ou infeções. Raramente, é de causa desconhecida - estenose subglótica idiopática.

CASO CLÍNICO: Mulher de 32 anos, sem antecedentes de relevo, foi encaminhada à consulta de Pneumologia por estridor, dispneia para pequenos esforços e tosse com expetoração mucosa em agravamento desde há 1 ano. Negava febre, dor torácica, perda ponderal, infeções respiratórias prévias ou antecedentes cirúrgicos. Ao exame físico destacava-se estridor, sem outras alterações. Realizou espirometria a documentar alteração ventilatória obstrutiva moderada, com curva débito-volume sugestiva de obstrução fixa das vias aéreas centrais. Solicitou-se tomografia computadorizada cervical e torácica a revelar espessamento circunferencial da mucosa infraglótica, com redução do calibre da via aérea, sem outras alterações. Perante estes achados, a doente foi submetida a broncoscopia rígida com visualização de estenose subglótica em anel com extensão longitudinal de 1 cm, condicionando redução do lúmen traqueal para 7 mm. Realizaram-se biópsias e dilatação mecânica sequencial (6,5 a 7,5 mm), sem intercorrências. A histologia revelou áreas de infiltrado inflamatório e a citologia e microbiologia do aspirado brônquico foram negativas. Na consulta de reavaliação três meses depois, a doente encontrava-se assintomática. Do restante estudo etiológico realizado, destaca-se ainda a positividade do anticorpo anti-topoisomerase I (Scl-70), sem manifestações clínicas de doença autoimune, pelo que se assumiu o diagnóstico de estenose subglótica idiopática. Seis meses após o tratamento inicial, a doente referiu agravamento da dispneia, sendo novamente submetida a broncoscopia rígida com dilatação mecânica por recidiva da estenose. Desde então, mantém-se assintomática e em vigilância nas consultas de Pneumologia e Reumatologia.

CONCLUSÃO: Este caso clínico representa os desafios inerentes ao diagnóstico etiológico, tratamento e seguimento da estenose subglótica idiopática. Apesar da boa resposta à dilatação endoscópica, a possibilidade de recidiva exige uma vigilância contínua, com reavaliação clínica, imagiológica e endoscópica periódicas, sendo difícil a solução definitiva.

Palavras-Chave: Estenose subglótica; Broncoscopia rígida; Dilatação

endoscópica

10. Quilotórax - explorando a etiologia em 2 casos clínicos

AL Correia, T Abrantes, B Dias, T Belo, P Fernandes, A Reis

ULS Viseu Dão-Lafões

INTRODUÇÃO: As causas de quilotórax podem dividir-se entre traumáticas e não traumáticas, existindo uma miscelânea de etiologias descritas nestas últimas. Apresentamos 2 casos clínicos que ilustram esta variabilidade.

1º caso: Doente do sexo masculino de 58 anos. Recorreu ao SU após acidente com trauma torácico. A TC-Tórax mostrava derrame pleural à direita, sem alterações pulmonares ou adenomegalias. Foi realizada toracocentese diagnóstica com saída de 40cc de líquido leitoso hemático, que apresentava pH 7.39, glicose 86 mg/dL, lactato 1.1 mmol/L, hematócrito <15%, predomínio de mononucleares (97%), triglicerídeos 623 mg/dL e colesterol total 86 mg/dL. Classificado como exsudato. Imunofenotipagem sem alterações. Colocado dreno com drenagem total de 2800cc. Foi assumido quilotórax com etiologia mais provável o trauma torácico. Realizou cinesioterapia com melhoria parcial do derrame após 3 meses.

2º caso: Doente do sexo feminino de 81 anos. Antecedentes de doença hepática crónica de etiologia alcoólica com varizes esofágicas. Múltiplas vindas ao SU com queixas de dor abdominal e dispneia. Objetivada ascite de pequeno volume, edema dos membros inferiores e derrame pleural esquerdo. A toracocentese diagnóstica obteve um líquido amarelado opaco, com pH 7.52, glicose 122 mg/dL, hematócrito >15%, predomínio de mononucleares, colesterol total 59 mg/dL e triglicerídeos 317.8 mg/dL. Imunofenotipagem sem alterações. Classificado como transudato, com critérios de quilotórax. Manteve queixas que motivaram 2 internamentos no mês seguinte, com agravamento do derrame pleural, tendo sido abordado novamente, com saída de 1500cc de líquido leitoso. Fez TC-TAP mostrou trombose parcial da veia mesentérica superior e tributária, confluntes espleno portal e veia porta, com extensão ao seu ramo esquerdo. Não realizou toracoscopia devido a trombocitopenia. Iniciou anticoagulação e diuréticos em doses altas. A TC abdominal de reavaliação mostrava apenas um pequeno trombo no confluntes esplenoportal, com resolução imagiológica do quilotórax. Assumiu-se a doença hepática e a trombose venosa portal e mesentérica como causa do quilotórax. Mantém seguimento, sem novas vindas ao SU.

CONCLUSÃO: O estudo etiológico do quilotórax pode ser desafiante. Tratamento dirigido à causa pode ser necessário para a resolução do mesmo.

Palavras-Chave: quilotoráx ; trombose venosa central

11. Deficiência de SMARCA4 na Neoplasia do Pulmão: Implicações Clínicas e Terapêuticas

AP Pereira, A Fonseca, A Alves, E Silva, A Barroso

ULSRA

INTRODUÇÃO: A ausência de expressão do marcador molecular SWItch/Sucrose Non-Fermentable-related Matrix-Associated Actin-Dependent Regulator of Chromatin Subfamily A Member 4 (SMARCA4) define um subtipo tumoral agressivo, de progressão rápida e refratário à terapêutica convencional, que pode influenciar o tratamento e prognóstico.

DESCRIÇÃO: Homem, 69 anos, ex-fumador (42 unidades maço-ano), referenciado em setembro de 2023 por carcinoma do pulmão pouco diferenciado cT1cN0M0 (PD-L1 20-30%, sem material disponível para next-generation sequencing). A revisão das lâminas revelou carcinoma do pulmão pouco diferenciado e agressivo, com morfologia e imunohistoquímica inconclusivas, com expressão de um só marcador neuroendócrino. Realizou lobectomia inferior direita em fevereiro de 2024, sem tumor na peça cirúrgica e com metástase ganglionar (11R) de etiologia incerta, com características compatíveis com carcinoma neuroendócrino e uma mutação no gene HER3 (pTxN1M0). Iniciou quimioterapia com carboplatina e etoposido. Um mês depois apresentou recidiva com metastização bilateral nas glândulas suprarrenais. Realizou biópsia da suprarrenal direita que foi inconclusiva, não se excluindo primário da suprarrenal. Após revisão com painel imunohistoquímico alargado à suprarrenal e, posteriormente, à amostra anterior, confirmou-se metástase de tumor indiferenciado do pulmão deficiente em SMARCA4. Completou cinco ciclos de quimioterapia com carboplatina e etoposido (término em julho de 2024), com doença estável. Em agosto de 2024, nova progressão com aumento das lesões suprarrenais e trombo tumoral na veia cava inferior. Após revisão da literatura disponível e discussão multidisciplinar, iniciou carboplatina, pemetrexed e pembrolizumab, e manutenção posterior com pemetrexed e pembrolizumab. Em março de 2025, novo aumento da lesão suprarrenal esquerda, com estabilidade das restantes lesões, será discutida realização de radioterapia estereotáxica após exames de reestadiamento.

CONCLUSÃO: Nas situações de tumores pouco diferenciados a identificação de biomarcadores críticos, como a deficiência de SMARCA4 pode ser determinante para uma melhor definição da terapêutica e prognóstico. Estão em curso estudos com terapêuticas dirigidas a este tipo de tumores, o que poderá resultar em novas e mais eficazes opções de tratamento no futuro.

Palavras-Chave: Cancro, Imunohistoquímica, SMARCA4, Prognóstico

12. O desafio diagnóstico das lesões cerebrais no doente com cancro do pulmão

AR Pereira, A Fonseca, A Alves, A Barroso

ULSRA

INTRODUÇÃO: O diagnóstico diferencial das lesões cerebrais no doente com cancro do pulmão com metastização cerebral tornou-se progressivamente mais complexo. Nos doentes submetidos a radioterapia e imunoterapia, são diagnósticos diferenciais importantes a radionecrose e a pseudoprogessão. Quando a ressonância magnética cranioencefálica (RMN CE) é insuficiente, a tomografia por emissão de positrões com 18F-fluoro-L-DOPA (PET com 18F-FDOPA) tem demonstrado utilidade neste diagnóstico diferencial com uma especificidade de cerca de 84,3%, embora com risco de falsos positivos.

DESCRIÇÃO: Homem de 65 anos com carcinoma do pulmão não pequenas células pouco diferenciado (PD-L1 70-80%; next-generation sequencing sem alterações genéticas), estadio IVB (1 lesão cerebelosa e múltiplas ósseas) iniciou pembrolizumab em primeira linha em maio de 2024. Em junho de 2024, a RMN CE de planeamento detetou 4 lesões cerebelosas, sem sintomas neurológicos. Foi submetido a radiocirurgia das 4 lesões. Em outubro de 2024, a RMN CE sugeriu pseudoprogessão, doente sem sintomas neurológicos e sem progressão extracraniana, pelo que manteve pembrolizumab. Dois meses depois, apresentou sintomas neurológicos de novo e repetiu RMN CE que revelou aumento da lesão da fossa posterior com alterações perfusionais. Iniciou dexametasona 8 mg/dia com desmame até 2 mg/48h. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar com Neurocirurgia e Neurorradiologia, persistindo dúvida entre progressão, pseudoprogessão e radionecrose. Realizou PET com 18F-FDOPA, que evidenciou captação heterogénea de aminoácidos na lesão conhecida, sugerindo persistência tumoral. Pela resolução sintomática e estabilidade extracraniana, optou-se por vigilância imagiológica e manutenção de pembrolizumab. A RMN CE de março de 2025 mostrou ligeiro agravamento do edema e melhoria da lesão necroquística, excluindo evidência de progressão. Manteve-se vigilância e tratamento com pembrolizumab, com doença estável até à data.

CONCLUSÃO: Este caso destaca a importância da seleção e interpretação criteriosa dos exames de imagem, dado que a inflamação pós-radioterapia pode causar falsos positivos, com aumento da captação de 18F-FDOPA em tecidos tumorais e não tumorais. A reavaliação imagiológica e a discussão multidisciplinar são cruciais na decisão da orientação terapêutica.

Palavras-Chave: PET, 18F-FDOPA, Pseudoprogessão, radionecrose

13. Nem Tudo o Que Capta é o Que Parece: Um Caso de Linfoma MALT

AF Nunes, E. Almeida, M. Tavares, D. Mendonça, B. Bem, G. Lopes, G. Samouco, M. Oliveira, L. Ferreira

ULS Guarda

INTRODUÇÃO: Os linfomas primários do pulmão são achados raros, correspondendo a <1% das neoplasias pulmonares. O subtipo mais frequente é o linfoma extraganglionar da zona marginal do tipo tecido linfóide associado à mucosa (MALT), com uma prevalência de cerca de 80%. Esta entidade é um tipo de linfoma não Hodgkin indolente, com um curso favorável, associando-se muitas vezes a processos inflamatórios crónicos ou infecciosos. O seu diagnóstico pode ser um desafio, pela sua indolência e pela ausência de sintomatologia na maioria dos casos.

DESCRIÇÃO: Doente do sexo masculino, 81 anos, com antecedentes pessoais de linfoma não Hodgkin (LNH) da zona marginal, esplenectomizado (2003), e LNH folicular grau 2 estadio III-IV, diagnosticado e tratado (2009), encontrando-se em remissão completa há 15 anos, mantendo vigilância anual pela hemato-oncologia. Trata-se de um doente assintomático do ponto de vista respiratório, sem sintomas constitucionais, com um Performance Status de 1, não fumador, reformado de motorista e sem antecedentes pulmonares prévios. Em consulta de seguimento realizou TC de tórax onde, para além de adenopatias no mediastino anterior, hilares e subcarinais, foi documentada uma formação nodular espiculada no segmento apical posterior do lobo superior esquerdo (LSE) com 22,5 mm de diâmetro. Posteriormente, realizou PET-CT que evidenciou no mesmo segmento do LSE, uma formação nodular hipermetabólica de contornos espiculados, com cerca de 21X18mm, sem descrição de outras lesões ou adenopatias captantes. Pela suspeição de neoplasia pulmonar, em estadio IA3, foi proposta abordagem da lesão por biópsia transtorácica guiada por TC, cujo resultado histológico foi compatível com LNH extraganglionar da zona marginal do tipo MALT. Após reunião em equipa com hemato-oncologia, optou-se por um tratamento conservador, mantendo seguimento em consulta.

CONCLUSÃO: Os linfomas MALT pulmonares são, na sua maioria, indolentes e detetados de forma acidental em exames imagiológicos de rotina. Apresentam-se frequentemente sob a forma de uma opacidade pulmonar de margens mal definidas, o que pode levantar múltiplas possibilidades aquando do seu diagnóstico. Com este relato de caso pretende-se demonstrar uma entidade clínica rara, devendo-se considerar como diagnóstico diferencial em lesões pulmonares suspeitas.

Palavras-Chave: linfoma MALT pulmonar, diagnóstico diferencial

14. Além da tosse

AP Monteiro, J Freitas, C Figueiredo, A Miguel

ULS São José - Hospital Santa Marta

INTRODUÇÃO: A tosse crónica é um dos sintomas mais frequentes na consulta de Pneumologia, podendo refletir uma ampla variedade de etiologias e representando frequentemente um desafio diagnóstico. Nos casos persistentes e sem causa evidente, é fundamental considerar etiologias menos comuns, incluindo doenças neurológicas. A síndrome de ataxia cerebelar com neuropatia e areflexia vestibular (CANVAS) é uma doença neurodegenerativa rara, na qual a tosse seca paroxística pode constituir a manifestação inicial, antecedendo em décadas os sintomas neurológicos. Apresenta-se o caso de um doente em que a tosse foi o sintoma inaugural desta síndrome.

CASO CLÍNICO: Homem de 58 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, com queixas de tosse seca, paroxística e refratária a múltiplas abordagens terapêuticas, com mais de duas décadas de evolução. A tosse era precipitada por estímulos como falar, comer ou rir, sem associação a dispneia, sibilância, expectoração ou outros sintomas respiratórios. Foi avaliado em consulta de Pneumologia, tendo realizado provas de função respiratória, estudo imagiológico torácico e avaliação analítica alargada, sem alterações significativas. Durante a investigação, referiu também instabilidade da marcha e dificuldade crescente na coordenação motora fina, como agarrar pequenos objetos. Foi então referenciado para avaliação neurológica. O exame objetivo revelou ataxia da marcha, dismetria ligeira e arreflexia dos membros inferiores. A ressonância magnética cerebral evidenciou atrofia cerebelar, e os estudos neurofisiológicos demonstraram uma ganglionopatia sensitiva. Após exclusão de outras causas adquiridas e genéticas de ataxia, a correlação clínica com a tosse crónica motivou a suspeita de síndrome CANVAS, confirmada por análise genética.

CONCLUSÃO: Este caso clínico evidencia a complexidade do diagnóstico diferencial da tosse crónica e a importância de uma abordagem multidisciplinar. Destaca-se a necessidade de considerar doenças sistémicas e neurológicas como causa de tosse persistente, sobretudo quando os estudos iniciais são inconclusivos. A identificação precoce de síndromes como a CANVAS permite intervenção atempada, orientação adequada e melhor prognóstico funcional para os doentes.

Palavras-Chave: tosse, CANVAS

15. O que esconde a disfagia? Um caso de Tuberculose.

AP Monteiro, J Freitas, C Figueiredo, A Miguel

ULS São José - Hospital Santa Marta

INTRODUÇÃO: A disfagia, embora rara, pode constituir uma manifestação atípica de tuberculose, particularmente no contexto de envolvimento ganglionar mediastínico. Nestes casos, a compressão extrínseca do esófago por adenopatias pode originar sintomatologia sugestiva de patologia esofágica primária, apesar da sua origem extraluminal. O diagnóstico exige uma abordagem multidisciplinar, na qual a Pneumologia tem um papel central, assegurando o diagnóstico através de técnicas como o crio-EBUS e conduzindo a abordagem terapêutica.

CASO CLÍNICO: Mulher de 28 anos, natural do Paquistão, sem antecedentes patológicos relevantes, recorre ao serviço de urgência por disfagia progressiva com duas semanas de evolução, para sólidos e líquidos, associada a odinofagia e tosse seca não produtiva. Dado o quadro, foi submetida a endoscopia digestiva, que evidenciou abaulamento do esófago compatível com compressão extrínseca. A tomografia computadorizada cervical e torácica revelou uma massa subcarinal com 43 mm de maior eixo, condicionando alargamento da carina, abaulamento anterior do ramo direito da artéria pulmonar, da parede posterior do brônquio principal esquerdo, e desvio do esófago para a esquerda.

Perante o quadro clínico e após discussão multidisciplinar, realizou-se broncofibroscopia com Crio-EBUS, com colheita de amostras da estação ganglionar 7. O estudo histológico demonstrou processo inflamatório granulomatoso necrotizante, e o teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) foi positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Foi assumido o diagnóstico de tuberculose ganglionar, tendo iniciado terapêutica antibacilar com boa evolução, posteriormente.

CONCLUSÃO: Este caso ilustra uma forma de apresentação rara de tuberculose, sob a forma de disfagia. Salienta-se ainda o papel da criobiópsia mediastínica guiada por EBUS, que se assume como uma alternativa menos invasiva à mediastinoscopia, permitindo a obtenção de amostras de maior dimensão e qualidade, com superior rendimento diagnóstico face ao EBUS-TBNA, sendo uma técnica avançada com um papel cada vez mais importante no diagnóstico de doenças pulmonares e mediastínicas.

Palavras-Chave: disfagia, tuberculose, crio-EBUS

16. ARDS: uma evolução catastrófica, a propósito de um caso clínico

A Soveral, R Borrego, S André, JM Correia

ULS Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO: A ARDS é uma condição potencialmente fatal que requer diagnóstico e abordagem precoces. A sua etiologia pode ser multifatorial, exigindo investigação cuidadosa. Apresenta-se o caso de uma doente com ARDS aparentemente infecciosa, mas com estigmas de etiologia adicional.

DESCRIÇÃO: Mulher de 67 anos, saudável, recorreu ao serviço de urgência por dispneia com 1 mês de evolução, inicialmente com tosse produtiva e febre, resolvidas com antibioterapia empírica mas com recrudescência após 3 dias. Apresentava insuficiência respiratória aguda parcial, PCR 9.7 mg/dL, procalcitonina 0.13 ng/mL, eosinofilia 360 células/uL e sem leucocitose. Radiografia com condensações bibasais e testes para SARS-CoV-2, Influenza, VSR, VIH e antígenúrias negativos. TC torácica mostrou consolidações extensas bilaterais com broncograma aéreo. Ecocardiograma sem disfunção ventricular. Iniciou levofloxacina e oxigenoterapia de alto fluxo (paO₂/FiO₂ 108), com posterior entubação por exaustão, assumindo-se ARDS. Broncofibroscopia com secreções hemáticas e lavado broncoalveolar com linfocitose de 38%, CD4/CD8 0.22 e isolamento de *Lophomonas* spp., tendo iniciado antibioterapia dirigida, com melhoria analítica mas eosinofilia de 1130 células/uL. Autoimunidade no lavado negativa. Por manutenção da hipoxémia, realizou Angio-TC, sem tromboembolismo pulmonar, mantendo consolidações. Por ausência de melhoria clínica, iniciou corticoterapia sistémica com resposta francamente favorável, permitindo extubação e redução progressiva de corticóide. TC de controlo mostrou melhoria, sendo assumida pneumonia organizativa após discussão multidisciplinar. Transferida para Pneumologia onde, por novo agravamento após suspensão da corticoterapia, foi entubada e reiniciou terapêutica imunossupressora. Faleceu 5 dias após nova admissão em cuidados intensivos.

CONCLUSÃO: Apesar do quadro infeccioso sugestivo, a dependência de corticoterapia e os achados imagiológicos apontavam para pneumonia organizativa. A eosinofilia marcada, rara nesta entidade, assim como os achados no lavado broncoalveolar, sugerem possível doença intersticial subjacente. A gravidade da expressão e evolução da doença permite traçar conclusões emergentes na literatura sobre terapêutica imunossupressora na ARDS e sobre a discussão multidisciplinar, particularmente com evolução incerta.

Palavras-Chave: Síndrome de dificuldade respiratória aguda: uma evolução catastrófica

17. Hemoptises por *Neisseria meningitidis*: uma etiologia inesperada

A Soveral, R Borrego, S André, K Lopes, E Brysch, M Raposo, JM Correia

ULS Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO: *Neisseria meningitidis* é um dos agentes mais prevalentes de meningite bacteriana acima dos cinco anos e o único patógeno com potencial de gerar uma epidemia de meningite, mas apenas 5-10% dos casos da sua infeção se manifestam por pneumonia, sendo particularmente rara a sua expressão por hemoptises.

DESCRIÇÃO: Mulher de 52 anos, autónoma, fumadora ativa e profissional hospitalar, recorreu ao serviço de urgência por episódios de hemoptises (<100 mL/24h) sem outra sintomatologia respiratória associada. À auscultação pulmonar não apresentava alterações, e os exames laboratoriais, incluindo pesquisa de antigénios de SARS-CoV-2, Influenza e VSR, foram negativos. A angio-TC torácica revelou opacificação em vidro despolido no lobo superior esquerdo (LSE), sugestiva de hemorragia alveolar localizada, além de fibrose pleuroapical bilateral compatível com sequelas inflamatórias antigas e áreas de enfisema parasseptal e centrolobular em ambos os pulmões. Iniciou terapêutica anti-fibrinolítica e foi internada em enfermaria de Pneumologia. Realizou broncofibroscopia com aspiração de coágulo no LSE, sem alterações da arquitetura brônquica. O lavado broncoalveolar e as secreções colhidas evidenciaram isolamento de *Neisseria meningitidis*, tendo iniciado ceftriaxone 1 g de 8/8h. TC torácica de reavaliação ao 10.º dia mostrou regressão significativa da opacificação. Após resolução clínica e término da antibioterapia, teve alta com seguimento programado em consulta de Pneumologia.

CONCLUSÃO: Este caso sublinha a relevância de uma abordagem diagnóstica estruturada em hemoptises, mesmo em doentes sem sinais infecciosos sistémicos. O isolamento de *Neisseria meningitidis* num contexto de hemorragia alveolar localizada constitui uma ocorrência rara, reforçando a necessidade de vigilância microbiológica e de terapêutica dirigida, com impacto direto no prognóstico.

Palavras-Chave: *Neisseria meningitidis*, pneumonia, hemoptises, pneumonia

18. Tezepelumab na Asma Grave: Uma Nova Perspetiva Terapêutica

Al Santos, C Loureiro

ULS Coimbra

INTRODUÇÃO: O desenvolvimento de terapias biológicas direcionadas a mecanismos imunológicos específicos revolucionou o tratamento da asma grave. O tezepelumab, um anticorpo monoclonal humano que bloqueia a linfopoiétina do estromal tímico (TSLP), foi aprovado pelo Infarmed em janeiro de 2025 para o tratamento da asma grave. Ao atuar numa fase inicial

da cascata inflamatória, mostra eficácia em múltiplos fenótipos sem limitação de biomarcadores específicos. No ensaio clínico NAVIGATOR, o tratamento com tezepelumab reduziu significativamente a taxa anual de exacerbações, melhorou a função pulmonar (aumento médio de 0,13L no FEV₁ basal) e potenciou o controlo da asma e a qualidade de vida dos doentes com asma grave não controlada.

CASO CLÍNICO: Homem de 56 anos com diagnóstico de asma desde a infância, fenótipo não eosinofílico alérgico tipo 2, seguido em consulta de asma grave. Estava sob terapêutica otimizada com inaloterapia tripla com corticoide inalado de alta dose e tratamento biológico com omalizumab (anti-IgE) desde 2017, mantendo razoável controlo sintomático, sem exacerbações recentes ou corticoides sistémicos de resgate. Contudo, evidenciava declínio funcional progressivo com agravamento da obstrução brônquica, encarceramento aéreo e perda de resposta broncodilatadora. Os parâmetros analíticos revelavam 100 eosinófilos/ μ L no sangue periférico, IgE total 386 UI/mL e FeNO 43 ppb. Dada a deterioração funcional, procedeu-se ao switch terapêutico para tezepelumab (210 mg, de 4 em 4 semanas). Após a primeira administração, houve melhoria sintomática significativa, com ganhos de 1,71 L no FVC e 0,59 L no FEV₁ basais, e 0,67 L no FEV₁ pós-broncodilatação, e redução do FeNO para 30 ppb.

CONCLUSÃO: O caso ilustra o benefício clínico do tezepelumab em doentes com asma grave previamente tratados com terapêuticas biológicas, mas com má progressão funcional. A rápida e substancial melhoria da função pulmonar, aliada à redução dos marcadores inflamatórios, reforça o papel do bloqueio da TSLP como estratégia terapêutica inovadora. Estes resultados suportam a utilização do tezepelumab em cenários de asma grave heterogénea e sublinham a necessidade de investigações futuras para definir critérios de otimização do tratamento e identificar perfis de resposta ideais, nomeadamente no contexto de remodelação da via aérea.

Palavras-Chave: Asma grave; Terapêutica biológica; Tezepelumab; Função pulmonar

19. Tuberculose Mamária: diagnóstico desafiante numa localização infrequente

AL Trigueira, A Carvalho, I Franco

ULS de Entre Douro e Vouga, CRC-A Norte

INTRODUÇÃO: A tuberculose mamária é uma forma rara de tuberculose extrapulmonar, frequentemente confundida com carcinoma ou mastites, dificultando o diagnóstico e atrasando o início de terapêutica dirigida.

CASO CLÍNICO: Mulher de 48 anos, natural do Brasil e residente em Portugal desde 2022, com antecedentes de tuberculose ganglionar tratada há mais de uma década, sem registos disponíveis.

Em outubro de 2024, desenvolveu uma tumefação dolorosa e eritematosa na mama direita, sem resolução após antibioterapia, o que motivou ida ao serviço de urgência. À observação, apresentava massa endurecida e dolorosa no quadrante superoexterno da mama direita, sem adenopatias axilares. Realizou-se drenagem do abscesso, com exteriorização de conteúdo purulento.

Face à persistência das queixas, realizou ecografia mamária que revelou espessamento cutâneo com alterações inflamatórias dos anexos mamários, sem nódulos suspeitos. A biópsia excisional evidenciou inflamação granulomatosa com necrose caseosa e raros BAAR positivos. Perante estes achados, foi referenciada às Consultas Respiratórias na Comunidade.

O material da biópsia foi enviado ao Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, sem identificação de M. tuberculosis por PCR. As amostras de expectoração colhidas foram também negativas.

Em março de 2025, nova ecografia evidenciou loca residual do abscesso, sem conteúdo líquido. Procedeu-se a core biópsia, com exame direto e PCR negativos, estando a cultura em curso.

A tomografia torácica revelou adenomegalias mediastínicas calcificadas, sem alterações do parênquima pulmonar.

Perante suspeição clínica e histopatológica forte, num contexto epidemiológico sugestivo e sintomatologia persistente, iniciou tratamento antituberculoso com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. Duas semanas após o início da terapêutica, apresentava resolução completa da dor e eritema, com cicatrização adequada.

CONCLUSÃO: Apesar de rara, a tuberculose mamária deve ser considerada no diagnóstico de lesões inflamatórias persistentes, sobretudo em doentes provenientes de áreas endémicas sem resposta à antibioterapia. Mesmo sem confirmação microbiológica, a decisão terapêutica baseada nos achados histopatológicos e na rápida resposta clínica foi decisiva para o sucesso terapêutico.

Palavras-Chave: TUBERCULOSE MAMÁRIA, NECROSE CASEOSA, TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR, MASTITE GRANULOMATOSA

20. HIPERPLASIA DIFUSA IDIOPÁTICA DE CÉLULAS NEUROENDOCRINAS PULMONARES: A PROPÓSITO DE UM CASO

AM Martín-Varillas, AG Salazar, EC Prieto, L Gil, E Curto, J Ramos

Hospital Universitario de Salamanca

CASO CLÍNICO: Mujer de 71 años vista en consulta de Neumología por tos de 3 años de evolución.

Antecedentes: Hipotiroidismo. No antecedentes de alergia o atopia. No hábitos tóxicos ni exposiciones de riesgo. No antecedentes familiares de neumopatía. Anamnesis: la paciente comentaba tos de larga evolución de predominio matutino y con esfuerzos, asociada a expectoración blanquecina. Refería disnea 1 de la escala de disnea modificada del Medical Research Council (mMRC). Exploración: murmullo vesicular disminuido de forma generalizada. Evolución: en la primera consulta se realizó espirometría con resultado de alteración ventilatoria obstructiva con prueba broncodilatadora negativa, fracción exhalado de óxido nítrico (FeNO) 25 ppb. Radiografía de tórax sin alteraciones significativas. En ese momento se propuso el diagnóstico de posible asma pautando tratamiento inhalador. En la siguiente revisión la paciente refirió mejoría inicial con el tratamiento, pero a los pocos meses comenzó de nuevo con tos y expectoración blanquecina diaria predominantemente nocturna, asociada a aumento de la disnea (2 mMRC). Se realiza nueva espirometría con resultado de alteración ventilatoria obstructiva con prueba broncodilatadora negativa, se continuó con el mismo diagnóstico y, ante la persistencia de síntomas, se solicitaron pruebas intraepidérmicas, FeNO y test de metacolina. Las pruebas intraepidérmicas a aeroalérgenos resultaron negativas, FeNO 23 ppb, pero el test de provocación bronquial con metacolina fue positivo compatible con hiperrespuesta bronquial marcada. Se continuó con el mismo tratamiento y se solicitó un TACAR torácico para estudio de otras patologías. El TACAR torácico se informó como compatible con hiperplasia difusa idiopática de células neuroendocrinas pulmonares con tumorlets y tumores carcinoides. Se comentó el caso en Comité Multidisciplinar de Cáncer de Pulmón, decidiéndose intervención quirúrgica con segmentectomía anatómica en lóbulo inferior izquierdo (segmento 6) y linfadenectomía sistemática. El resultado anatomopatológico fue de tumor carcinóide típico con focos de hiperplasia neuroendocrina sin evidencia de infiltración adenopática. La estadificación fue pT1aN0M0. Tras el diagnóstico definitivo la paciente está en seguimiento en consultas de Oncología sin precisar tratamiento actualmente.

Palavras-Chave: Tos, obstrucción, asma, tumor

21. Acidente Vascular Cerebral criptogénico e a descoberta de uma malformação arteriovenosa apical

R Freire-Silva; L Lopes-Mendes; C Durão; P Santos; J Eusébio

ULS Santa Maria

As malformações arteriovenosas pulmonares (MAVPs)

são raras na população geral, sendo mais frequentes no sexo feminino e habitualmente localizadas nos lobos inferiores. Podem causar hipoxemia, abscessos cerebrais e eventos embólicos paradoxais, sendo frequentemente diagnosticadas durante a investigação de acidente vascular cerebral (AVC) criptogénico.

Homem de 87 anos, autónomo, ex-fumador (30 UMA), com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e doença renal crónica. Em julho de 2024, recorreu ao Serviço de Urgência com quadro de ataxia e mioclonias de início agudo. Suspeitando-se de AVC, foi internado para estudo. A TC-CE inicial não revelou alterações agudas e posteriormente a RM encefálica evidenciou três áreas milimétricas de isquemia recente em territórios distais das artérias cerebrais médias. As lesões eram incompatíveis com o quadro clínico agudo que foi posteriormente atribuído a iatrogenia medicamentosa com base na história clínica (introdução recente de pregabalina). No entanto, foram identificadas sequelas de um AVC prévio desconhecido. Devido aos fatores de risco cardiovascular, iniciou-se estudo etiológico, incluindo doppler dos vasos cervicais, ecocardiograma transtorácico e holter, todos sem alterações relevantes. Na ausência de uma fonte embólica evidente, o caso foi classificado como AVC criptogénico.

Em seguimento do estudo etiológico e devido à persistente hipoxemia ligeira (pO₂ 55 mmHg), foi realizada angio-TC torácica, que revelou uma MAV apical direita nutrida por três ramos arteriais. A malformação foi então considerada como a possível causa de embolização paradoxal e o paciente foi proposto para embolização. Em maio de 2025, foi realizada embolização endovascular eletiva por via femoral direita. Foram utilizados plugs e coils (Azur e POD), com oclusão eficaz do nido vascular, confirmada por angiografia de controle.

Assim, este caso destaca a importância de considerar o estudo de MAV em pacientes com AVC criptogénico, embora seja uma condição rara. Além disso, trata-se de uma MAV com características pouco comuns, dado que se apresenta no sexo masculino, no ápice pulmonar e com grandes dimensões.

Palavras-Chave: Malformação arteriovenosa, AVC criptogénico, embolização

22. Toxicidade Pulmonar do tratamento do Adenocarcinoma Pulmonar

R Freire-Silva, L Lopes-Mendes, C Durão, P Santos

ULS Santa Maria

INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma do pulmão, o tipo de neoplasia pulmonar mais comum, pode ser tratado com uma combinação de várias modalidades de radioterapia e terapias-alvo. A radioterapia é frequentemente usada

para reduzir tumores locais ou metastáticos, aliviando sintomas e controlando a progressão da doença. O osimertinibe, um inibidor de tirosina quinase de terceira geração, é eficaz em pacientes com mutações no gene EGFR, bloqueando a via de sinalização tumoral e inibindo o crescimento das células neoplásicas. A combinação dessas terapias visa aumentar a eficácia do tratamento, melhorando o controle da doença e a qualidade de vida do paciente.

DESCRIÇÃO: Mulher de 78 anos, autónoma, com antecedentes pessoais relevantes de artrite reumatóide, cardiopatia isquémica e osteoporose, foi diagnosticada com adenocarcinoma do pulmão em estadio IV, com metastização óssea (2.º e 5.º arcos costais esquerdos) iniciando terapêutica com osimertinibe (TKI) e radioterapia dirigida às metástases. Aproximadamente dois meses após o início da radioterapia, apresentou dispneia progressiva de novo, associado a alterações imagiológicas, levantando suspeitas de pneumonia rástica e iniciado ciclo de corticosteroides, sem melhorias. Por ausência de melhoria clínica, a doente foi internada, com aumento das doses de corticosteroides e oxigenoterapia suplementar.

Por fraca resposta clínica à terapêutica instituída, foi proposta uma nova hipótese diagnóstica: toxicidade do TKI, uma reação rara, sendo suspensa a terapêutica alvo. Com isso, observou-se uma melhoria clínica e imagiológica subsequente. Diante do quadro, foi sugerido o início de tratamento com infliximab, visando o controle da toxicidade induzida pelo osimertinibe e permitindo o progressivo desmame de altas doses de corticoide.

CONCLUSÃO: Este caso ilustra duas reações adversas ao osimertinibe, destacando a importância de considerar toxicidade medicamentosa em pacientes com adenocarcinoma de pulmão em tratamento com terapias-alvo, em declínio clínico. A abordagem terapêutica adaptada e a monitorização contínua foram fundamentais para garantir a melhor evolução do quadro clínico.

Palavras-Chave: Adenocarcinoma, osimertinib, efeito adverso, pneumonite rástica

23. Síndrome de DRESS secundário a terapêutica tuberculostática - relato de caso

B Cunha, D Rodrigues

FMUC

A tuberculose é uma doença infecciosa que representa um problema de saúde pública

global, sendo a tuberculose pulmonar a apresentação mais comum desta entidade. O tratamento de primeira linha recomendado consiste na associação de quatro antibióticos - isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol durante dois meses, seguindo-se uma fase de

manutenção com HR durante quatro meses. Apesar da elevada taxa de cura, este

esquema terapêutico associa-se a uma grande ocorrência de efeitos secundários, com um

amplo espectro de gravidade. A Síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and

Systemic Symptoms), surge como uma complicação rara, mas potencialmente fatal resultante da terapêutica antibacilar, que obriga à suspensão da mesma. Muitas vezes e em

consequência, tem de ser implementado um esquema alternativo para tratamento da TB,

utilizando fármacos de segunda linha.

Apresenta-se a caracterização detalhada do caso clínico raro de um doente de 78 anos com

tuberculose pulmonar, que desenvolveu síndrome de DRESS secundária ao tratamento antibacilar de primeira linha. Consequentemente o tratamento de primeira linha foi suspenso, foi instituída corticoterapia sistémica e, posteriormente, implementado esquema

tuberculostático alternativo. Após estabilização clínica e investigação etiológica, procedeu-se à reintrodução gradual e faseada dos tuberculostáticos de primeira linha em função da

probabilidade de reação imunomediada.

O diagnóstico célere, o envolvimento multidisciplinar e o tratamento agressivo (suspensão

do fármaco suspeito, anti-histamínico e corticoterapia) têm forte impacto prognóstico. Desta forma, dada a elevada taxa de mortalidade associada a esta patologia (pode chegar aos 20%) e por poder ser desencadeada por fármacos tão diversos e amplamente utilizados na prática clínica, o conhecimento sobre a Síndrome de DRESS deve fazer parte do repertório de todos médicos.

Palavras-Chave: Síndrome de DRESS, Tuberculose Pulmonar, Antibacilares, Reação adversa medicamentosa

24. Múltiplos nódulos pulmonares: nem sempre metástases ou granulomas

B Baptista, B Ferraz, F Correia, HI Carvalho, MH Reis, N Faria

ULS Santo António

INTRODUÇÃO: A presença de múltiplos nódulos pulmonares em Tomografia Computadorizada (TC) torácica constitui um achado relativamente frequente e representa um desafio diagnóstico importante. As causas mais comuns incluem metástases pulmonares, geralmente de neoplasias extratorácicas, e doenças granulomatosas. Porém nem todos os casos seguem este padrão. Um diagnóstico etiológico rigoroso é determinante para prevenir erros diagnósticos e garantir uma abordagem

apropriada.

CASO CLÍNICO: Mulher de 80 anos, não-fumadora, com obesidade, fibrilhação auricular e

insuficiência cardíaca, enviada à consulta de Pneumologia por tosse seca com 6 meses de evolução, associada a pieira, com melhoria marcada após Symbicort. Realizou espirometria, sem alterações. Analiticamente, com 270 eosinófilos/uL, sem défice de α 1-antitripsina, IgE 5KU/L e phadiatop negativo. Realizou TC torácica, tendo sido identificados 2 nódulos microlobulados no lobo superior esquerdo, sem calcificações, um no segmento ápico-posterior de 13 mm e outro no segmento superior da língula com 13 mm, e múltiplas nodularidades pulmonares nos segmentos basais, com discreto espessamento brônquico. Realizou PET-CT FDG, onde todos os nódulos apresentavam ténue captação do radiofármaco. Após repetição da TC torácica e discussão em grupo, verificou-se tratar-se de um caso sugestivo de DIPNECH. Durante o período de seguimento de um ano, a imagem manteve-se sobreponível e a doente apresentou melhoria clínica sob inaloterapia.

CONCLUSÕES: A DIPNECH corresponde a uma proliferação pré-maligna de células neuroendócrinas pulmonares. A forma mais comum de apresentação da doença consiste numa história prolongada de tosse, dispneia e sibilância, frequentemente diagnosticados erroneamente como asma. A TC torácica é o exame de imagem mais útil para sugerir o seu diagnóstico. No entanto, a confirmação é feita por biópsia. A DIPNECH é uma doença crónica lentamente progressiva com progressão tanto sintomática como do crescimento do tumor. Os análogos da somatostatina podem melhorar os sintomas respiratórios assim como a função pulmonar, e estabilizar o crescimento tumoral. Apesar de serem tipicamente benignos e indolentes, podem evoluir para tumores neuroendócrinos malignos, pelo que é recomendada vigilância imagiológica a cada 6 meses inicialmente, seguida de vigilância anual.

Palavras-Chave: nódulos pulmonares; sibilância; tomografia computadorizada

25. Nem todas as estenoses subglóticas são iatrogénicas

B Baptista, B Ferraz, F Correia, HI Carvalho, MH Reis, N Faria

ULS Santo António

INTRODUÇÃO: As estenoses subglóticas adquiridas em doentes sem história de intubação prévia representam um desafio clínico. Com apresentação insidiosa, são frequentemente atribuídas a contextos pós-infecciosos ou trauma.

CASO CLÍNICO: Mulher de 53 anos, sem antecedentes relevantes, referida à consulta de Pneumologia por dispneia para esforços moderados (mMRC 2) e pieira

com esforços mais intensos com mais de 10 anos de evolução, bem como estenose subglótica identificada recentemente por ORL. Sem queixas constitucionais, rinorreia ou tosse. O exame objetivo revelou discreto nariz em sela e ausência de alterações à auscultação. Gasimetria e saturação em ar ambiente normais.

Tomografia Computadorizada (TC) tórax a revelar espessamento concêntrico da mucosa glótica e subglótica, ao nível de C7. Foi realizada broncoscopia flexível, objetivando-se estenose de cerca de 40% da via aérea. EFR mostrava padrão compatível com obstrução intratorácica. TC e Broncoscopia em 1 ano com estabilidade.

Sem história de intubação ou trauma cervical, com anticorpos ANCA positivos. Foi feito o diagnóstico de Síndrome Wegener e a doente iniciou tratamento com corticóide sistémico e ciclofosfamida, seguida de manutenção com azatioprina.

CONCLUSÕES: A estenose subglótica em doentes sem antecedentes traumáticos deve levantar a suspeita de etiologias inflamatórias, incluindo vasculites sistémicas. O seu diagnóstico exige elevada suspeição clínica e uma abordagem multidisciplinar. O reconhecimento precoce permite intervenções dirigidas que evitam complicações e preservam a função respiratória.

Palavras-Chave: Estenoses subglóticas; obstrução intratorácica

26. Diagnósticos raros, apresentações típicas: histórias escritas pela Radiologia

B Ramos, F Muñoz, ML Bernardes, A Vasconcelos

ULSAM

I: Na prática clínica, doentes assintomáticos ou com sintomas respiratórios crónicos representam desafios diagnósticos. Nestes contextos, a avaliação imagiológica detalhada, em articulação com uma discussão multidisciplinar, é crucial para a orientação diagnóstica e definição da estratégia terapêutica.

D: Apresentam-se 4 casos clínicos onde a radiologia torácica foi decisiva no diagnóstico de patologias raras.

1. Mulher de 71 anos, não fumadora (NF), referenciada por tosse crónica e infeções respiratórias de repetição. A TC torácica (T) revelou corpo estranho hiperdenso, parcialmente obstrutivo, no brônquio principal esquerdo, estendendo-se até ao óstio do brônquio lobar superior. Verificou-se hipovascularização do parênquima pulmonar esquerdo, sobretudo no lobo superior, compatível com vasoconstricção reflexa secundária à obstrução crónica. Submetida a broncoscopia rígida com remoção completa do corpo estranho, confirmando o diagnóstico de aspiração.

2. Mulher de 76 anos, NF, referenciada por insuficiência

respiratória tipo 1. Antecedentes de carcinoma da mama tratado com mastectomia, radioterapia e hormonoterapia. A TC T identificou um nódulo hiperdenso de 6 mm na base pulmonar esquerda. Em reavaliação, observou-se migração do nódulo para a junção esofagagástrica, diagnóstico compatível com toracolitíase.

3. Homem de 51 anos, NF, assintomático, referenciado por alterações imagiológicas. Antecedentes de tuberculose pulmonar (TP) e de cardiomiopatia dilatada não isquémica. A TC T revela lesão difusa na gordura mediastinal anterior caracterizada por estruturas dilatadas e tortuosas e pequena calcificação sugerindo uma malformação de origem vascular, potencial etiologia subjacente à cardiomiopatia.

4. Homem de 53 anos, fumador (20UMA) e ex-toxicodependente, referenciado por alterações imagiológicas. Antecedentes de TP e endocardite com substituição de válvula tricúspide por prótese biológica aos 27 anos e aos 50 anos por prótese mecânica. A TC T demonstra obstrução abrupta proximal da artéria pulmonar esquerda, compatível com interrupção desta, provavelmente congénita.

C: Estes casos reforçam o papel central da radiologia torácica no diagnóstico de entidades raras em Pneumologia e destacam a importância da colaboração estreita entre as especialidades envolvidas, numa abordagem diagnóstica eficaz e dirigida.

Palavras-Chave: Radiologia torácica, diagnóstico diferencial, discussão multidisciplinar

27. Deficiência de SMARCA-4: Um Caso Clínico

B Dias, AL Correia, T Belo, J Correia, AF Matos

ULS Viseu

INTRODUÇÃO: O tumor indiferenciado torácico com deficiência da SMARCA4, foi incluído como tumor sólido recentemente descrito na 5ª edição da Classificação de Neoplasias Torácicas da OMS. O nome foi alterado para SMARCA4-UT na classificação de 2021. É geneticamente definida por uma deficiência de SMARCA4/BRG1, um membro do complexo de remodelação da cromatina BRAF.

DESCRIÇÃO: Homem, 68 anos, ex-fumador 20UMA, com história de perda ponderal nos últimos meses de 6kg, sem outros sintomas associados, pelo que realizou TC toracoabdominopélvica com evidência de “No segmento apicoposterior do lobo superior esquerdo, adjacente e limitada pela cissura e com extensão até a região hilar, observa-se volumosa massa de contornos discretamente irregulares, com captação heterogénea do produto de contraste, com prováveis áreas necróticas, medindo 51x44mm, sugestiva de neoformação.” Seguidamente, realizou PET-TC FDG-F18 que evidencia massa

hipermetabólica (SUVmáx 17.5) no LSE, justacisural e perihilar, com cerca de 5.5cm de maior eixo axial, sugestiva de neoplasia maligna de alto grau e área de hipercaptação de 18FDG (SUVmáx. 5.0) no hilo pulmonar esquerdo, sem evidentes planos de clivagem com a massa pulmonar peri-hilar descrita, suspeita de foco tumoral.” O estudo de função respiratória não apresentava alterações e pela suspeita de metastização ganglionar realizou EBUS com biópsia de adenopatias 11R “sem aspetos citológicos ou arquiteturais suspeitos de neoplasia de natureza epitelial metastática.” Realizou biópsia pulmonar transtorácica da massa com anatomia patológica a descrever “achados compatíveis com tumor indiferenciado torácico com deficiência da SMARCA4, PDL1 60%, NGS Gene KRAS (Gly12Arg)”. Portanto, carcinoma de não pequenas células, com deficiência de SMARCA4, estadio IIB, T3N0M0. Foi pedida consulta de cirurgia torácica e foi submetido a lobectomia superior esquerda com linfadenectomia mediastínica por Video-Assisted Thoracic Surgery, pTNM T3N2M0 R0 (envolvimento do grupo V) e foi proposto para QT adjuvante.

CONCLUSÃO: Este tipo de tumores tem sido descrito em adultos, média de idades 50-60 anos, associada a uma história de tabagismo, trata-se de uma neoplasia maligna de alto grau com uma morfologia indiferenciada ou rabdoide, que metastiza rapidamente.

Palavras-Chave: carcinoma não pequenas células, deficiência SMARCA4

28. Do Nódulo Incidental ao Aspergiloma: Uma Jornada Diagnóstica

B Dias, AL Correia, T Belo, T Abrantes, AF Matos

ULS Viseu

INTRODUÇÃO: A maioria dos nódulos de *Aspergillus* é diagnosticada através de biópsia ou ressecção cirúrgica efetuada por suspeita de malignidade.

DESCRIÇÃO: Homem, 70 anos, ex-fumador 60UMA, com DPOC e polimialgia reumática sob corticoterapia, seguido em consulta de Pneumologia desde 2019 por alterações apicais e dois nódulos pulmonares incidentais em TC Tórax (10mm LSE e 11mm LIE, não captantes em PET-TC FDG-F18). Em 11/2020 desenvolve tosse matinal com expectoração hemoptoica, associada a dispneia e anorexia. TC Tórax de reavaliação a descrever “de novo”, em área cicatricial prévia, no LSE, cavitação de 23x13mm, com preenchimento muito sugestivo de aspergiloma, mantendo restantes alterações sobreponíveis. Realizou VBF que não apresentou alterações, LBA com linfocitose de 38% (CD4/CD8 0.34), micobacteriológico negativo, galactomanano negativo; IgG específica *Aspergillus* e IgE total normais. Fez ressecção em cunha da lesão cavitada em 09/2021 com histologia de “inflamação granulomatosa centrada no brônquio e em relação com agregados de

fungos”, não tendo sido realizado cultural da peça; Houve melhoria clínica pós cirurgia. Em TC Tórax de controlo em 2022 surge novo nódulo no LSE de 5mm. Uma vez que o doente apresentava um diagnóstico recente de carcinoma espinocelular da língua (cirurgia e radioterapia adjuvante), optou-se por manter vigilância por TC aos 6M, onde se evidenciou crescimento do nódulo para 10mm. Realizou biópsia transtorácica (BTT) do nódulo sem evidência de malignidade e cultura com desenvolvimento de *Aspergillus* spp, pelo que iniciou Itraconazol 200mg 2id. Em TC controlo 3M houve aumento dimensional e surgimento de nódulos pulmonares dispersos, pelo que realizou PET-TC FDG-F18 que mostrou “nódulos pulmonares bilaterais hipermetabólicos (SUVmáx 5.9)” e fez BTT a demonstrar “achados de carcinoma epidermoide invasor, PDL-1 positivo”. Em reunião de decisão terapêutica multidisciplinar do IPO Coimbra, foi considerada progressão da doença com metastização pulmonar e iniciou Pembrolizumab, contudo apresentou progressão em 09/2024 e iniciou QT com Paclitaxel com estabilidade da doença.

CONCLUSÃO: Este caso descreve uma marcha diagnóstica e vigilância exaustiva e sistematizada, de um doente com nódulos pulmonares, inicialmente por *Aspergillus* e posteriormente de causa neoplásica.

Palavras-Chave: nódulos pulmonares, *Aspergillus*, carcinoma espinocelular

29. Papilomatose endobrônquica com Adenocarcinoma do pulmão concomitante: desafio diagnóstico

CM Araújo, R Gomes, J Soares, MF Almeida, I Estalagem, S Quaresma, J Silva, M Lopes

ULS Almada Seixal - Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO: A papilomatose respiratória recorrente (PRR) é uma patologia rara, caracterizada por lesões papilomatosas epiteliais benignas, com predileção pela laringe e traqueia. O envolvimento brônquico é muito raro, podendo causar tosse seca, dispneia, obstrução e hemoptises. Está geralmente associada à infecção por HPV, sendo benigna mas potencialmente agressiva localmente.

Embora incomum, a transformação maligna – ou coexistência com cancro do pulmão – ocorre em 1-5% dos casos, sobretudo com carcinoma pavimentocelular. A associação com adenocarcinoma está descrita apenas em casos isolados. Apresenta-se um caso raro de papilomatose endobrônquica associada a adenocarcinoma pulmonar.

CASO CLÍNICO: Doente do sexo feminino, 66 anos, ex-tabagista (56 UMA), com asma. Recorreu ao serviço de urgência por hemoptises, referindo também tosse seca e fadiga com vários meses de evolução. Foi internada

para investigação. Realizou TC-Tórax que revelou massa subcarinal de 4 cm, a moldar a árvore brônquica direita, com redução do calibre do brônquio principal direito e do segmento inicial do intermédio.

Foi submetida a broncofibroscopia que evidenciou lesão exofítica nos brônquios principal direito e intermédio, com redução acentuada do lúmen. As biópsias revelaram proliferação papilar com displasia ligeira, compatível com papiloma escamoso.

Foi submetida a broncoscopia rígida com ressecção parcial da lesão por electrocoagulação. Do estudo adicional, a PET-CT revelou massa mediastínica hipermetabólica (SUV máx 39,6) com compressão brônquica. Realizou-se EBUS com biópsias transbrônquicas e criobiópsia, com diagnóstico de carcinoma indiferenciado de não pequenas células, expressão PD-L1 90%, consistente com adenocarcinoma do pulmão.

Após discussão multidisciplinar, foi proposta para quimiorradioterapia concomitante. Contudo, evoluiu com pneumonia obstrutiva a condicionar insuficiência respiratória grave, acabando por falecer.

CONCLUSÃO: A papilomatose endobrônquica é uma entidade rara. A coexistência com cancro do pulmão deve ser considerada quando existe progressão rápida, captação intensa na PET ou resposta inflamatória marcada. A abordagem multidisciplinar, com repetição de biópsias e técnicas avançadas como EBUS ou criobiópsia, é essencial para diagnóstico precoce e definição do plano terapêutico.

Palavras-Chave: Papilomatose endobrônquica; Adenocarcinoma do pulmão; Broncoscopia; EBUS

30. Pleurodese em ambulatório através de cateter pleural de longa duração: a propósito de dois casos clínicos

CM Araújo, R Gomes, J Soares, MF Almeida, I Estalagem, S Quaresma, J Silva, M Lopes

ULS Almada-Seixal, Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO: O cateter pleural de longa duração (IPC) constitui uma abordagem eficaz e minimamente invasiva na gestão de derrames pleurais recorrentes, de etiologia maligna ou benigna. Através do mesmo, é possível a realização de drenagem pleural em regime de ambulatório até à realização de pleurodese química com talco, reduzindo a necessidade de internamentos repetidos, com impacto na qualidade de vida. Irão ser apresentados dois casos clínicos de derrame pleural recidivante, abordados com cateter pleural de longa duração e realização de pleurodese em ambulatório.

DESENVOLVIMENTO: Caso 1: Doente do sexo feminino, 60 anos, nunca fumadora, com diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão (Estádio IVB - T2b N2 M1c),

com metastização pleural e óssea. Neste contexto, foi diagnosticado derrame pleural maligno à direita, com várias toracocenteses evacuadoras para alívio sintomático. Por documentação de pulmão expansível e possibilidade de gestão no domicílio, foi proposta a colocação de IPC e foram prestados ensinamentos à doente e ao cuidador para realização de drenagens diárias no domicílio. Manteve este regime durante 4 semanas, até manter drenagens pleurais inferiores a 50 mL. Foi realizada pleurodese com talco em regime de hospital de dia, com boa tolerância, após a qual foi removido o IPC. Após 9 meses, a doente mantém boa expansão pulmonar com um loca mínima de derrame, sem novos episódios de recidiva.

Caso 2: Doente do sexo masculino, 70 anos, com diagnóstico de cirrose hepática alcoólica complicada por hidrotórax à direita, de difícil controlo. Submetido a múltiplas toracocenteses evacuadoras, para alívio sintomático. Neste sentido, optou-se pela colocação de IPC, mantendo seguimento diário em hospital de dia, durante 8 semanas, para drenagem pleural sistemática. Após este período, foi possível a realização de pleurodese com talco, sem evidência de recidiva do derrame. Como complicação associada ao IPC, a salientar, celulite do orifício de entrada do cateter, resolvida com antibioterapia dirigida.

CONCLUSÃO: A utilização do IPC em regime de ambulatório demonstrou ser uma opção eficaz e minimamente invasiva em diferentes contextos de derrame pleural recidivante, permitindo controlo sintomático, realização de pleurodese e redução do número de procedimentos invasivos e internamentos.

Palavras-Chave: Pleurodese; Derrame pleural recidivante; Cateter pleural de longa duração

31. Tumor hepatoide no pulmão: relato de caso clínico

CA Martinho, M Afonso, V Almeida, A Cunha, J Couto

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO: Os adenocarcinomas hepatoides (HACs) são neoplasias raras e agressivas, caracterizadas histologicamente por diferenciação hepática, apesar de sua localização extra-hepática. Com uma sobrevida mediana de apenas cinco meses, esses tumores podem surgir em diferentes órgãos, como o trato digestivo, os pulmões ou o útero.

A escassez de casos descritos na literatura, aliada às manifestações clínicas e laboratoriais atípicas, impõe desafios diagnósticos significativos, ressaltando a importância da análise anatomopatológica e imunohistoquímica no diagnóstico. Neste contexto, relatamos um caso clínico de um doente com HAC

pulmonar.

DESCRIÇÃO: Doente do sexo masculino, 54 anos, com histórico de tabagismo ativo e diagnóstico de DPOC GOLD 2A, foi encaminhado à consulta de pneumologia para investigação de um nódulo pulmonar. A tomografia computadorizada revelou um nódulo espiculado de 1,9 cm no lobo superior direito, hipercaptante em PET-18FDG, sem que esse exame ou a ressonância magnética cranioencefálica identificassem outras alterações suspeitas.

O doente foi submetido a biópsia transtorácica, que confirmou carcinoma de não pequenas células, sem expressão de TTF1, levantando a dúvida quanto à sua origem primária ou secundária. Deste modo, optou-se por realizar lobectomia superior direita associada a linfadenectomia mediastínica. A análise anatomopatológica revelou tratar-se de um adenocarcinoma hepatoide (HAC). O estudo imuno-histológico demonstrou positividade para o antígeno específico de hepatócitos (HepPar1) e citoqueratina 7 (CK7), com negatividade para alfafetoproteína (AFP). O estadiamento patológico foi definido como pT1bN0M0, descartando-se a presença de neoplasia hepática primária. Na reavaliação clínica três meses após a cirurgia, o paciente apresentava-se livre de sinais de doença, tanto clínica quanto imagiologicamente.

CONCLUSÃO: A escassez de casos reportados e a ausência de estudos em larga escala dificultam a compreensão do HAC. A documentação contínua de casos clínicos, como este, e a realização de estudos observacionais são essenciais para aprimorar o diagnóstico e desenvolver tratamentos eficazes, visando melhorar a sobrevida desses doentes.

Palavras-Chave: adenocarcinomas hepatoides, tumor hepatoide

32. Rápido respondedor, longo respondedor: o tumor transformou-se em ar

CL Rodrigues, M Baptista, J Bento, S Lopes, D Sousa, MS Valente

Unidade de Saúde Local Cova da Beira - Serviço de Pneumologia

INTRODUÇÃO: O carcinoma epidermóide do pulmão é o segundo tipo mais frequente de carcinoma de não pequenas células do pulmão. O fator de risco mais relevante é o tabagismo. Devido ao diagnóstico em estadiamento avançado e à menor frequência de alvos moleculares, o prognóstico é reservado.

CASO CLÍNICO: Homem, 76 anos, autónomo, com antecedentes de tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemia e doença arterial periférica. Referenciado à Consulta de Pneumologia pelo Médico de Família por queixas de tosse produtiva de expectoração alaranjada, astenia e perda ponderal de 6 kg em 7 meses. A tomografia computadorizada (TC) de tórax mostrava uma massa do lobo superior direito (LSD) de 14x10 cm com extensão

mediastínica e pleural, envolvimento direto da artéria pulmonar lobar superior, veias pulmonares superiores e brônquio lobar superior ipsilaterais, e um nódulo satélite de 13 mm no mesmo lobo. O estadiamento com tomografia por emissão de positrões de corpo inteiro com 18-FDG e TC cranioencefálica com contraste revelou uma metástase osteolítica mandibular esquerda. Na videobroncofibroscopia, observou-se infiltração da mucosa com redução de calibre do brônquio do LSD, onde foram realizadas biópsias brônquicas e escovado. Obteve-se o diagnóstico de carcinoma epidermóide do pulmão, PD-L1 0%, com estadiamento TNM (8ª edição) cT4 N1 M1b - estadiamento IVA. Foi proposto para tratamento de 1ª linha com quimioterapia e imunoterapia, com 4 ciclos de Carboplatino e Pembrolizumab (3/3 semanas) e Nab-Paclitaxel (semanal), seguido de manutenção com Pembrolizumab. Na primeira avaliação, após 2 ciclos, a lesão neoplásica deu lugar a uma área de cavitação de paredes finas, com resposta parcial segundo os critérios RECIST (redução de 78%). Ao longo do seguimento, o doente manteve ótimo estado geral e critérios de doença estável, com perda progressiva de volume do LSD. Completou 35 ciclos de imunoterapia, estando em vigilância ativa desde há 7 meses. À data da última avaliação, com doença estável, prefazendo 3 anos de sobrevida livre de progressão.

CONCLUSÃO: Apresentamos este caso pela resposta inicial rápida, apesar de doença avançada, com transformação imagiológica surpreendente. Destacamos a resposta sustentada à imunoterapia, com seguimento 3 anos após o diagnóstico, mantendo benefício clínico e estabilidade mesmo após término do tratamento.

Palavras-Chave: Imunoterapia; carcinoma epidermóide; neoplasia do pulmão

33. Coexistência de Mycobacterium avium e carcinoma pleomórfico pulmonar: relato de um caso

C Durão, L Lopes Mendes, P Santos, J Rodrigues Barbosa, J Costeira, P Pinto

ULS Santa Maria

As micobactérias não tuberculosas (MNT), como o complexo Mycobacterium avium (MAC), têm registado uma incidência crescente, sobretudo em indivíduos com doença pulmonar prévia. Embora seja rara, a coexistência com patologia oncológica pulmonar prévia pode atrasar o diagnóstico e comprometer o prognóstico, pelo que uma abordagem multidisciplinar é essencial.

Apresentamos o caso de um homem de 66 anos, natural do Brasil, fumador ativo com carga tabágica de 50 UMA. Recorreu ao serviço de urgência em março de 2024 por quadro com 3 semanas de evolução e de agravamento progressivo de tosse seca, cansaço para pequenos

esforços e perda ponderal não quantificada. A TC torácica evidenciou consolidação retráctil 35x70mm no lobo superior direito, bronquiectasias/áreas de cavitação. Foi internado para realização de biópsia transtorácica (BATT) guiada por tomografia computadorizada, que revelou processo inflamatório necrosado com BAAR positivos, sem evidência de tecido neoplásico. Por suspeita de tuberculose pulmonar iniciou terapêutica com HRZE. Dado o agravamento clínico e isolamento de *M. avium* no LBA iniciou rifampicina 600mg, etambutol 1000mg e azitromicina 250mg. Ao 4.º mês de terapêutica dirigida, manteve agravamento clínico com perda ponderal involuntária e cansaço acentuado. A TC torácica de reavaliação demonstrou aumento da massa no lobo superior direito (70x67mm) com importante componente necrótico. Repetiu BATT compatível com carcinoma pleomórfico pulmonar. Os exames micobacteriológicos subsequentes foram negativos. O doente teve alta com seguimento em consulta de Pneumologia Oncológica e consulta de Micobactérias Não Tuberculosas (MNT). Após 7 meses de tratamento dirigido a MNT manteve evolução clínica desfavorável, com suspensão da terapêutica por ausência de benefício. Nunca teve performance status para iniciar tratamento dirigido à neoplasia, estando atualmente em seguimento nos Cuidados Paliativos.

A coexistência de *Mycobacterium avium* e carcinoma pleomórfico pulmonar é rara, mas clinicamente relevante, com implicações prognósticas que exigem estratégias multidisciplinares precoces. Este caso destaca a importância de manter um elevado índice de suspeição clínica perante a ausência de melhoria sob terapêutica dirigida, realçando a complexidade diagnóstica e necessidade de vigilância e reavaliação constantes.

Palavras-Chave: Micobactérias não tuberculosas, *Mycobacterium avium*, Carcinoma pleomórfico, Neoplasia do pulmão

34. Imunodeficiência comum variável com doença pulmonar intersticial granulomatosa linfocítica e envolvimento neurológico: a propósito de um caso clínico

Godinho, Daniela G. (Portugal)1; Eusébio, João (Portugal)1; Paula, Fernanda (Portugal)1; Silva, Susana (Portugal)1 2; 1 - ULSSM; 2 - FMUL;

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

A doença intersticial pulmonar granulomatosa linfocítica (GLILD) ocorre sobretudo nos doentes com imunodeficiência comum variável (IDCV), maioritariamente em jovens. Trata-se da manifestação pulmonar de uma doença multissistémica, frequentemente associada a citopenias autoimunes, adenopatias, esplenomegalia e/ou doença granulomatosa extrapulmonar, afetando na sua maioria gânglios linfáticos, baço, fígado, aparelho gastrointestinal e, raramente, o sistema nervoso central (SNC).

Apresentamos o caso clínico de uma doente de 28 anos

com o diagnóstico de IDCV desde 2020, seguida em Imunoalergologia e referenciada à Pneumologia após infeção respiratória prolongada em 2019, com alterações imagiológicas a nível pulmonar com múltiplas formações nodulares bronquiolares e adenopatias. A investigação etiológica, com realização de broncofibroscópio, ecoendoscopia endobrônquica e tomografia por emissão de positrões, culminou com o diagnóstico de provável GLILD em contexto de doença granulomatosa multissistémica associada a IDCV em 2021, após realização de biópsia pulmonar cirúrgica com achados de inflamação crónica granulomatosa, com granulomas de células epitelioides não necrotizantes. Em Janeiro de 2022, a doente inicia queixas intermitentes de cefaleia, com agravamento em Março com características de alarme por causar despertar noturno, desequilíbrio da marcha e ataxia do membro superior direito, com lesão estrutural cerebelosa em exame de imagem, sendo internada na Neurologia para investigação do quadro. Após realização de ressonância magnética crânioencefálica, assumiu-se uma meningocerebelite em provável contexto de doença granulomatosa, tendo realizado pulsoterapia com metilprednisolona durante 3 dias e iniciado imunoglobulina endovenosa, mantendo esquema de corticoterapia sistémica oral, com redução progressiva da lesão cerebelosa e suspensão da corticoterapia em Dezembro. Atualmente mantém administração de imunoglobulina subcutânea semanalmente, sem corticoterapia sistémica associada, por recusa da doente, mas mantendo estabilidade clínica e funcional.

Embora raramente, a GLILD pode apresentar acometimento simultâneo do SNC na doença granulomatosa multissistémica associada a IDCV, o que deve estar presente na avaliação destes doentes pelas especialidades envolvidas, Pneumologia, Imunoalergologia e Neurologia.

Palavras-Chave: doença intersticial pulmonar granulomatosa linfocítica; imunodeficiência comum variável; meningocerebelite

35. Um caso de sarcoidose sistémica com apresentação ocular

Daniela G. Godinho (Portugal)1; Júlio, Inês (Portugal)1; Mendes, Ana Cristina (Portugal)1; Basto, Rita Pinto (Portugal)1; 1 - ULSSM;

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

O envolvimento ocular por sarcoidose sistémica é comum e foi relatado em até 78% dos pacientes. No entanto, entre os casos de uveíte, a sarcoidose é diagnosticada numa pequena percentagem dos pacientes, apenas 5% dos casos são confirmados por biópsia.

Apresentamos o caso de um doente de 34 anos que em 2021 inicia queixas de visão turva bilateralmente e cefaleia frontal. Após observação oftalmológica e realização de angiografia, que diagnosticou uveíte anterior e posterior,

com análises sanguíneas com elevação da enzima conversora de angiotensina, foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de tórax por suspeita de sarcoidose com envolvimento ocular. A mesma apresentou múltiplas adenopatias nas cadeias ganglionares mediastínicas, infiltrados pulmonares micronodulares e milimétricos focos de consolidação dispersos, aspetos que favoreciam o diagnóstico de sarcoidose com envolvimento pulmonar e das cadeias ganglionares mediastino-hilares. Por agravamento do edema macular, iniciou corticoterapia tópica e sistémica com 60 miligramas (mg) de prednisolona, previamente à realização da TC, com melhoria clínica ocular e possibilidade de desmame da mesma até 15mg. Após evidência de envolvimento pulmonar efectuou, lavado broncoalveolar com linfocitose e relação CD4/CD8 de 6, e biópsia brônquica que evidenciou a presença de granulomas não necrotizantes, com a confirmação do diagnóstico de sarcoidose em estadio II. Iniciou terapêutica imunossupressora com metotrexato com tolerância até à dose de 12,5mg e redução consequente da corticoterapia para 5mg, mantendo melhoria clínica sustentada. Após um ano e meio de doença, em 2023, apresentou agravamento imagiológico reticulonodular, sobretudo nos lobos superiores, com leucopenia e linfopenia associadas, com necessidade de aumento da dose de metotrexato e prednisolona. Por ausência de melhoria radiológica aos 4 meses após ajuste de terapêutica, iniciou Infliximab, em Outubro de 2024, apresentando atualmente melhoria imagiológica significativa.

O envolvimento ocular é uma manifestação importante e comum da sarcoidose, podendo constituir a manifestação inicial ou mesmo a única manifestação clínica. É por isso relevante protocolar uma avaliação sistemática da doença ocular na presença de sarcoidose.

Palavras-Chave: sarcoidose; sarcoidose ocular; uveíte

36. Disfarçado de Abscesso Pulmonar: um Caso de Cancro do Pulmão.

DL Francisco, B Dias, A Correia, T Belo, M Conceição, A Reis.

ULS Viseu Dão-Lafões

INTRODUÇÃO: As lesões pulmonares cavitadas podem resultar de múltiplas etiologias, nomeadamente infecciosa, inflamatória ou neoplásica.

CASO CLÍNICO: Homem de 71 anos, ex-trabalhador na construção civil e ex-fumador (30 UMA), foi admitido no SU por quadro de astenia, perda ponderal (15 Kg), hipersudorese noturna, tosse produtiva mucopurulenta e ocasionalmente hemoptoica com evolução progressiva nos últimos 10 meses. Apresentava raio-X tórax com lesão arredondada e bem delimitada ao nível do campo pulmonar inferior direito com nível hidroaéreo.

Ao exame objetivo encontrava-se hemodinamicamente

estável, eupneico em ar ambiente, febril (38.1°C), sem alterações na auscultação. Analiticamente com anemia, leucocitose e neutrofilia, e proteína C reativa elevada. Realizou TC-Tórax que demonstrou uma massa de 10cm no lobo superior direito com cavitação e extensão ao lobo médio. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e clindamicina e foi admitido em internamento.

Broncofibroscopia evidenciou lesão vascularizada à entrada do lobo médio e sinais infiltrativos de toda a mucosa do lobo médio, realizou biópsias que demonstraram displasia escamosa moderada. O aspirado brônquico isolou *Acinetobacter baumannii* e o lavado broncoalveolar mostrou aspetos citológicos suspeitos de malignidade.

Por manter picos febris diários e tosse hemoptoica, escalou-se antibioterapia para meropenem, conforme TSA, e iniciou ácido aminocaproico. Realizou biópsia transtorácica da massa que foi compatível com carcinoma epidermoide invasor (PD-L1 90%). A PET-CT confirmou volumosa lesão tumoral maligna hipermetabólica direita (Q.SUVmax = 33.3), com envolvimento pleural, mediastínico e metastização ganglionar mediastino-hilar ipsilateral. TC-CE sem alterações. Apresentou resolução de tosse hemoptoica, mas manteve febre e parâmetros inflamatórios elevados apesar de antibioterapia dirigida prolongada, tendo alta com antipirético fixo. Foi referenciado para consulta de Oncologia Pneumológica e iniciou tratamento com Cemiplimab, apresentado resposta imagiológica, clínica e analítica favorável.

CONCLUSÃO: Lesões malignas endobrônquicas podem condicionar o desenvolvimento de um abscesso pulmonar. Um elevado nível de suspeição, bem como o uso precoce de técnicas invasivas pneumológicas são fundamentais para um diagnóstico definitivo.

Palavras-Chave: Abscesso Pulmonar, Carcinoma Epidermoide

37. Um desafio no diagnóstico diferencial: Síndrome de Caplan e Tuberculose.

DL Francisco, B Dias, A Correia, T Belo, C António, M Conceição, A Reis.

ULS Viseu Dão-Lafões

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Caplan apresenta-se em doentes com Artrite Reumatoide (AR) associada a pneumoconioses, nomeadamente a Silicose.

CASO CLÍNICO: Homem de 75 anos, trabalhador da construção civil durante 56 anos sem uso de EPI e com AR controlada com leflunomida e prednisolona 5mg/dia. Referenciado por tosse seca noturna, pieira e dispneia para esforços com 9 meses de evolução e TC-Tórax a revelar micronódulos dispersos bilateralmente de predomínio nos lobos superiores. Provas funcionais respiratórias, estudo analítico e auto-imune extenso sem alterações. Aspirado brônquico e lavado broncoalveolar (LBA) apresentava

celularidade 130/mm³ (Neutrófilos 20%, Macrófagos 62%, Linfócitos 15%) sem outros achados relevantes. Repetiu TC-tórax com contraste demonstrando o mesmo padrão micronodular difuso de predomínio nos lobos superiores, tendo sido realizado o diagnóstico de Silicose. Iniciou tratamento com Budesonido/Formoterol e aumento de prednisolona para 20mg/dia, com melhoria sintomática e suspensão progressiva do corticoide oral ao fim de 5 meses.

TC-Tórax de reavaliação após 3 e 7 meses demonstraram aumento de nodularidade, sobretudo nos lobos inferiores, e cavitação de vários nódulos previamente sólidos. Repetiu aspirado brônquico e LBA sem novas alterações citológicas ou culturais. Realizaram-se biópsias a 2 nódulos que revelaram áreas de tecido pulmonar substituído por fibrose densa, com elastose, associado a processo inflamatório crónico granulomatoso e necrotizante, sem sinais de malignidade e com pesquisa de BAAR negativa.

Reavaliado 12 meses após suspensão de prednisolona apresentava nova clínica de expectoração mucoide, astenia, sudorese noturna e perda ponderal de 4Kg com 2 meses de evolução. Iniciou tratamento antibacilar e repetiu pesquisa de BAAR em colheitas de expectoração que se mantiveram negativas, assumindo-se o diagnóstico de Tuberculose Pulmonar possível, dado as alterações imagiológicas, histológicas e clínicas. Iniciou esquema HRZE que cumpriu com tolerância, apresentando melhoria clínica e imagiológica. Encontra-se atualmente em 2ª fase do tratamento.

CONCLUSÃO: Este caso realça a dificuldade do diagnóstico diferencial de patologias que podem apresentar sobreposição clínica, imagiológica e histológica, nomeadamente em doentes imunodeprimidos com AR, Silicose ou pneumoconiose.

Palavras-Chave: Síndrome Caplan, Tuberculose, Artrite Reumatoide, Silicose

38. Amivantamab e toxicidade cutânea exuberante, um desafio na oncologia personalizada

D Moreira-Sousa, C Rodrigues, JM Bento, AS Lopes, M Baptista, MS Valente

ULS Cova da Beira

INTRODUÇÃO: O tratamento do cancro do pulmão tem evoluído com o surgimento de terapêuticas alvo modificadoras de prognóstico. Estes agentes apresentam frequentemente perfis de toxicidade distintos da quimioterapia convencional, representando novos desafios.

CASO CLÍNICO: Homem de 66 anos, autónomo e ex-fumador, com historial de patologia cardiovascular, hipocoagulado com varfarina. Diagnosticado com adenocarcinoma pulmonar estágio IVB em 2022,

com expressão de PD-L1 de 40% e identificação de mutação inserção do exão 20 do EGFR. Após progressão sob primeira linha com duplete de platino, iniciou amivantamab. Surgiram precocemente alguns dos efeitos adversos frequentes - exantema acneiforme, paroníquia e edema periférico - geridos com terapêutica médica. Aos três meses confirmou-se a resposta parcial da doença oncológica, mas apresentou agravamento das lesões acneiformes na face, couro cabeludo e tronco, e surgiram lesões ulceradas perineais indolores de novo, motivando a articulação com Dermatologia. Procedeu-se à biópsia das lesões ulceradas, com exclusão de etiologia infecciosa, assumindo-se como reação adversa. Instituída terapêutica antibiótica e corticosteroide tópicos, com melhoria transitória. Após um ano de tratamento, apesar de redução de dose do amivantamab, verificou-se um agravamento progressivo da toxicidade (grau 3), com extensão das lesões ulceradas perineais, evolução da dermatite pustulosa a nível axial e membros, edema exsudativo dos membros inferiores, e surgimento de úlceras linguais, com necessidade de internamento. Com o apoio de Dermatologia, intensificaram-se cuidados de penso e o tratamento tópico, e iniciou antibioterapia sistémica. Realizou nova biópsia das lesões perineais, que foi positiva para HSV-1, tendo iniciado valaciclovir. Ao longo do internamento, apresentou melhoria progressiva global das lesões, com cicatrização das úlceras perineais e linguais. Durante o tratamento, manteve resposta parcial da doença oncológica.

CONCLUSÃO: Este caso evidencia os desafios no tratamento dos efeitos adversos de terapêuticas alvo, salientando a importância do equilíbrio entre a eficácia terapêutica e gestão de toxicidade. A simultaneidade da toxicidade cutânea grave ao amivantamab e outros diagnósticos diferenciais, exigiram uma abordagem multidisciplinar, garantindo uma gestão eficaz do caso.

Palavras-Chave: EGFR; Amivantamab; Terapêutica Alvo; Cancro do Pulmão de Não Pequenas Células

39. Hiperplasia Difusa Idiopática de Células Neuroendócrinas: Quando Dois Carcinoides Não Bastam

D Mendonça, G Samouco, A Nunes, G Lopes, B Bem, M Tavares, É Almeida, L Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda

A hiperplasia difusa idiopática de células neuroendócrinas do pulmão (DIPNECH) é uma entidade que afeta predominantemente mulheres não fumadoras, a partir da meia-idade, caracterizada pela proliferação de células neuroendócrinas nas paredes brônquicas, sendo considerada uma lesão pré-invasiva para tumores carcinoides. Os doentes podem ser assintomáticos ou apresentar sintomas inespecíficos, como dispneia, tosse

crónica ou pieira.

Mulher, 72 anos, não fumadora, referenciada à consulta de Pneumologia Oncológica por nódulo pulmonar de 23 mm e dois esboços nodulares peri-centimétricos no LIE identificados em TC-AP. Apresentava cansaço fácil e tosse seca, sem outros sintomas. TC-tórax evidenciou múltiplos nódulos, sobretudo nos LIs, maiores no LIE (23mm) e LM (18mm). PET-CT F18-FDG revelou hipermetabolismo nas lesões nos LM e LIE, compatíveis com lesões neoplásicas malignas, sugestivas de tumores carcinoides; identificou ainda nódulos inespecíficos infracentimétricos, dispersos bilateralmente. BATT das duas lesões confirmou neoplasias neuroendócrinas de baixo grau, tipo tumor carcinóide (Ki-67 <5%, PD-L1 negativo) síncronas. RM-CE não evidenciou metástases endocranianas; PFR e ecocardiograma dentro da normalidade. Admitido o diagnóstico de DIPNECH e em reunião multidisciplinar foi proposta PET-CT 68Ga-DOTA-TOC, que confirmou hiper captação nos tumores do LM e LIE, e identificou múltiplos nódulos menores, sem captação. A doente foi submetida a cirurgia torácica em dois tempos: ressecção em cunha do tumor do LIE, seguida de lobectomia média e linfadenectomia mediastínica. A anatomia patológica confirmou carcinoides típicos e no restante parênquima pulmonar da peça de lobectomia evidenciou hiperplasia de células neuroendócrinas com características imunofenotípicas presentes nas neoplasias, e bronquiolite constrictiva, achados compatíveis com DIPNECH. Doente mantém seguimento em consulta de Pneumologia Oncológica.

Apesar de rara, a DIPNECH é frequentemente subdiagnosticada, podendo levar a atraso diagnóstico superior a 10 anos, sendo mais frequentemente identificada em peças pulmonares excisadas por tumores carcinoides. Os nódulos evoluem lentamente em número e dimensão, podendo evoluir para tumores neuroendócrinos malignos de baixo grau. Assim, é essencial vigilância clínica e imagiológica prolongada.

Palavras-Chave: DIPNECH, Tumores Carcinoides, Cirurgia Torácica, Pneumologia Oncológica

40. Endometriose torácica: uma surpresa em idade atípica

ED Carção, S Raimundo, JP Correia, B Conde

ULS TMAD Vila Real

INTRODUÇÃO: A endometriose torácica é uma entidade rara que afeta mulheres pré-menopausa e maioritariamente jovens. A doença pélvica está presente na maioria (50 a 84%) dos casos. Não está claro se fatores de risco clássicos para endometriose pélvica o são também para endometriose torácica. Este diagnóstico deve ser equacionado em casos de hemotórax ou pneumotórax catameniais, sobretudo em mulheres com manipulação uterina prévia; uma percentagem significativa de casos

aparece sem relação com a menstruação e é diagnosticada em contexto de pneumotórax espontâneo recidivante.

CASO CLÍNICO: Apresenta-se o caso de uma mulher de 57 anos, não fumadora, com antecedentes de 2 polipectomias histeroscópicas por hemorragia uterina anómala. Recorre ao serviço de urgência em outubro de 2022 por toracalgia pleurítica esquerda com uma semana de evolução. Não estava menstruada. Ao exame objetivo, encontrava-se eupneica em ar ambiente e hemodinamicamente estável. Na telerradiografia de tórax, apresentava pneumotórax de grande volume à esquerda com atelectasia total do pulmão.

Procedeu-se à colocação de dreno torácico e internamento; durante o mesmo, a doente apresentou fuga aérea prolongada, resolvida com aspirador de baixa pressão, mantendo fina lâmina de pneumotórax à data de alta. A doente foi referenciada à consulta de cirurgia torácica e manteve-se sob seguimento. Em TC torácica, em junho de 2024, verifica-se presença de lâmina de pneumotórax esquerdo e, em setembro de 2024, a doente realiza toracoscopia vídeo-assistida (VATS) uniportal esquerda, com ressecção atípica de ápex e língula, pleurodese mecânica e química com talco.

No estudo histológico da peça cirúrgica, além de extensa fibrose e alterações reativas da pleura, fibrose e elastose do parênquima subpleural, observou-se positividade imuno-histoquímica para marcadores consistentes com o diagnóstico de endometriose pleural.

Dado a doente estar provavelmente em pós-menopausa não iniciou supressão hormonal.

CONCLUSÃO: Pela baixa acuidade diagnóstica da radiografia de tórax e da TC no estudo dos tecidos moles, a endometriose torácica continua a ser um desafio diagnóstico, dependente de alta suspeição clínica, e que requer uma articulação multidisciplinar na abordagem terapêutica e na diminuição do risco de recidiva de novos eventos.

Palavras-Chave: pneumotórax, endometriose torácica, endometriose, VATS

41. “Adeus” Epidermoide, “Olá” SCLC: Um Caso Insólito de Dupla Neoplasia Pulmonar

F Barbosa, N Lopes; F Henriques; J Pereira; M Afonso; C Pissarro; D Madama; A Figueiredo; F Barata

ULS Coimbra

A remissão espontânea, definida pela regressão parcial ou completa de uma neoplasia sem tratamento eficaz, é um fenómeno raro. Na literatura, há apenas alguns relatos de regressão espontânea em cancro de pulmão não pequenas células. Ainda mais invulgar é o aparecimento subsequente de um segundo tumor primário. Este relato descreve uma paciente que, após regressão espontânea

de carcinoma epidermoide-CPE, desenvolveu um carcinoma de pequenas células-CPPC, ilustrando os desafios e impacto psicológico desta marcha diagnóstica. Mulher de 58 anos, fumadora, com antecedentes de DPOC e artrite reumatoide sob infliximab. Uma TC torácica revelou um nódulo pulmonar suspeito de 19 mm no lobo médio. A PET/CT-FDG mostrou aumento da captação de FDG e adenopatias homolaterais, assim como alterações dispersas no parênquima sugestivas de alterações inflamatórias vs linfangite carcinomatosa. A biópsia transtorácica identificou um CEP. O estadiamento ganglionar por EBUS não evidenciou metástases ganglionares. De forma a esclarecer as dúvidas na PET/TC-FDG, repetiu-se e documentou-se redução do tamanho e metabolismo da lesão, compatíveis com regressão espontânea. Perante isto, manteve-se em vigilância ativa.

Na TC torácica subsequente surgiu um novo nódulo no lobo superior direito, hipermetabólico e de crescimento rápido na PET/TC FDG. Devido à sua localização, realizou-se EBUS radial, diagnosticando CPPC, confirmado em revisão histológica como tumor distinto do inicial. Procedeu-se a lobectomia superior direita com linfadenectomia mediastínica, confirmando um CPPC, estadio IIIA e margens R1. A paciente iniciou quimioterapia e radioterapia adjuvantes.

Ao longo de mais de 15 meses, a doente foi sujeita a múltiplos procedimentos invasivos e incertezas diagnósticas, desencadeado um quadro de ansiedade intensa e elevado desgaste emocional.

Este caso de regressão espontânea de carcinoma epidermoide seguida de carcinoma de pequenas células sublinha que, mesmo fenómenos extraordinários, não dispensam vigilância rigorosa. A sequência diagnóstica e terapêutica prolongada, aliada ao elevado desgaste emocional, reforça a necessidade de equipas multidisciplinares que integrem suporte psicológico, garantindo uma abordagem holística ao doente oncológico.

Palavras-Chave: carcinoma de pequenas células do pulmão; carcinoma epidermoide do pulmão; imunossupressão

42. Actinomicose Pulmonar: Quando a Infecção Imita o Cancro

F. Barbosa; A. Catarino; F. Gamboa

ULS Coimbra

A actinomicose pulmonar é uma infecção crónica rara causada por bacilos gram-positivos anaeróbios do género *Actinomyces*, comensais da orofaringe, trato gastrointestinal e geniturinário. A infecção geralmente resulta da aspiração de conteúdo orofaríngeo e apresenta-

se com sintomas e achados radiológicos inespecíficos, podendo simular tuberculose, abscessos pulmonares ou neoplasia. O diagnóstico é frequentemente complexo e requer elevado grau de suspeição clínica. Apresentamos um caso de actinomicose pulmonar cuja suspeita diagnóstica inicial foi de neoplasia do pulmão.

Doente do sexo masculino, de 58 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes tipo 2, ex-fumador, recorreu ao serviço de urgência por dor torácica esquerda de características pleuríticas, associada a tosse produtiva crónica e cansaço para médios esforços. Não apresentava alterações analíticas significativas, revelando a radiografia torácica uma opacidade no lobo superior esquerdo. A angio-TC torácica excluiu tromboembolia pulmonar mas identificou lesão subpleural com contornos irregulares, sugerindo neoplasia pulmonar. Foi internado para estudo, tendo realizado broncofibroscopia, cujos estudos microbiológicos, micobacteriológicos, citológicos e histológicos, foram negativos, e a PET/TC-FDG que reforçou a suspeita de neoplasia. Após a alta, manteve seguimento em ambulatório, tendo realizado biópsia transtorácica e EBUS que revelaram processo inflamatório crónico sem evidência de neoplasia. O diagnóstico foi finalmente confirmado através de uma nova biópsia transtorácica, que revelou tecido necrótico com abundantes bacilos compatíveis com *Actinomyces* spp no exame histológico, confirmando o diagnóstico de actinomicose pulmonar. Iniciou antibioterapia dirigida com amoxicilina, com evolução clínica e radiológica favorável ao longo de 6 meses.

Este caso evidencia a dificuldade diagnóstica da actinomicose pulmonar, uma entidade rara cuja apresentação pode mimetizar neoplasia pulmonar, frequentemente conduzindo a investigação extensa e invasiva. O reconhecimento precoce e a consideração desta infeção no diagnóstico diferencial de massas pulmonares é essencial para evitar procedimentos desnecessários e iniciar terapêutica adequada.

Palavras-Chave: actinomicose pulmonar

43. Pneumatose intestinal após quimioterapia com etoposido - uma condição rara

FM Freitas, P Garrido, L Carreiro, N Gil

Fundação Champalimaud

A pneumatose intestinal é uma condição rara, cuja patofisiologia permanece pouco conhecida. Algumas terapêuticas tem sido associadas a esta patologia como metotrexato, paclitaxel, docetaxel, etoposido endovenoso, inibidores do fator de crescimento endotelial vascular, entre outros. As manifestações clínicas variam desde achados incidentais até complicações potencialmente fatais, como isquemia intestinal.

Salienta-se o caso de uma mulher de 67 anos, com antecedentes de enfarte agudo do miocárdio, hipertensão arterial, fumadora (CT 80UMA), que em janeiro de 2023 recorreu a uma consulta de pneumologia por queixas de tosse seca persistente com vários meses de evolução. Realizou exames complementares de diagnóstico que revelaram uma massa no LSE e cuja marcha diagnóstica revelou tratar-se de Carcinoma Pulmonar de Pequenas Células estágio IVB (T4N3M1c).

Foi submetida a diferentes linhas de tratamento sistémico, bem como a tratamentos de radioterapia. Durante o retratamento com etoposido em 5ª linha de terapêutica realiza reavaliação imagiológica programada, sem sintomas relacionados, que revelou extensa infiltração enfisematosa mediastínica com extensão abdominal intraperitoneal e retroperitoneal. Após exclusão de outras possíveis causas para este achado e revisão da literatura, assumiu-se o tratamento com etoposido como causa mais provável para os achados.

Visto que a doente encontrava-se estável e assintomática, optou-se por tratamento conservador apenas com vigilância, suspensão do tratamento com etoposido e após 3 semanas, em reavaliação imagiológica, verificou-se melhoria significativa com resolução da grande maioria das alterações.

Com este caso pretende-se alertar para o facto de doentes a fazer quimioterapia poderem desenvolver pneumatose intestinal, apesar de se tratar de uma complicação rara descrita na literatura. A apresentação clínica deve ser cuidadosamente avaliada para se optar pela melhor abordagem terapêutica.

Palavras-Chave: pneumatose intestinal, quimioterapia, Carcinoma Pulmonar de Pequenas Células

44. Pneumonite de Hipersensibilidade com Apresentação Quística Pulmonar: relato de 2 casos

F Modesto, CS Moura, S Guimarães, A Carvalho, A Alexandre, D Coelho, N Melo, HN Bastos, PC Mota, A Morais

Centro Hospitalar de Setúbal

A pneumonite de hipersensibilidade (PH) é uma doença intersticial caracterizada por resposta imunológica exagerada a antigénios inalados. O diagnóstico é complexo, podendo mimetizar outras doenças pulmonares intersticiais ou das pequenas vias aéreas. A apresentação imagiológica exclusivamente por doença quística pulmonar é rara.

Caso 1: Homem, 67 anos, ex-fumador de 24 Unidades Maço Ano (UMA), com exposição a minas de quartzo e aviária e antecedentes de tuberculose tratada. Iniciou seguimento por dispneia de esforço (mMRC 1) e TC de Alta Resolução (TCAR) com quistos pulmonares bilaterais.

Provas funcionais respiratórias apenas com diminuição moderada de difusão para o monóxido de carbono. Lavado broncoalveolar (LBA) com linfocitose intensa e criobiópsia pulmonar transbrônquica inconclusiva. A biópsia pulmonar cirúrgica (BPC) revelou infiltrado linfocitário, granulomas não necrotizantes peribronquiolares e lesões de silicoantracose. Assumiu-se o diagnóstico de pneumonite de hipersensibilidade não fibrótica em reunião multidisciplinar. Após evicção antigénica manteve vigilância, com estabilidade clínica, funcional e imagiológica. Caso 2: Homem, 59 anos, ex-fumador de 15 UMA, com exposição a cortiça e aviária, referenciado por dispneia mMRC 3-4, agravada no trabalho. TCAR com quistos pulmonares heterogéneos e sinais de air-trapping. Provas funcionais com síndrome ventilatório obstrutivo ligeiro. LBA com alveolite linfocítica. Biópsia transtorácica inconclusiva. A biópsia pulmonar cirúrgica revelou enfisema, inflamação linfocitária bronquiolocêntrica subpleural e septal, células gigantes multinucleadas e bronquiolite constritiva. Assumiu-se o diagnóstico de pneumonite de hipersensibilidade não fibrótica, em contexto de suberose e exposição aviária. O doente cessou as exposições e iniciou terapêutica inalatória com melhoria sintomática. Ambos os casos mantiveram vigilância com estabilidade clínica, funcional e imagiológica durante 4 e 13 anos, respetivamente, sem necessidade de iniciar terapêutica imunossupressora.

A sua apresentação atípica pode levar a atraso ou subdiagnóstico, com impacto no tratamento e prognóstico. O caso ilustra a importância da abordagem multidisciplinar destes casos, incluindo a PH no diagnóstico diferencial de doenças pulmonares quísticas.

Palavras-Chave: Pneumonite, Hipersensibilidade, Interstício

45. Pneumonite de Hipersensibilidade secundária a mesalazina : a propósito de um caso clínico

F Guimarães, A Alexandre, D Coelho, P Mota H Novais e Bastos, N Melo, A Carvalho, O Sokhatska, M Beltrão, L Delgado, A Morais

Hospital Vila Franca de Xira

INTRODUÇÃO: A doença intersticial pulmonar (DIP) é uma complicação rara da terapêutica para a doença inflamatória intestinal, incluindo aminosalicilatos (mesalazina e sulfassalazina). A DIP secundária à mesalazina manifesta-se tipicamente por pneumonia eosinofílica, pneumonia organizativa ou pneumonia intersticial não específica.

CASO CLÍNICO: Caso clínico de um homem, 39 anos, não fumador, agricultor. Residente a cerca de 50 metros de viveiro com dezenas de aves, incluindo pombas, rolas e agapones, mas sem contacto direto com as mesmas. Diagnosticado com colite ulcerosa, para a qual iniciou mesalazina. Cerca de um mês depois foi avaliado no SU por dispneia. Analiticamente com eosinofilia (1030

células x 10⁹/L), PCR 53,4 mg/L, PCR SARS-CoV-2 positivo e radiografia torácica com padrão reticulonodular bilateral. Em consulta três meses depois referia dispneia (mMRC 1), tosse e pieira. Funcionalmente com obstrução grave (FEV1 36%) e com défice moderado da difusão (DLCO 42%). TC torácica a evidenciar exuberante padrão nodular centrilobular em vidro despolido bilateral. LBA com alveolite linfocítica (43%) e eosinofílica (32%) intensas. Por suspeita de pneumonite de hipersensibilidade (PH) não fibrótica secundária a mesalazina ou a aves suspendeu tratamento com mesalazina e iniciou corticoterapia sistémica. Após dois meses de tratamento apresentava melhoria clínica, funcional e imagiológica marcadas - assintomático, espirometria normal, DLCO 68%, TC torácica com padrão micronodular menos exuberante. Analiticamente com redução da eosinofilia para 80 células x 10⁹/L. Manteve-se assintomático ao longo do desmame de corticoterapia e iniciou infliximab para controlo da colite ulcerosa.

CONCLUSÕES: Este caso descreve uma apresentação pouco comum de toxicidade pulmonar por mesalazina. Embora a hipótese de PH secundária ao contacto (ainda que indireto) com aves não possa ser formalmente excluída, os autores acreditam que a eosinofilia periférica e no LBA, aliados à óbvia relação temporal com a introdução do fármaco, tornam esta a etiologia mais provável.

Palavras-Chave: mesalazina; pneumonite de hipersensibilidade

46. Tuberculose extra-pulmonar: uma série de casos

G Lopes, A Nunes, B Bem, D Mendonça, G Samouco, M Reis, L Ferreira

ULS Guarda

INTRODUÇÃO: Em 2023, Portugal notificou 1584 casos de tuberculose (TB), dos quais 463 (29,2 %) corresponderam a formas extrapulmonares resultantes de disseminação hematogénica e linfática dos bacilos. As formas mais comuns são ganglionar, pleural e osteoarticular.

DESCRIÇÃO: Apresentamos cinco casos de TB extrapulmonar seguidos na Consulta Respiratória na Comunidade (CRC) Guarda: pleural, ganglionar, peritoneal, intestinal e tiroideia.

Caso1

Homem, 72 anos, com queixas de dispneia, raio-x tórax com derrame pleural direito, e PCR e baciloscopias positivas para *Mycobacterium Tuberculosis* (MT). Excluída TB pulmonar. Iniciou tratamento com HRZE, encontrando-se em fase de manutenção.

Caso2

Homem, 78 anos, referenciado por astenia e adenopatias supraclaviculares, a maior com 50x27x15 mm. A

biópsia excisional revelou linfadenite granulomatosa necrotizante. PCR negativa, baciloscopia negativas e culturas positivas. Excluída tuberculose pulmonar. Iniciou terapêutica com HRZE.

Caso3

Mulher, 26 anos, Angolana, com dor abdominal, perda ponderal de 28 % e ascite com 3 meses de evolução. TC TAP com massa anexial direita e implantes peritoneais. A PCR do líquido ascítico foi positiva para MT, com resistência à rifampicina e resultado indeterminado para isoniazida. Excluída TB pulmonar. Iniciou tratamento de multirresistência com bedaquilino, levofloxacina, linezolide, cicloserina e clofazamina em articulação com CRC-A de Vila Nova de Gaia. Foi requisitada genotipagem e teste de suscetibilidade para antibacilares de segunda linha.

Caso4

Homem, 42 anos, Timorense, com TB pulmonar cavitada em tratamento com HRZE. Por queixas de dor abdominal difusa mantida, refratária ao tratamento médico, realizou colonoscopia com biópsia de lesões ulceradas, com culturas positivas para MT.

Caso5

Mulher, 66 anos, seguida em consulta de Endocrinologia por bócio multinodular. Por massa cervical dolorosa de novo, realizou punção aspirativa da tiróide que revelou material necrótico, com isolamento de MT. Excluída TB pulmonar. Realizou tratamento com HRZE, com melhoria clínica e imagiológica.

CONCLUSÃO: Estes casos realçam a importância de um elevado grau de suspeição clínica para TB extrapulmonar, especialmente em populações de risco. O reconhecimento precoce, a confirmação microbiológica e início de terapêutica atempados são fundamentais.

Palavras-Chave: Tuberculose, extra-pulmonar, multirresistência

47. Síndrome de Erasmus: Sobreposição Rara entre Silicose e Esclerose Sistémica

GS Luís, A Daniel

ULS da Região de Leiria

INTRODUÇÃO: O síndrome de Erasmus é uma entidade rara que se caracteriza pela associação entre esclerose sistémica e exposição prévia à sílica. Foi descrito pela primeira vez em 1957, ao se observar maior incidência de esclerose sistémica em mineiros expostos à sílica. Estima-se que esta associação esteja presente em apenas 0.9% dos doentes com esclerose sistémica.

CASO CLÍNICO: Homem de 73 anos, reformado da construção civil e ex-fumador (13 UMA), foi referenciado à consulta de Reumatologia por suspeita de sarcoidose. Apresentava fenómeno de Raynaud bifásico desde os

40 anos, dispneia para médios esforços e tosse seca ocasional. Ao exame objetivo, notava-se espessamento cutâneo digital (Rodnan = 4) e telangiectasias faciais e ferveores crepitantes bibasais discretos à auscultação.

Analicamente, apresentava ANA positivos com doseamento de anti-Scl-70 em alto título (388 UQ; N <20 UQ) e SACE ligeiramente aumentado (104,1 U/L; N <70 U/L). Hemograma, parâmetros inflamatórios e eletroforese de proteínas séricas sem alterações.

A TC tórax de alta resolução revelava adenopatias mediastínicas e micronódulos com distribuição predominantemente nos lobos superiores.

O lavado broncoalveolar (LBA) mostrou aumento de linfócitos T com CD4+/CD8+ <3.5; a biópsia brônquica (BB) não revelou granulomas, excluindo sarcoidose.

A capilaroscopia evidenciou padrão esclerodérmico precoce.

Estabeleceu-se o diagnóstico de esclerose sistémica com base na presença de fenómeno de Raynaud, espessamento digital, telangiectasias faciais, ANA positivos com anti-Scl-70 em alto título e padrão esclerodérmico precoce em capilaroscopia.

O caso foi discutido em reunião multidisciplinar - o envolvimento pulmonar foi atribuído à silicose, sustentado pelo padrão radiológico e pela história profissional, não sendo compatível com o envolvimento pulmonar típico da esclerose sistémica.

Iniciou terapêutica com hidroxycloquina 400mg id, metotrexato 12,5mg/semana, ácido fólico 10mg/semana e prednisolona 5mg id, mantendo estabilidade clínica atual.

CONCLUSÃO: Embora ambas as patologias compartilhem a inalação de sílica como fator de risco, a coexistência de esclerose sistémica com silicose é uma associação rara.

Este caso clínico destaca a importância da abordagem multidisciplinar para a correta orientação diagnóstica e terapêutica destes doentes.

Palavras-Chave: Esclerose Sistémica, Silicose e Doenças Pulmonares Intersticiais

48. Défice de alfa-1 antitripsina e vasculite c-ANCA: a propósito de um caso clínico

HI Carvalho, F Correia, M Sucena, I Rodrigues, J Gomes

Unidade Local de Saúde de Santo António

INTRODUÇÃO: O défice de alfa-1 antitripsina (A1AT) é uma condição genética rara que afeta predominantemente os pulmões e o fígado. Embora menos frequente, alguns estudos

referem uma possível associação entre o défice de A1AT e vasculite associada a anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (c-ANCA), sobretudo anti-proteinase 3 (PR3),

particularmente na presença do alelo Z. Por outro lado, c-ANCA, sobretudo em padrão atípico, têm sido descritos noutras doenças respiratórias, como a fibrose quística, embora o seu significado patológico permaneça por esclarecer.

CASO CLÍNICO: Mulher de 70 anos, com A1AT fenótipo ZZ, DPOC, bronquiectasias extensas com colonização crónica por *Pseudomonas aeruginosa* e história prévia de tuberculose pulmonar. Em junho de 2024 recorreu ao serviço de urgência por agravamento da dispneia habitual, aumento da produção de expectoração e febre. Foi internada por exacerbação infecciosa da patologia respiratória de base, tendo iniciado cefazolina/tazobactam com posterior switch para imipenem. Durante o internamento foram observadas máculas purpúricas nos membros inferiores, com vários anos de evolução e agravamento recente. A avaliação dermatológica foi sugestiva de vasculite cutânea, possivelmente associada ao défice de A1AT, exacerbada por infeção ou antibioterapia. O estudo imunológico revelou

ANCA positivo (1/160) com padrão c-ANCA atípico, e PR3 e MPO negativos. As crioglobulinas eram negativas. Não havia parâmetros inflamatórios elevados, nem sinais de disfunção orgânica além da respiratória, nem manifestações sistémicas sugestivas de vasculite, como na granulomatose com poliangeíte.

CONCLUSÃO: Trata-se de um caso raro de vasculite cutânea em doente com A1AT fenótipo ZZ, bronquiectasias e c-ANCA atípico positivo. A etiologia das bronquiectasias foi atribuída ao défice de A1AT, embora com extensão invulgar. A presença de c-ANCA atípico,

abituamente associada à fibrose quística, poderá sugerir um possível papel autoimune na formação de bronquiectasias em doentes sem esta patologia.

Palavras-Chave: Alfa-1 antitripsina; DPOC; Vasculite; ANCA

49. Fibrinólise através de cateter de longa duração em derrame neoplásico infetado: A propósito de um caso clínico

I Torres, J Freitas, A Pina, R Barreira, C Jardim, I Duarte, B Mendes, N Murinello, A Magalhães

ULS São José

Os cateteres de longa duração (CLD) são utilizados na gestão de derrames pleurais neoplásicos. Com a sua utilização mais frequente, e maior sobrevivência dos doentes oncológicos, surgem também relatos das complicações tardias desta técnica. Entre estas destaca-se o empiema. A fibrinólise intrapleural é utilizada na presença de infeção pleural multiloculada. A sua utilização em derrames neoplásicos através de CLD encontra-se pouco descrita.

Apresenta-se o caso de um homem, 50 anos, autónomo

com antecedentes de adenocarcinoma do pulmão (PDL-1 1-5%), estadió IV por metastização pleural, pericárdica, óssea. Iniciou quimioterapia, contudo com progressão de doença, estando atualmente sob entrecitinib.

Por derrame pleural maligno desde o diagnóstico, foi colocado CLD, com boa tolerância e gestão. Após 10 meses, iniciou quadro de dor torácica direita com 3 dias de evolução, com agravamento do cansaço e febre. Sem insuficiência respiratória. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e imagiologicamente aumento do derrame pleural direito com hipercaptação pleural compatível com processo infeccioso. O exame cultural do líquido pleural isolou *Staphylococcus aureus* metilina sensível. Iniciou antibioterapia que manteve durante 21 dias. Os débitos de drenagem do CLD verificaram-se residuais e não apresentou melhoria do derrame após 1 semana de antibioterapia. Repetiu TC torácica com contraste que demonstrou derrame multiloculado. Optou-se pela realização de fibrinólise intrapleural com uroquinase e dornase alfa através do CLD. Não se verificaram complicações e houve resolução total do derrame permitindo remoção do CLD e alta.

Os CLD são efetivamente uma opção na gestão sintomática dos doentes com derrame pleural neoplásico, contudo associam-se a um aumento do risco infeccioso, nomeadamente a *Staphylococcus aureus*. Não existe evidência de superioridade da cirurgia relativamente à fibrinólise nestes derrames. A maioria destes doentes têm um elevado risco cirúrgico pelo que este tipo de procedimento se torna uma opção e oferece melhoria na qualidade de vida.

Palavras-Chave: Catéter pleural de longa duração, derrame pleural maligno, fibrinólise intra-pleural, empiema

50. Importância do diagnóstico diferencial nas bronquiectasias: a propósito de um caso clínico

I Torres, J Freitas, A Pina, R Barreira, C Jardim, B Mendes, N Murinello, A Magalhães

ULS São José

As bronquiectasias resultam de inflamação crónica da via aérea, levando à dilatação irreversível e acumulação de muco, com repercussões na qualidade de vida. A identificação da etiologia é essencial para orientar o tratamento e evitar progressão. A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma causa rara de bronquiectasias, habitualmente associada a asma ou fibrose quística.

Apresentamos o caso de um homem de 41 anos, natural da Índia, sem antecedentes relevantes, que recorre ao serviço de urgência por dor abdominal, obstipação, vômitos, tosse produtiva e perda ponderal. Sem

insuficiência respiratória. Analiticamente apresentava leucocitose, eosinofilia (2000/ μ L) e PCR elevada. Serologias virais e pesquisa de parasitas nas fezes foram negativas. TAC toracoabdominopélvica revelou bronquiectasias preenchidas nos lobos superiores, adenopatias hilares mediastínicas e nodularidade de 5 cm no lobo inferior direito, com aspeto infeccioso. IgE total significativamente elevada (15 000 KUI/L) e IgE específica para *Aspergillus fumigatus* positiva. Broncofibroscopia mostrou rolhões mucosos amarelados e o lavado broncoalveolar isolou uma *Klebsiella pneumoniae*. TAAN, culturas micobacteriológicas e micológicas foram negativas.

Com base nos critérios clínicos, imagiológicos e laboratoriais, foi feito o diagnóstico de ABPA, contudo com sobreinfecção bacteriana de bronquiectasias. Iniciou-se assim antibioterapia dirigida e corticoterapia com melhoria clínica.

Este caso representa uma apresentação não típica de ABPA, numa pessoa sem asma conhecida ou fibrose quística.

A ABPA deve ser considerada no diagnóstico diferencial de bronquiectasias, mesmo em doentes não clássicos, pois o seu reconhecimento precoce permite abordagem terapêutica dirigida e melhor prognóstico.

Palavras-Chave: Aspergilose broncopulmonar alérgica, bronquiectasias, *Aspergillus fumigatus*

51. Pneumonia Organizativa como Manifestação Pulmonar Atípica na Arterite de Células Gigantes: Um Caso Clínico

IM Júlio, A Almendra, C Bárbara

Unidade Local de Santa Maria

INTRODUÇÃO: A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite de grandes vasos, classicamente associada a sintomas sistémicos, mas as manifestações pulmonares são raras. A pneumonia organizativa (PO) é uma condição inflamatória do parênquima pulmonar, que pode surgir em associação com doenças autoimunes, incluindo vasculites.

CASO CLÍNICO: Mulher de 82 anos, autónoma, sem antecedentes pessoais relevantes. Em janeiro de 2024, iniciou quadro constitucional marcado por sudorese noturna, febre, perda ponderal, cefaleia, claudicação mandibular, toracalgia pleurítica, cansaço para médios esforços e tosse seca. Após estudo analítico alargado, com elevação de parâmetros inflamatórios e exclusão de causas infecciosas, realizou a 01/04/2024 ecodoppler temporal que evidenciou halos vasculares bilaterais em fase subaguda. O diagnóstico de ACG foi assumido com base em critérios clínicos, tendo-se prescindido de biópsia. Após o diagnóstico e por persistência de

sintomas respiratórios, realizou TC torácica, que revelou densificação do retículo pulmonar periférico, com consolidações confluentes e áreas de morfologia nodular, sugestivas de PO. O lavado broncoalveolar foi negativo para etiologia infecciosa ou neoplásica. Iniciou de imediato terapêutica com Prednisolona 1mg/Kg/dia com posterior resolução total do quadro clínico e parcial das alterações imagiológicas - nova TC em agosto mostrou predomínio de alterações fibróticas intersticiais subpleurais bilaterais, associando-se um espessamento e densificação difusa do interstício. Por nova recidiva da doença, com envolvimento ocular (neuropatia ótica isquémica anterior), iniciou posteriormente tocilizumab a 26/08/2024, como terapêutica poupadora de corticoides. Atualmente mantém-se em remissão, após desmame total de corticoterapia, mantendo a ausência de queixas do foro respiratório e estabilidade das alterações imagiológicas.

CONCLUSÃO: Este caso destaca uma forma rara de apresentação da arterite de células gigantes, com pneumonia organizativa associada, salientando a importância de considerar manifestações pulmonares atípicas em vasculites sistémicas. A resposta favorável à corticoterapia e o papel do tocilizumab na prevenção de recidivas reforçam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e individualizada, com vigilância clínica e imagiológica rigorosa.

Palavras-Chave: Arterite de células gigantes; Pneumonia organizativa; Corticoterapia sistémica.

52. Tuberculose endobrônquica - revisão de 4 casos clínicos

I Spencer, D Godinho, T Abreu, L Mota, J Semedo

Unidade Local de Saúde Santa Maria

INTRODUÇÃO: A tuberculose endobrônquica (TEB) é uma manifestação da infeção por *Mycobacterium tuberculosis*, com envolvimento direto da árvore traqueobrônquica. Representa 6-54% dos casos de tuberculose pulmonar, embora possa ser subdiagnosticada sem tomografia de alta resolução e broncoscopia. É mais comum em mulheres adultas. Pode resultar de extensão de lesões pulmonares, disseminação hematogénea, linfática ou inoculação direta. O quadro clínico é inespecífico, com tosse produtiva, pieira e hemoptises, podendo simular infeções comuns, doenças obstrutivas crónicas ou neoplasias. A broncoscopia tem maior sensibilidade diagnóstica, permitindo visualização direta e colheita para exames microbiológicos e histológicos. As formas endoscópicas incluem variantes edematosa-hiperemiada, caseosa, granular/nodular, tumoral, ulcerativa e fibroestenótica. O tratamento baseia-se na terapêutica antibacilar, sendo o uso precoce de corticosteroides controverso na prevenção de fibrose e estenose brônquica. As principais

complicações incluem pneumonia obstrutiva e estenose brônquica, podendo surgir poucos meses após o início da infeção.

CASOS CLÍNICOS: Apresentam-se quatro casos de TEB, três em mulheres (75%), com idade mediana de 34 anos. Todos os doentes eram imunocompetentes e sem antecedentes relevantes; dois eram fumadores. Os sintomas mais comuns foram tosse e expectoração mucopurulenta; um doente apresentava apenas astenia e toracalgia. As videobroncofibroscopias revelaram necrose caseosa em três casos e necrose caseosa granular no outro. Os lavados broncoalveolares foram positivos para bacilos álcool-ácido resistentes, com PCR e culturas positivas para *Mycobacterium tuberculosis* complex sensível a fármacos de primeira linha, sem mutações nos genes *rpoB*, *katG* e *inhA*. As biópsias brônquicas, realizadas em dois doentes, mostraram granulomas sugestivos. Uma doente desenvolveu estenose brônquica grave com redução do volume pulmonar esquerdo, sendo indicada colocação de prótese endobrônquica.

CONCLUSÃO: Estes casos representam a diversidade clínica da TEB e reforçam a importância da suspeita e diagnóstico precoce por broncoscopia, fundamental para iniciar tratamento precoce e prevenir sequelas irreversíveis.

Palavras-Chave: tuberculose endobrônquica; complicações tuberculose

53. Jogo da imitação: Amiloidose nodular pulmonar com hipercaptação em PET-CT

J Couto; A Dias; D Canhoto; Y Martins

Unidade Local de Saúde de Coimbra - S. de Pneumologia

A amiloidose nodular pulmonar associada a hipercaptação em tomografia de emissão de positrões (PET-CT) é bastante rara, mimetizando frequentemente doença neoplásica. A investigação destes diagnósticos diferenciais passa invariavelmente pela biópsia das lesões nodulares. Apresentamos 3 casos ilustrativos desta apresentação atípica e ilusória:

Caso 1: Sexo feminino, 87 anos, antecedentes de MGUS, com nódulos localizados ao lobo inferior direito (28x13mm) e justa-hilar esquerdo (49x42mm) com sinais de calcificação, em tomografia torácica (TC-Tórax). Hipercaptação em PET-CT (SUVmax: 5,6 e 8,4). Após biópsia transtorácica (BTT) do nódulo justa-hilar esquerdo, avaliação histopatológica com birrefringência verde após coloração Vermelho do Congo, firmando diagnóstico de nódulo amiloide (AL). Optou-se por vigilância atendendo à fragilidade clínica.

Caso 2: Sexo masculino, 79 anos, sem antecedentes de relevo. Seguido por nódulo do lobo superior esquerdo (32x25mm) irregular, heterogéneo e hipercaptante em PET-CT (SUVmax 6,5), sem outras lesões suspeitas.

Realizou ressecção pulmonar atípica por cirurgia toracoscópica vídeo-assistida. Histopatologia confirmou nódulo pulmonar amilóide com coloração Vermelho do Congo positiva. Estudo complementares (autoimune, eletroforese/imunofixação, ressonância magnética (RM) cardíaca) sem alterações. Aguarda imunomarcação da proteína amiloide.

Caso 3: Sexo feminino, 80 anos, antecedentes de asma alérgica. Seguimento por nódulo no lobo superior esquerdo com aumento dimensional de 53% (19mm para 29mm de maior eixo em 12 meses) em TC-Tórax comparativa. PET-CT com hipercaptação (SUVmax: 5,1), sem outras lesões. Após BTT, avaliação histopatológica com coloração vermelho de Congo positivo com firmando o diagnóstico de nódulo amiloide. Sem alterações na serologia infecciosa, eletroforese/imunofixação, encontrando-se a aguardar autoimunidade e RM-cardíaca.

Os nódulos amiloides pulmonares são um diagnóstico diferencial raro de patologia nodular, sobretudo quando hipercaptantes em PET-CT. Devido ao seu mimetismo com malignidade, a biópsia é indispensável para diagnóstico definitivo e essencial para definir o plano terapêutico e prognóstico.

Palavras-Chave: Amiloidose Pulmonar; Nódulo solitário do Pulmão; PET-CT

54. Dispneia no Adulto por Anomalia Congénita: Um Diagnóstico Inesperado

JM Macedo, ML Silva, AL Trigueira, C Cruz, FT Lopes, J Ferreira

ULS Entre Douro e Vouga

INTRODUÇÃO: As anomalias pulmonares do desenvolvimento são raras e geralmente diagnosticadas na infância.

A hipoplasia pulmonar unilateral, uma forma de anomalia pulmonar do desenvolvimento, é caracterizada por desenvolvimento incompleto do tecido pulmonar, ocorre em 1 a 2 em cada 10 000 nascimentos, sendo geralmente diagnosticada na infância, com elevada mortalidade perinatal nos casos mais graves, pelo que diagnósticos na vida adulta são incomuns.

CASO CLÍNICO: Sexo feminino, 19 anos, não fumadora, enviada à consulta de Pneumologia por alterações em TC Tórax, que realizou por dispneia para médios esforços e toracalgia indefinida à direita. A TC mostrou ausência do ramo direito da artéria pulmonar, rarefação da vasculatura em todo o pulmão direito, hipoplasia do pulmão direito, comparativamente ao contralateral, desvio direito do mediastino e pneumatocelos infra-centimétricos à direita, sem imagens prévias.

Quando revistos os antecedentes pessoais e familiares, para além de diagnóstico associado de síndrome depressivo, identificamos descolamento prematuro da

placenta e pneumonia adquirida na comunidade durante a gravidez e, na infância, seguimento prévio na consulta de cirurgia plástica por dismorfia dentofacial classe 3 com hipoplasia maxilar e prognatismo, tendo sido submetida a cirurgia neste contexto, e infeções respiratórias de repetição. Foi negado qualquer outra complicação ou diagnóstico prévio na gravidez ou na infância. Nega doenças de caráter hereditário.

Já em ambiente hospitalar, realizou ecocardiograma transtorácico e pletismografia, sem qualquer alteração de relevo.

CONCLUSÃO: Trouxemos este caso, para sublinhar uma rara forma de dispneia no adulto.

De acordo com a classificação proposta por Boyden, esta doente possui uma agenesia pulmonar tipo 3, e, após revisão da literatura, propusemos para vacinação, iniciamos broncodilatadores e referenciamos para reabilitação respiratória, dado que o clearance deficiente e ângulos anómalos da via aérea podem levar a acumulação de secreções displásticas e conduzir a infeções de repetição e degeneração cística. Mais ainda, propusemos um limiar mais baixo para início de antibioterapia.

A discussão deste caso torna-se relevante, não só pela importância no seu reconhecimento,

como também pela ausência de guidelines no adulto.

Palavras-Chave: Congénito; Hipoplasia pulmonar unilateral; Infeções recorrentes

55. Sarcoma de Kaposi e quilotórax: os desafios de uma associação improvável

J Freitas, A Monteiro, N Murinello, M Emiliano, A Miguel

Hospital Santa Marta

INTRODUÇÃO: O envolvimento extracutâneo no Sarcoma de Kaposi tornou-se raro após a introdução da terapêutica antirretroviral para o HIV. Quando presente, o atingimento pulmonar pode manifestar-se como derrame pleural, sendo o quilotórax uma forma muito rara.

CASO CLÍNICO: Homem de 60 anos, autónomo, ex-auxiliar de ação médica, ex-fumador, com antecedentes de DPOC GOLD E, aspergiloma cavitado no lobo inferior direito, adenocarcinoma pulmonar (estadio IA) submetido a lobectomia superior direita em 2011, infeção VIH-1 diagnosticada em 2009 sob TARV com bom controlo imunológico e virológico e sarcoma de Kaposi desde 2011.

Após alguns meses de dor no pé esquerdo, acompanhada de edema e lesões cutâneas suspeitas de Kaposi, efetuou-se biópsia óssea e de tecidos moles que confirmaram esse diagnóstico. Em março de 2024, fez uma PET-CT que revelou uma lesão de novo no lobo superior direito suspeita de malignidade; derrame pleural bilateral estável e sem

captação; e lesões nos dedos do pé esquerdo sugestivas de malignidade. Iniciou quimioterapia com doxorrubicina até agosto de 2024, com boa resposta clínica.

Um mês após o término da QT apurou-se agravamento respiratório franco. Encontrava-se hipoxémico e com murmúrio vesicular globalmente diminuído na auscultação. Realizou RX e TC torácica que revelaram derrame pleural bilateral, mais acentuado e com agravamento à esquerda. Prosseguiu-se com a realização de uma toracocentese, drenando-se 1000cc de líquido turvo, com características de quilotórax e exames citológico e microbiológico negativos. Cumpriu 10 dias de dieta pobre em gorduras e octreotido, sem apresentar agravamento do derrame nas radiografias de controlo. Fez nova PET-CT que evidenciou estabilidade das alterações pulmonares previamente descritas e melhoria das lesões ósseas, mas com derrame pleural esquerdo persistente e de moderado volume.

CONCLUSÃO: Apenas 50% dos doentes com envolvimento pulmonar por Sarcoma de Kaposi desenvolvem derrame pleural, sendo o quilotórax extremamente raro. Neste caso, a raridade e o facto de ter surgido após boa resposta à quimioterapia tornaram o diagnóstico desafiante, levantando dúvidas quanto à sua verdadeira etiologia.

Palavras-Chave: Derrame pleural; Quilotórax; Sarcoma de Kaposi;

56. Sonhos em Fumaça: Como o Tabagismo Prejudica a Qualidade do sono

JS Guerreiro, A Soveral, JM Correia

Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre o tabagismo e a qualidade do sono, com especial atenção à apneia obstrutiva do sono (AOS) e os benefícios da cessação tabágica.

METODOLOGIA: Através de pesquisa na base de dados SciELO, foram selecionados artigos dos últimos dez anos com as palavras-chave “smoking sleep quality,” “sleep apnea tobacco,” “nicotine sleep effects” e “smoking cessation sleep.” Aplicaram-se critérios de exclusão para remover estudos que não abordassem diretamente a relação entre tabagismo e sono, resultando em 12 artigos selecionados entre 34 inicialmente identificados.

Resultados: Oito estudos sugerem que o tabagismo afeta negativamente a qualidade do sono, enquanto quatro não observaram associação estatisticamente significativa. Os fumadores demonstraram maior latência para adormecer, despertares frequentes e menor eficiência do sono. A nicotina, devido ao seu efeito estimulante sobre o sistema nervoso central, inibe a progressão do sono para as fases mais profundas (NREM) e para o sono REM. A inflamação e o edema nas vias aéreas superiores, associados ao tabagismo crónico, contribuem para uma

maior resistência respiratória, agravando a instabilidade durante o sono e elevando o risco de AOS.

CONCLUSÃO: Os achados reforçam a evidência de que o tabagismo afeta adversamente a qualidade do sono, exacerbando a AOS e outros distúrbios respiratórios. As limitações dos estudos incluem variabilidade metodológica e falta de controlo rigoroso de potenciais fatores de confusão. Contudo, as implicações clínicas são claras: integrar a cessação tabágica nos protocolos de tratamento dos distúrbios do sono pode oferecer benefícios substanciais para a saúde dos pacientes. É essencial que pesquisas futuras se concentrem em avaliar os efeitos de longo prazo da cessação tabágica e desenvolvam intervenções mais eficazes para fumadores com distúrbios do sono.

Palavras-Chave: Tabagismo, Cessação Tabágica, Sono

57. Do pneumotórax espontâneo à ressecção em cunha

L Mendes; C Durão; P Santos; J Nascimento; P Pinto

ULS Santa Maria

INTRODUÇÃO: A Linfagioleiomiomatose é uma doença rara, caracterizada pela proliferação anómala de células musculares lisas nos pulmões. A presença de quistos pulmonares bilaterais nos lobos inferiores são achados que aumentam a suspensão clínica. Ainda assim, o seu diagnóstico é desafiante sendo que este apenas é definitivo se confirmado histologicamente. O Pneumotórax espontâneo pode ser manifestação inaugural de doença, principalmente em mulheres jovens.

DESCRIÇÃO: Mulher, 40 anos, autónoma, ex-fumadora de 15 UMA. Recorre ao serviço de urgência por dispneia e cansaço com 1 semana de evolução. À admissão encontrava-se eupneica, com murmúrio vesicular abolido no hemitórax direito. Analiticamente e gasometricamente sem alterações de relevo. Radiografia de tórax a demonstrar pneumotórax volumoso à direita. Colocada drenagem torácica, que decorreu sem intercorrências, verificando-se expansão parcial do pulmão direito. Realiza Tomografia Computorizada (TC) de tórax identificando-se atelectasia passiva dependente dos segmentos basais do lobo inferior direito, quistos pulmonares redondos justa centimétricos de parede fina dispersos pelo parênquima pulmonar bilateral, de forma difusa e pneumotórax direito de grande volume. Apesar de drenagem pleural funcionante, persistência de pneumotórax volumoso, sem expansibilidade pulmonar, em doente não tolerante a drenagem ativa. Após discussão multidisciplinar, proposta para ressecção em cunha do lobo superior direito e lobo médio que realizou sem intercorrências. Evolução clínica favorável após intervenção cirúrgica com referência à consulta de pneumologia para seguimento. O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou o

diagnóstico de Linfagioleiomiomatose. Realizada TC abdominal e pélvica com exclusão de afeção de outros órgãos.

CONCLUSÃO: O pneumotórax espontâneo, na maioria das vezes, resolve com medidas conservadoras ou colocação de dreno pleural, no entanto, em algumas situações, como a observada neste caso clínico, a abordagem cirúrgica pode ser a única solução. Assim, a abordagem cirúrgica, neste caso, não se revelou apenas fundamental para a resolução do pneumotórax como também para o diagnóstico etiológico da patologia subjacente permitindo uma abordagem dirigida de forma precoce, evitando potenciais complicações e progressão da doença.

Palavras-Chave: Linfagioleiomiomatose; Quistos Pulmonares; Pneumotórax; Ressecção em Cunha

58. A pneumectomia no tratamento de hemoptise maciça - um caso clínico

L Lopes, G Morais, L Graça, R Lopes, S Lareiro, R Pancas

ULS Coimbra

INTRODUÇÃO: O aspergiloma é uma das apresentações de doença pulmonar causada por *Aspergillus* e surge habitualmente em doentes imunocompetentes com história de doença pulmonar cavitária. A hemoptise é uma complicação grave e indicação comum para cirurgia.

CASO CLÍNICO: Homem, 65 anos, com história pessoal de tuberculose pulmonar extensa tratada há 4 anos, recorreu ao serviço de urgência por 2 episódios de hemoptises de moderado volume. À admissão estava hemodinamicamente estável, eupneico e com roncocalcificações no terço inferior do hemitórax esquerdo à auscultação pulmonar. Analiticamente apresentava anemia normocítica normocrômica e aumento de parâmetros inflamatórios. A angio-TC torácica evidenciou extensas alterações estruturais no pulmão esquerdo, com presença de áreas cavidadas contendo componente nodular, sendo a maior de 6 cm. Durante a permanência no SU apresentou agravamento do estado geral tendo sido admitido na sala de emergência em paragem cardiorespiratória, revertida em dois minutos. Observou-se abundante presença de sangue na cavidade oral, o que motivou a entubação orotraqueal para proteção da via aérea. A broncoscopia flexível não identificou focos de hemorragia ativa, mas a cultura do aspirado brônquico foi positiva para *Aspergillus fumigatus*. Durante o internamento na unidade de cuidados intensivos iniciou voriconazol em dose ajustada ao peso e ácido aminocapróico 2.5mg 8/8h endovenoso. Evoluiu com melhoria clínica, permitindo a suspensão do antifibrinolítico, extubação ao terceiro dia de internamento e posterior transferência para a enfermaria de Pneumologia. Ao D5, novo episódio de hemoptises maciças com hipotensão e dessaturação. Diante deste quadro, foi proposto para pneumectomia

esquerda que contou com apoio da Pneumologia na entubação seletiva que permitiu a identificação endoscópica da hemorragia no lobo inferior esquerdo e o seu controlo. O procedimento e o período pós-operatório decorreram sem intercorrências.

CONCLUSÃO: Este caso destaca aquela que é a complicação mais devastadora do aspergiloma - a hemoptise maciça - e a dificuldade no seu controlo, realçando a extrema relevância de uma abordagem multidisciplinar célere para mitigar a morbimortalidade associada.

Palavras-Chave: aspergiloma, pneumectomia, hemoptises

59. Tuberculose primária da tiroide: um diagnóstico inesperado num bócio multinodular

L Roseta, P Viegas, A Carvalho, I Ladeira, I Franco

Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: A tuberculose primária da tiroide é uma entidade rara, sobretudo em regiões não endémicas. O seu diagnóstico é desafiante e negligenciado, dada a semelhança clínica e imagiológica com neoplasias, tiroidites e bócios, com ou sem disfunção tiroideia.

CASO CLÍNICO: Mulher de 76 anos, não fumadora, com antecedentes de adenocarcinoma gástrico (pT1bN0) submetida a gastrectomia parcial. Foi avaliada no serviço de urgência devido a hemoptises ligeiras, com dois dias de evolução. A avaliação analítica e radiográfica não evidenciou alterações. Na reavaliação em consulta aberta, encontrava-se assintomática, sem novos episódios. Negava sintomas constitucionais, respiratórios, cervicais ou de disfunção tiroideia, bem como história de viagens ou contacto com tuberculose. A tomografia computadorizada torácica identificou um bócio tiroideu multinodular a condicionar compressão e desvio da traqueia. Ao exame objetivo, apresentava bócio mole e indolor e, analiticamente, função tiroideia e velocidade de sedimentação normais. O estudo ecográfico evidenciou, na hemitiroide direita, um conglomerado nodular de 5cm com macrocalcificações (TI-RADS3), e um outro de 2cm, predominantemente sólido, sem outras alterações (TI-RADS4). Não se observaram adenopatias suspeitas. Seguiu-se a realização de citologia aspirativa por agulha fina, sugestiva de tumor folicular, que motivou hemitiroidectomia direita com istmectomia.

Surpreendentemente, a histologia da peça cirúrgica evidenciou granulomas com células gigantes multinucleadas e necrose focal. A PCR confirmou positividade para *Mycobacterium tuberculosis complex* e o teste molecular de resistências foi negativo para rifampicina (R) e inconclusivo para isoniazida (H), fluoroquinolonas e aminoglicosídeos.

Foi posteriormente excluído envolvimento pulmonar com radiografia torácica, micobacteriológico da expetoração

e lavado brônquico/broncoalveolar negativos, tendo iniciado terapêutica antibacilar com H, R, Pirazinamida e Etambutol (E), durante 2 meses, e encontrando-se em tratamento de manutenção com HRE, com boa tolerância.

CONCLUSÃO: Este caso ilustra uma forma atípica de tuberculose extrapulmonar, diagnosticada de forma inesperada após cirurgia por suspeita de neoplasia folicular. Sublinha-se a importância de considerar etiologias infecciosas mesmo em apresentações tumorais.

Palavras-Chave: Tuberculose; Extrapulmonar; Tuberculose primária da tireoide

60. Oxigenoterapia nasal de alto fluxo em cuidados paliativos

L Balanco, C Cortesão

ULS Coimbra

INTRODUÇÃO: A oxigenoterapia nasal de alto fluxo (ONAF) é uma terapêutica de referência no tratamento sintomático da insuficiência respiratória (IR) que não responde a oxigenoterapia convencional. Além de reduzir a necessidade de intubação em doentes com IR grave, a ONAF constitui, a par com a VNI, o teto terapêutico de muitos doentes com critérios de DNR (“do not resuscitate”, ordem de não reanimar). Aqui, é relatada a experiência de ONAF em contexto de cuidados paliativos num hospital central durante 18 meses.

METODOLOGIA: Este é um estudo retrospectivo longitudinal. Foram analisados todos os óbitos ocorridos na enfermaria de Pneumologia de um hospital central entre janeiro de 2023 e junho de 2024 (18 meses) e selecionados os doentes com critérios de “ordem de não reanimar” que utilizaram ONAF nos 20 dias que antecederam a morte. Foram avaliados dados demográficos, clínicos, analíticos e de tratamento dos doentes.

RESULTADOS: Foram incluídos no estudo 18 doentes, sendo 83,3% (n=15) do género masculino e a média de idades de $70,8 \pm 12,8$ anos. Dos doentes analisados, 44,4% (n=8) tinham neoplasia pulmonar e 38,9% (n=7) tinham patologia intersticial. Verificou-se que 88,9% (n=16) dos doentes tinham IR parcial e 38,9% (n=7) apresentavam agudização de IR crónica. Em 22,2% (n=4) a ONAF foi iniciada nos 4 dias que antecederam a morte. A maioria dos doentes necessitou de terapêutica opióide concomitante (88,9%, n=16) para gestão de dispneia e/ou dor.

CONCLUSÃO: A ONAF é uma estratégia com grande utilidade em contexto paliativo em pneumologia, sendo principalmente utilizada em doentes com patologia oncológica e com patologia intersticial.

Palavras-Chave: ONAF, cuidados paliativos

61. Um inimigo silencioso: um caso atípico de Fibrose Pulmonar Idiopática

LFS Silva, JM Macedo, AL Trigueira, JC Coutinho, V Santos, J Ferreira

ULS Entre Douro e Vouga, Pneumologia

INTRODUÇÃO: A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma doença pulmonar crónica e progressiva caracterizada pelo espessamento e fibrose do tecido pulmonar. Os fatores de risco para o seu desenvolvimento incluem o tabagismo, antígenos ambientais, infeções, aspiração crónica e fármacos.

Os autores apresentam um caso clínico de isolamento de uma micobactéria atípica num doente com FPI.

CASO CLÍNICO: Doente do sexo masculino, 80 anos, ex-fumador (30 UMA), referenciado à consulta de Pneumologia por dispneia para mínimos esforços, tosse seca diária e cansaço fácil, de longa data. Sem sintomas constitucionais. Sem intercorrências infecciosas. Sem exposição a aves, humidade ou biomassa. À auscultação pulmonar, eram audíveis crepitações nos dois terços inferiores de ambos os campos pulmonares. A Radiografia torácica revelava ligeira acentuação do retículo e a TC torácica descrevia reticulação subpleural com gradiente ápico basal e bronquiectasias de tração, em relação com padrão de usual interstitial pneumonia (UIP).

Do estudo realizado, salienta-se alteração ventilatória restritiva, no estudo funcional respiratório. Broncofibroscopia sem alterações endoscópicas, com lavado broncoalveolar com alveolite neutrofílica (N 26.6%), citologia negativa para células malignas, exame bacteriológico negativo; no entanto, o exame micobacteriológico identificou a presença de micobactéria não tuberculosa - mycobacterium intracellulare.

Tendo em conta, homem ex-fumador, TC com padrão UIP, LBA com alveolite neutrofílica e isolamento de MAC foi assumido em reunião multidisciplinar o diagnóstico de FPI e infeção por MAC, tendo iniciado terapêutica antifibrótica e dirigida à infeção por MAC.

DISCUSSÃO: Infeções secundárias, como a de mycobacterium intracellulare, podem complicar o curso clínico e o prognóstico da FPI. Consequentemente, é necessário um aumento da vigilância clínica, um diagnóstico oportuno e a realização de terapêutica dirigida para melhorar o prognóstico nesta população de doentes.

Palavras-Chave: Fibrose Pulmonar Idiopática; Micobactéria Atípica; Padrão UIP.

62. Provas funcionais respiratórias em doentes com CPFE. O normal e a DLCO.

M d'Almeida, S Ferreira, MP Valério, J Duarte, O Santos

Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

INTRODUÇÃO: Combined Pulmonary Fibrosis and Emphysema (CPFE) é uma síndrome caracterizada por dispneia de esforço em fumadores, particularmente homens, em que se identifica fibrose pulmonar de predomínio inferior e enfisema de predomínio superior. As alterações contribuem para a redução acentuada da capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO). A existência de um componente restritivo e obstrutivo em simultâneo é refletido na normalização de vários parâmetros funcionais.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: Homem, 70 anos, ex-fumador 30 UMA, maquinista reformado, iniciou seguimento na consulta de Pneumologia por suspeita de SAOS que foi confirmado com polissonografia nível I. Todavia, manifestava cansaço fácil após pequenos esforços que motivaram estudo adicional. A espirometria e a pletismografia eram normais. Contudo, apresentava uma diminuição severa da DLCO (37% do previsto). A TC Tórax mostrou enfisema exuberante centrolobular e parasseptal, fibrose subpleural nos segmentos inferiores dos lobos superiores, lobo médio, lúngua e lobos inferiores. Após três anos, a espirometria e a pletismografia mantêm-se dentro da normalidade, e a DLCO é 35% do previsto. Verificaram-se outros critérios de progressão e foi iniciado nintedanib.

Caso 2: Homem, 83 anos, ex-fumador 40 UMA, pintor reformado, iniciou seguimento na consulta de Doenças do Interstício após internamento por exacerbação de doença pulmonar intersticial fibrótica. A TC Tórax revelou extensas alterações de enfisema centrolobular e parasseptal e áreas de densificação estriada e padrão em favo de mel nas bases. As provas funcionais respiratórias realizadas à data de alta foram compatíveis com obstrução ligeira, com FEV1 126%, FVC 149% e TLC 100% do previsto. À semelhança do caso 1, apresentava uma diminuição severa da DLCO (23% do previsto).

CONCLUSÃO: Os casos apresentados ilustram o perfil funcional descrito na CPFE, com alteração significativa da DLCO e preservação relativa dos volumes e débitos pulmonares. A DLCO destaca-se como um bom indicador na avaliação funcional, enquanto a espirometria e a pletismografia não parecem refletir a gravidade da doença.

Palavras-Chave: CPFE. DLCO. Espirometria. Pletismografia.

63. Síndrome da Platipneia-Ortodeoxia: quando o shunt é a causa da hipoxémia

MO Ramos, AM Gerardo; CB Forte, J Montês, VS Martins, ST Furtado

Hospital da Luz Lisboa

INTRODUÇÃO: A síndrome da platipneia-ortodeoxia (SPO) é uma entidade clínica rara, caracterizada por dispneia e dessaturação arterial na mudança da posição

supina para ortostática, como consequência de um shunt intracardíaco ou intrapulmonar. O foramen ovale patente (FOP) é o defeito anatómico mais frequente desta síndrome e, quando associada uma alteração funcional que altera o gradiente de pressão, associa-se a um shunt direito-esquerdo hemodinamicamente significativo durante a verticalização do doente. Embora pouco descrita na literatura, a cirurgia abdominal é uma das potenciais causas que pode precipitar ou agravar a SPO.

CASO CLÍNICO: Mulher, 51 anos, não fumadora, com antecedentes de diabetes mellitus, internada por quadro de dispneia progressiva aos esforços (mMRC 4) com duas semanas de evolução após adrenalectomia laparoscópica esquerda por síndrome de Cushing secundária a adenoma suprarrenal. Apresentava polipneia em repouso, cianose periférica e SpO₂ de 89% em ar ambiente na posição supina, agravada para SpO₂ < 80% em ortostatismo. Gasimetria arterial demonstrou insuficiência respiratória parcial (pO₂ 49 mmHg). Exames laboratoriais excluíram infeção ativa e descompensação cardíaca. Angiotomografia de tórax não evidenciou tromboembolismo pulmonar ou outras alterações pleuropulmonares. Perante a hipoxémia refratária, realizou ecocardiograma transtorácico (ETT) e transesofágico identificando-se FOP com aneurisma do septo interauricular e shunt direito-esquerdo significativo, confirmado após manobra de Valsalva com soro agitado. Assumido diagnóstico de SPO secundária ao FOP e agravada por aumento da pressão intra-abdominal em contexto cirúrgico. Teve alta com oxigenoterapia em repouso e deambulação e, posteriormente, realizou encerramento percutâneo do FOP, com resolução dos sintomas e da hipoxémia. Em reavaliação em consulta, apresentava SpO₂ de 95% em ortostatismo, boa tolerância ao esforço e ausência de shunt residual no ETT.

DISCUSSÃO: Perante um quadro de hipoxemia refratária, agravada em ortostatismo e sem evidência de patologia pulmonar, deve-se considerar o shunt direito-esquerdo na investigação de diagnósticos diferenciais. O FOP é uma causa potencialmente tratável e sua correção pode melhorar a qualidade de vida do doente e prevenir complicações da hipoxémia crónica.

Palavras-Chave: platipneia-ortodeoxia, foramen oval patente, hipoxémia

64. Doentes com Síndrome de Lady Windermere: Quem São e Como Identificá-las?

CM Monteiro, J Cemlyn-Jones

ULS Coimbra

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Lady Windermere é uma entidade rara, que se caracteriza pela infeção crónica do lobo médio e/ou lúngua por micobactérias não tuberculosas, especificamente do complexo *Mycobacterium avium*, com o surgimento de

bronquiectasias e de um padrão micronodular em exames de imagem. Descrição- Objetivos: O objetivo deste estudo foi descrever o perfil clínico de doentes com esta síndrome e comparar os achados com a literatura existente. Métodos: Realizou-se um estudo observacional retrospectivo com a identificação dos doentes seguidos por Síndrome de Lady Windermere, durante o ano de 2024, na Consulta de Bronquiectasias da ULS Coimbra. Obtiveram-se dados sociodemográficos, da sintomatologia e do exame objetivo, achados imagiológicos, terapêutica efetuada e comorbilidades. Resultados: Foram identificadas 3 doentes do sexo feminino, com idades entre os 63 e os 85 anos. Uma doente apresentava bronquiolite folicular, nenhuma apresentava imunodeficiência, todas iniciaram sintomas após a menopausa. Uma doente tinha escoliose, nenhuma apresentava Pectus excavatum ou prolapso da válvula mitral. Um terço relatava anorexia e sudorese noturna, todas apresentavam astenia e expectoração diárias. Nenhuma reportava supressão voluntária da tosse. Duas doentes tinham IMC baixo (<18,5 Kg/m²). Todas apresentavam bronquiectasias no lobo médio e micronodulação centrilobular com morfologia em tree-in-bud. O esquema terapêutico utilizado foi um macrólido (azitromicina ou claritromicina), rifampicina e etambutol, durante 12 meses, com melhoria clínica. A reabilitação respiratória, não demonstrou benefício. Duas doentes tinham aspergilose pulmonar, uma estava colonizada com *Pseudomonas aeruginosa*. Conclusões- Tal como na literatura, as doentes eram do sexo feminino, imunocompetentes, com início da doença após a menopausa, com IMC baixo e expectoração diária. Não se identificaram doentes com Pectus excavatum ou prolapso da válvula mitral, que são comorbilidades frequentes, nem relatos de supressão voluntária da tosse, implicada na fisiopatologia. O tratamento combinado por 12 meses, permitiu ausência de isolamentos posteriores e melhoria clínica. Dado o carácter inespecífico da sintomatologia e evolução insidiosa, torna-se fulcral o conhecimento desta doença, para identificação do padrão clínico e radiológico típicos.

Palavras-Chave: Síndrome de Lady Windermere, complexo *Mycobacterium avium*, micobactérias não tuberculosas.

65. Proteinose Alveolar: A Complexidade Diagnóstica de uma Doença Rara

CM Monteiro, SB Teixeira, T Alfaro, J Cemlyn-Jones, P Lopes, S Freitas
ULS Coimbra

INTRODUÇÃO: A proteinose alveolar pulmonar (PAP) é uma entidade rara caracterizada pela acumulação de lipoproteínas e disfunção macrofágica a nível alveolar. O diagnóstico baseia-se em achados clínicos e imagiológicos, podendo cursar com achados típicos no lavado broncoalveolar (LBA). Pode ter etiologia primária,

associada a alteração na sinalização do fator estimulante de colónias de granulócitos e macrófagos (GM-CSF), ou secundária, nomeadamente a infeções, como *Pneumocystis jirovecii* ou SARS-CoV-2. **CASO CLÍNICO:** Homem de 51 anos, ex-fumador (10 UMA), com exposição profissional a poeiras de madeira e antecedente de pneumonia por SARS-CoV-2 no ano anterior. Recorreu à consulta de Pneumologia por dispneia (mMRC 2) e tosse produtiva com um ano de evolução. A TCAR torácica evidenciou opacidades em “vidro despolido” com espessamento septal e padrão em “crazy paving”. O LBA revelou aspeto leitoso, aumento da celularidade com predomínio linfocitário (75%), um oocisto de *P. jirovecii* e citologia compatível com pneumonia por este agente. Foi também confirmado DNA de *P. jirovecii* no aspirado brônquico. Apresentava estudo autoimune negativo, com exclusão de infeção por VIH e LDH sérica elevada (320 U/L). Após tratamento com trimetoprim-sulfametoxazol, manteve sintomas e hipoxémia (pO₂ 60,3 mmHg). Um novo LBA mostrou predomínio de macrófagos (51%) e linfócitos (42%), sem evidência de *P. jirovecii* ou de material proteináceo pela coloração com ácido periódico de Schiff (PAS). A biópsia transbrônquica foi inconclusiva, mas biópsias pulmonares cirúrgicas confirmaram PAP, com material hialino PAS positivo nos espaços alveolares. Provas funcionais revelaram diminuição moderada da DLCO (60%, Z-score -2,91). Foi submetido a lavagem pulmonar total (LPT) do pulmão direito, com melhoria clínica e radiológica. Está proposto para LPT do pulmão contralateral e aguarda doseamento dos anticorpos anti-GM-CSF. **CONCLUSÃO:** A etiologia da PAP permanece indefinida. O doseamento dos anticorpos anti-GM-CSF é fundamental para esclarecer a possibilidade de uma forma autoimune, a mais prevalente. Considera-se também a hipótese de PAP secundária associada a infeção prévia por *P. jirovecii* ou SARS-CoV-2. Destaca-se a importância da abordagem multidisciplinar e da LPT em casos selecionados.

Palavras-Chave: Proteinose alveolar pulmonar, *Pneumocystis jirovecii*, lavagem pulmonar total, anticorpo anti-GM-CSF.

66. Um tumor raro com mau prognóstico: mesotelioma pleural maligno

MI Pereira, JL Rosa, AD Mendes, S Braga

ULS Amadora Sintra

INTRODUÇÃO: O mesotelioma pleural maligno (MPM) é um tumor raro e agressivo. Tem como principal fator de risco a exposição a asbestos. É tipicamente diagnosticado em homens depois dos 50 anos, apresentando mau prognóstico.

CASO CLÍNICO: Sexo masculino, 70 anos, fumador (50 UMA), com DPOC e doença ulcerosa péptica, ECOG PS 1, recorreu ao SU por quadro com duas semanas de

dispneia, toracalgia pleurítica esquerda, tosse produtiva (expectoração mucosa), anorexia, perda ponderal não quantificada e pico febril isolado. Negava exposição ocupacional relevante, mas referia possível exposição a asbestos na infância. Apresentava-se taquipneico e hipoxémico em ambiente. A radiografia de tórax mostrava uma hipotransparência heterogênea na região hilar esquerda e derrame pleural esquerdo. Analiticamente, apresentava leucocitose com neutrofilia e PCR 24mg/dL. Realizou TC de tórax que documentou: à esquerda, massa necrosada no lobo inferior (origem pulmonar vs pleural?), derrame pleural, espessamento pleural com nodularidades; adenomegalias hilares esquerdas e mediastínicas; adenomegalias necrosadas retrocural e cardiofrénica esquerdas e do tronco celíaco; massa na glândula supra-renal direita e nódulo na esquerda. A biópsia pulmonar foi compatível com mesotelioma sarcomatóide. Dado manter hipoxémia em agravamento, foi excluído TEP e, por suspeita de infeção respiratória concomitante, cumpriu antibioterapia empírica sem melhoria. O doente evoluiu desfavoravelmente com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo. Ao 22º dia de internamento, por episódio de hematemesa, realizou endoscopia digestiva alta com identificação de lesão vegetante friável no corpo gástrico, cuja biópsia foi compatível com mesotelioma. A fragilidade clínica do doente e o agravamento rápido da doença não permitiu o início de terapêutica sistémica, tendo-se privilegiado best supportive care. O doente faleceu em poucos dias.

CONCLUSÃO: O MPM é um tumor raro e agressivo, em que a inespecificidade da clínica pode condicionar atrasos no diagnóstico e início de terapêutica. Este caso destaca-se pela raridade da metastização gástrica e diferenciação sarcomatóide.

Palavras-Chave: Mesotelioma pleural, asbestos

67. Dispneia e derrame pleural na gravidez: Infeção ou algo mais?

MI Fonseca, V Fernandes, C Costa, B Rodrigues, AR Prata, A Andrade, L Andrade

ULS Região de Aveiro

A abordagem de sintomas respiratórios e sistémicos e o respetivo diagnóstico diferencial constituem um desafio, sobretudo durante a gravidez, uma vez que algumas manifestações podem ser atribuídas a alterações fisiológicas da gestação. Contudo, a persistência dos sintomas deve motivar uma investigação aprofundada.

Mulher de 46 anos, grávida de 15 semanas, com antecedentes pessoais de tabagismo (CT: 28 UMA), rinite alérgica e síndrome do intestino irritável. Da medicação habitual salienta-se toma de AAS, durante 19 dias. Recorreu ao serviço de urgência por artralguas, temperatura máxima 38°C, sudorese, náuseas, vômitos,

dispneia para pequenos esforços e dor torácica tipo pleurítica à direita, com 3 semanas de evolução. Analiticamente, apresentava leucocitose (21,7x10E9), neutrofilia (10,4x10E9), eosinofilia marcada (8,1x10E9) e PCR de 4,80mg/dL. Na radiografia torácica, era visível hipotransparência homogênea no terço inferior do campo pulmonar direito com concavidade superior, sugestiva de derrame pleural.

Por persistência dos sintomas, recorreu novamente ao hospital. Verificou-se edema articular da mão direita, agravamento da leucocitose por eosinofilia marcada (9.1x10E9), e aumento do derrame pleural. Foi realizada toracocentese com saída de líquido pleural citrino turvo, exsudativo: pH 7,31, glicose 3mg/dL, lactato desidrogenase 6835,2U/L, 78% de eosinófilo e fator reumatóide (FR) 123U/mL. Cultura negativa e não se observaram células neoplásicas. Na análise sérica o FR era de 438U/mL e o anticorpo anti-peptídeo citrulinado cíclico (anti-CCP) de 8,6UI/mL. A broncofibroscopia não revelou alterações endobrônquicas. Contudo, foi isolada *Klebsiella pneumoniae*, tendo cumprido 7 dias de ceftriaxona, segundo antibiograma.

Após discussão multidisciplinar, com base nas manifestações articulares (artralguas inflamatórias e edema) e serologia positiva, foi feito o diagnóstico de artrite reumatóide (AR) inaugural com envolvimento pleural.

O envolvimento pleural é uma manifestação extra-articular conhecida da AR, ocorrendo numa percentagem variável entre 5% e 10%. Este caso ilustra a importância de um estudo aprofundado na presença de alterações analíticas significativas associadas a sintomas sistémicos persistentes, no contexto particular da gravidez.

Palavras-Chave: Artrite reumatóide, derrame pleural, gravidez, eosinofilia

68. Síndrome Hepatopulmonar: reversão da hipoxemia grave com transplante hepático

M Lagarto, T Pais, E Paiva, C Rodrigues

ULS Coimbra

A síndrome hepatopulmonar (SHP) é uma complicação da doença hepática crónica, caracterizada por hipoxemia arterial devido a dilatações vasculares intrapulmonares. Afeta até 25% dos doentes com hepatopatia avançada e tem um prognóstico reservado. Está associada a fatores vasoativos como aumento do óxido nítrico e endotelina-1. Os sintomas incluem cianose, hipocratismo digital, telangiectasias, platipneia e ortodeoxia. O diagnóstico faz-se por ecocardiograma com contraste ou cintigrafia pulmonar com macroagregados de albumina marcada com tecnécio-99m. O único tratamento curativo é o transplante hepático, sendo a oxigenoterapia e o

controlo da doença essenciais no alívio sintomático.

Doente do sexo masculino, 53 anos, com diagnóstico de cirrose hepática alcoólica (Child-Pugh B e MELD 17) complicada com hipertensão portal e episódios de hemorragia digestiva alta, tendo sido submetido a colocação de uma derivação portossistémica intra-hepática transjugular. Internado por clínica de platipneia, ortodeoxia, dispneia e cianose periférica, com insuficiência respiratória do tipo 1 de agravamento progressivo tendo alta com oxigenoterapia de longa duração (5L/min, 24h/dia).

A investigação revelou poliglobulia secundária à hipoxemia, redução da DLCO e índice de shunt 26% na cintigrafia de perfusão pulmonar. O ecocardiograma com contraste confirmou SHP, evidenciando com visualização de microbolhas no ventrículo esquerdo após cinco ciclos cardíacos e pressão sistólica na artéria pulmonar de 38 mmHg. A TC torácica corroborou aumento do calibre da artéria pulmonar.

Foi submetido a transplante hepático, tendo iniciado ONAF contínua no pós-operatório, devido à hipoxemia grave. O internamento decorreu sem intercorrências de relevo. Na reavaliação em consulta, seis meses após o transplante, não se observaram alterações clínicas, analíticas ou radiográficas. Ecocardiograma e TC torácica normais, sem sinais de shunt ou hipertensão pulmonar. O doente refere melhoria significativa da qualidade de vida, sem necessidade de oxigenoterapia.

O presente caso ilustra uma complicação pulmonar grave da doença hepática crónica, a síndrome hepatopulmonar, na qual a oxigenoterapia pode proporcionar alívio sintomático e retardar a progressão da doença, sendo o transplante hepático a única abordagem com potencial curativo.

Palavras-Chave: Síndrome hepatopulmonar, hipoxemia grave, oxigenoterapia nasal de alto fluxo, transplante hepático

69. Traqueobroncomalácia como causa rara de dispneia refratária num adulto com doença pulmonar obstrutiva crónica

M Lagarto, J Couto, E Paiva, T Pais, C Rodrigues

ULS Coimbra

A traqueobroncomalácia (TBM) é uma alteração estrutural da parede traqueobrônquica que resulta em colapso excessivo da via aérea, especialmente em expiração. Frequentemente subdiagnosticada, pode simular ou coexistir com a DPOC. Manifesta-se por dispneia desproporcional à função ventilatória, tosse crónica, pieira, broncorreia e infeções respiratórias de repetição. O diagnóstico baseia-se na broncofibroscopia ou TC dinâmica torácica, com índice de colapsabilidade da via aérea superior a 50%. O tratamento depende da

gravidade, podendo incluir medidas conservadoras, ventilação com CPAP, intervenções endoscópicas ou cirúrgicas nos casos mais graves.

Homem de 69 anos, ex-fumador, com antecedentes de DPOC GOLD2B, SAOS grave sob CPAP, fibrilhação auricular, diabetes mellitus tipo 2 e obesidade. Referenciado à consulta hospitalar por dispneia (mMRC 2) refratária à terapêutica otimizada com broncodilatadores de longa duração. Referia também broncorreia crónica e episódios de aspiração alimentar, sobretudo com alimentos sólidos. Teve dois internamentos no último ano por pneumonias de aspiração com insuficiência respiratória tipo 1, necessitando de vários ciclos de antibioterapia e oxigenoterapia. A broncofibroscopia revelou colapso significativo da traqueia e brônquios principais na expiração, sugerindo TBM, confirmada por TC torácica dinâmica com índice de colapsabilidade superior a 60%. O lavado broncoalveolar evidenciou flora bacteriana diversificada. A videofluoroscopia da deglutição foi normal. A função respiratória mostrou síndrome ventilatória obstrutiva moderada sem reversibilidade. A endoscopia digestiva alta revelou lesão subepitelial esofágica, com encaminhamento para Gastreenterologia.

Optou-se por terapêutica conservadora: fracionamento das refeições, alimentação triturada, hidratação reforçada, acetilcisteína, controlo de infeções, elevação da cabeceira e CPAP noturno, com melhoria sintomática significativa e ausência de novos episódios de aspiração.

Este caso destaca a TBM como causa rara e subdiagnosticada de dispneia refratária em doentes com DPOC, especialmente quando associada a infeções respiratórias de repetição e aspiração. A suspeita clínica, seguida de confirmação por TC dinâmica e broncofibroscopia, é essencial para o tratamento e prognóstico.

Palavras-Chave: Traqueobroncomalácia; dispneia refratária; DPOC; colapso dinâmico da via aérea

70. Enfermedad anti-membrana basal glomerular atípica

MJ Corbi Cobo-Losey, AG Salazar Palacios, AM Martin Varillas, EC Prieto Maillo, S Rodriguez Tardon, P Torres Piñero, A Gonzalez Rosa, MJ Mora Simon

Hospital Universitario de Salamanca

Varón de 39 años bombero forestal, IPA 20. Sin antecedentes personales. Como antecedente familiar, la madre padece síndrome antisintetasa y polimiositis.

Ingresa en noviembre 2024 por fiebre de 38°C, síntomas catarrales, y hemoptisis leve, sin insuficiencia respiratoria ni repercusión hemodinámica. A la exploración física sin alteraciones cutáneas ni vasculares, no ruidos sobreañadidos en la auscultación. En la radiografía de

tórax muestra imágenes compatibles con hemorragia alveolar por lo que se solicita un TC de tórax donde se describen opacidades multifocales en vidrio deslustrado con patrón en árbol en brote distribuidas en ambos campos pulmonares sin condensaciones definidas, confirmando el diagnóstico de hemorragia alveolar.

Se realiza broncoscopia donde no se observan signos de sangrado activo con mucosa bronquial preservada. Se realiza lavado broncoalveolar y aspirado bronquial. La microbiología es negativa y la anatomía patológica muestra hemosiderófagos con escasas células epiteliales escamosas y ciliadas sin atipia.

Durante su estancia, no realiza nuevos episodios de hemoptisis, pero desarrolla una hematuria asintomática autolimitada, sin deterioro de la función renal y escasa proteinuria. Se realiza panel de autoinmunidad incluyendo; inmunoglobulinas, proteinograma y anticuerpos anti-celulares, anti-fosfolípido, anti-péptido cíclico citrulinado, y anti-vasculitis/glomerulonefritis, siendo negativos. La ecografía del aparato urinario no evidencia alteraciones estructurales y la citología de orina es negativa.

Dada estabilidad clínica se da de alta y se sigue el estudio de forma ambulatoria.

En consulta externa refiere episodios de micro hematuria autolimitados, se presenta caso en comité multidisciplinar y se decide realizar biopsia renal. En dicha biopsia se observan cambios compatibles con glomerulopatía anti-membrana basal glomerular que además se ve reforzado por la inmunofluorescencia, mostrando depósitos lineales de IgG capilar global y difuso. Advierten que no posee signos de actividad ni otros cambios asociados al síndrome Goodpasture.

Debido a estos hallazgos se inicia tratamiento corticoideo en pauta descendente. Posterior a esto el paciente se encuentra asintomático, sin nuevos episodios de hematuria ni hemoptisis.

Palavras-Chave: Hemoptisis, glomerular, anticuerpo, hematuria

71. Um padrão atípico, uma doença comum

M Antunes; R Flores; A Soveral; M Seixas; G Lérias; I Madruga

ULSLO

INTRODUÇÃO: O Carcinoma de Não Pequenas Células subdivide-se em carcinoma de grandes células, espinhocelular e adenocarcinoma, o mais comum. Radiologicamente podem-se manifestar de uma forma muito heterogénea. Apresentamos um caso de uma alteração do estado de consciência, com uma alteração imagiológica atípica e pouco comum.

CASO CLÍNICO: Homem de 74 anos, trabalhador da construção civil, ex fumador (30 UMAs), abstinente há

trinta anos, com antecedentes pessoais de dislipidemia, hipertrofia benigna da próstata e esteatose hepática ligeira. Recorreu ao serviço de urgência por alteração do estado de consciência com um mês de evolução, caracterizado por discurso confuso e alterações mnésicas, de agravamento progressivo, notada por terceiros, sem limitação funcional, com agravamento na semana prévia. Associadamente, perda de peso não intencional (5 kg num mês, 7%) e queixas de toracalgia à direita, intermitente, de intensidade ligeira, autolimitada, sem trauma associado. Analiticamente, sem alterações de relevo. Tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica com múltiplas hipodensidades, a maior, cortico-subcortical esquerda. Radiografia torácica com opacidades dispersas em padrão miliar e TC torácica com evidência de incontáveis formações nodulares, adenopatias mediastínicas e hilares direitas, bem como lesões osteolíticas e osteoblásticas da grelha costal. Em internamento, realizou broncofibroscopia com sinais inflamatórios inespecíficos, com lavado broncoalveolar sugestivo de células neoplásicas (“algumas células com anisonucleose; citologia positiva”). Complementou o estudo com TC toracoabdominopélvico com múltiplas lesões focais ósseas, tendo sido submetido a biópsia óssea que confirmou metástase óssea de adenocarcinoma compatível com primário do pulmão, positivo para PD-L1 e com mutação L858R no exão 21 do gene EGFR. Foi proposto para tratamento com inibidores da tirosina cinase EGFR (osimertinib 80mg/dia) e realizou radioterapia cerebral (10 sessões).

CONCLUSÃO: Apesar do padrão miliar ser uma manifestação rara do carcinoma pulmonar primário, este deve ser sempre considerado uma vez que o atraso no diagnóstico pode ter impacto deletério no prognóstico. O diagnóstico diferencial assenta numa história clínica pormenorizada, nomeadamente com contexto epidemiológico, social e comportamentos de risco.

Palavras-Chave: padrão miliar; adenocarcinoma; tuberculose;

72. Simulando aspergiloma: uma apresentação atípica de linfoma pulmonar

MM Guerreiro, C Cristóvão, JM Correia

ULSLO - Hospital Egas Moniz

INTRODUÇÃO: Massas cavitadas com conteúdo intracavitário são frequentemente atribuídas a aspergilomas, sobretudo em doentes com antecedentes de tuberculose. Contudo, outras etiologias, incluindo neoplasias, devem ser consideradas, especialmente quando a evolução clínica é atípica ou os estudos microbiológicos são negativos. O linfoma pulmonar primário é raro e pode mimetizar infeções fúngicas crónicas, dificultando o diagnóstico precoce.

CASO CLÍNICO: Homem de 59 anos, ex-fumador, com tuberculose pulmonar tratada na juventude, realizou TC torácica que identificou cavitação no lobo superior direito com massa interna sugestiva de aspergiloma. Referia tosse seca, hemoptises ocasionais e emagrecimento de 5 kg nos últimos três meses. Não apresentava febre ou suores noturnos. Analiticamente, verificou-se anemia leve e aumento discreto dos marcadores inflamatórios. A serologia para *Aspergillus fumigatus* mostrou IgG positiva com títulos baixos. A TC Tórax confirmou lesão cavitada com conteúdo denso e o PET revelou captação moderada, sem outras localizações suspeitas. O estudo microbiológico do lavado broncoalveolar foi negativo para agentes infecciosos e células malignas. Perante a persistência clínica e ausência de confirmação laboratorial, realizou-se lobectomia por risco de hemoptise. O exame histopatológico revelou proliferação difusa de células linfóides grandes, com expressão de CD20 e Ki-67 elevado, compatível com linfoma B de grandes células. Não foram encontradas estruturas fúngicas. O doente foi encaminhado para hematoncologia e iniciou tratamento com boa resposta.

CONCLUSÃO: Este caso destaca a importância de manter uma abordagem diagnóstica abrangente perante lesões cavitadas com imagem típica de aspergiloma. Em contextos sugestivos mas sem confirmação microbiológica, deve-se considerar biópsia ou excisão, uma vez que neoplasias como o linfoma podem simular infeções crónicas.

Palavras-Chave: linfoma, aspergiloma, cavitação

73. A propósito de um caso de Adenocarcinoma mucinoso com padrão de crescimento lepidico

N Lopes, J Pereira, M Afonso, A Figueiredo

ULS Algarve

O Adenocarcinoma mucinoso com padrão de crescimento lepidico (CBA) é um tipo raro de adenocarcinoma pulmonar caracterizado pela produção abundante de mucina e um padrão lipídico de crescimento, preservando a arquitetura pulmonar.

A melhor abordagem terapêutica deste tipo de tumores não está bem estabelecida e pode incluir cirurgia e tratamentos sistémicos. Ao contrário de outros tumores de não pequenas células do pulmão, estão menos associados a disseminação linfática ou metastática. Este caso demonstra a orientação terapêutica de uma jovem com um CBA invasivo.

Mulher de 41 anos, antecedentes de pneumonia em 2018 tratada em ambulatório. Por manter tosse produtiva, realizou TC Torácica que revelou extensa área consolidativa heterogénea no LSE e lesões nodulares do LSE e LIE.

Realizou biópsia transtorácica a 23/01/23: CBA PD-

L1 negativo, Ki67<30%, NGS negativo. Estadiado como T4N0M0 (IIa).

Iniciou Carboplatino, Pemetrexed e Pembrolizumab. Após o 4º ciclo manteve tratamento com pemetrexed e Pembrolizumab até 11/01/2024, altura em que se admitiu progressão da doença por aumento da lesão principal e aumento da dimensão e número de lesões homolaterais, estadio T4N0M0.

Iniciou 2ª linha com Docetaxel de 04/04/2024 a 19/06/2024. BTT para repetição de NGS voltou a ser negativo.

PET FDG a 25/06/2024 com progressão de todas as lesões e micro-nódulo no segmento anterior do LSD com aumento dimensional relativamente a estudos prévios. Admitiu-se progressão da doença, agora estadio IVa (T4N0M1a).

Optou-se por iniciar novamente quimioterapia com Carboplatina e etoposido com início a 09/10/2024 com efeitos adversos, sobretudo supressão medular. Dado tratar-se de uma jovem com doença essencialmente localizada ao campo pulmonar esquerdo, apenas com um micronódulo contralateral com discreta captação, discutiu-se a possibilidade de cirurgia com RT da lesão contralateral.

Pneumectomia a 22/11, sem intercorrências.

TC Torácica a 16/01/2025 com o aparecimento de dois nódulos no segmento anterior do lobo superior direito, suspeitos de traduzir lesões secundárias. Submetida a SBRT desses nódulos com início a 17/02/2025.

Atualmente, clinicamente bem com estabilidade das lesões em TC de 14/05/2025.

Este caso com evolução atípica destaca as diferentes abordagens terapêuticas que podem ser usadas neste tipo de tumores

Palavras-Chave: Adenocarcinoma, mucinoso, Lepidico, cirurgia

74. Doença pulmonar intersticial na miopatia inflamatória: relevância dos autoanticorpos no diagnóstico e caracterização da doença

NN Varandas, IV Bessa, A Lima, N Melo, MT Boncoraglio, FV Machado, PC Mota

ULS São João - Porto

INTRODUÇÃO: As miopatias inflamatórias (MI) constituem um grupo heterogéneo de doenças autoimunes que afetam primariamente o músculo com possibilidade de envolvimento de múltiplos órgãos. A doença pulmonar intersticial (DPI) é uma manifestação extramuscular frequente e potencialmente grave. A detecção de autoanticorpos específicos de miosite ou associados a miosite, presentes em mais de 80% dos doentes, constituem uma ferramenta de diagnóstico e estratificação da DPI nas MI, mesmo na ausência de

doença muscular evidente.

CASO CLÍNICO: Descreve-se o caso de uma mulher, 68 anos, ex-trabalhadora na confeção têxtil, seguida em Pneumologia por DPI em estudo. Não apresentava sinais e sintomas de doença autoimune e patologia muscular. Do estudo efetuado a destacar: TC de alta resolução com padrão de NSIP-like, lavado broncoalveolar com neutrofilia e eosinofilia, provas de função respiratória compatíveis com síndrome ventilatório restritivo ligeiro e DLCO diminuída, autoimunidade com título de ANAs ligeiramente elevado e fator reumatóide positivo. Fez criobiópsia com achados compatíveis com pneumonia intersticial fibrosante, mantendo vigilância (diagnóstico provisório de pneumonia intersticial com características auto-ímmunes). Posteriormente, foi iniciado estudo para avaliar a possibilidade de doença imunomediada a integrar a patologia pulmonar pelo que foi expandido o estudo imunológico com painel de miosites, onde se documentou positividade para anti-SRP, anti-Ro52, anti-Mi-2B. Analiticamente com elevação significativa da aldolase. Fez RMN corporal a mostrar edema difuso das massas musculares do membro inferior esquerdo, sem significativa atrofia ou infiltração adiposa, em provável relação com miopatia inflamatória. Decidida a realização de biópsia muscular que mostrou alterações compatíveis com miopatia inflamatória necrotizante. Deste modo, foi assumido diagnóstico de DPI fibrosante associada a doença do tecido conjuntivo.

CONCLUSÃO: O caso ilustra que é crucial o conhecimento do perfil serológico pormenorizado da MI em doentes com DPI de causa não esclarecida. Atualmente, é amplamente reconhecido que os autoanticorpos circulantes podem auxiliar no diagnóstico e caracterização da DPI e a sua integração com a clínica e achados imagiológicos constitui uma ferramenta crucial na orientação clínica.

Palavras-Chave: Miopatias Inflamatórias, Doença Pulmonar Intersticial, Autoanticorpos

75. Pneumonite induzida por osimertinib: reação adversa rara mas potencialmente grave

NN Varandas, AT Alexandre, J Pinto, A Araújo, AR Santos, FV Machado, C Sousa

ULS São João - Porto

INTRODUÇÃO: Os avanços moleculares no cancro do pulmão de não pequenas células permitiram a incorporação de terapêuticas alvo no tratamento, nomeadamente os inibidores de tirosina-quinase (TKIs) do receptor de fator de crescimento epidérmico (EGFR), como uma estratégia eficaz. O osimertinib tem eficácia superior quando comparado com outros TKIs, apresentando, de forma geral, um perfil de segurança favorável. Entre 1 a 4% dos casos pode surgir pneumonite induzida pelo fármaco, cuja patogénese permanece

incerta e o diagnóstico representa um desafio dada a inespecificidade dos sintomas.

CASO CLÍNICO: Relata-se o caso de um homem, 69 anos, com adenocarcinoma pulmonar estágio IVb, (PD-L1 de 30-40%, NGS mutação c.2573T>G p.(Leu858Arg), no exão 21 do gene EGFR), tratado em 1ª linha com osimertinib em associação a quimioterapia (duplete de platina com pemetrexedo). Foi internado por suspeita de pneumonia adquirida na comunidade com insuficiência respiratória hipoxémica. Ao 4º dia de internamento, verificou-se agravamento clínico com acidemia respiratória e necessidade de admissão no serviço de medicina intensiva (SMI) para instituição de VNI. Na avaliação imagiológica, observaram-se opacidades em vidro despolido pelo que foi colocada a hipótese de pneumonite associada à terapêutica anti-neoplásica. O fármaco foi suspenso e iniciou-se corticoterapia em alta dose. Durante o tempo de permanência no SMI, diagnosticado tromboembolismo pulmonar de novo e insuficiência cardíaca descompensada. Observou-se melhoria das trocas gasosas, da dinâmica respiratória e das alterações imagiológicas em vidro despolido em ambos os pulmões. Foi assumida pneumonite associada ao osimertinib. À data da alta, queixas de dispneia em esforço, sob corticoterapia em desmame e prescrição de O₂ de deambulação. A melhoria clínica permitiu a restituição de quimioterapia com pemetrexedo, que mantém até ao momento.

CONCLUSÃO: Este caso ilustra a complexidade diagnóstica da pneumonite induzida por terapêuticas alvo, sobretudo perante a presença de manifestações clínicas e radiológicas inespecíficas. Sublinha ainda a importância da identificação precoce da toxicidade pulmonar induzida por TKIs, suspensão precoce do fármaco e o início atempado de corticoterapia, medidas estas essenciais para evitar desfechos desfavoráveis.

Palavras-Chave: Osimertinib, Pneumonite induzida por fármacos, Inibidores de tirosina-quinase do receptor de fator de crescimento epidérmico

76. Vigilância ou biópsia? - série de casos de nódulo pulmonar

JN Mascarenhas, A Ribeiro, JT Felgueiras, J Diogo, H Marques, C Alves, MJ Simões

Hospital Nossa Senhora do Rosário, Barreiro

INTRODUÇÃO: Os nódulos pulmonares constituem uma entidade cada vez mais prevalente e mais precocemente detectada, dado o crescente acesso à tomografia computadorizada (TC). O diagnóstico diferencial é extenso e a abordagem nem sempre é linear. Nos doentes com fatores de risco para neoplasia, esta é tendencialmente mais agressiva, sendo, no entanto, essencial considerar o risco de cada intervenção diagnóstica.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: Homem de 69 anos, ex-fumador (50 UMA), é observado em consulta de Pneumologia 2 meses após ida ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia e hemoptises, onde foi realizada TC Tórax (TC-T), que revelou nódulo espiculado com 14mm no lobo inferior esquerdo. Dado os antecedentes do doente e aspeto imagiológico do nódulo, foi pedida broncoscopia com navegação electromagnética para avaliação histológica. Neste contexto, realizou broncofibroscopia virtual duas semanas depois, na qual já não era visualizado o nódulo na localização em causa. Manteve vigilância, com novas TC realizadas aos 6 e 12 meses, sem alterações de novo.

Caso 2: Mulher de 63 anos, ex-fumadora (30 UMA), seguida em consulta de Pneumologia por DPOC, com enfisema grave e necessidade de oxigenoterapia de deambulação. Realizou TC Tórax em contexto de vigilância de micronódulo pulmonar sólido de 8mm, no lobo inferior direito (LID). O micronódulo encontrava-se estável aos 6 meses. No entanto, verificou-se lesão de novo com 25mm e de contornos irregulares no LID. Dado presença de enfisema grave e insuficiência respiratória, optou-se por avaliação com PET-TC previamente a quaisquer exames invasivos. Esta foi realizada um mês depois, revelando redução das dimensões da lesão, que apresentava SUV_{máx}=1,4. Realizou TC-T de reavaliação 3 meses depois, que mostrou resolução quase completa da lesão nodular do LID.

CONCLUSÃO: Estes casos evidenciam as dificuldades associadas à abordagem dos nódulos pulmonares, já que os doentes com elevado risco de neoplasia são frequentemente aqueles que simultaneamente apresentam maior risco de iatrogenia. É importante manter sempre em mente as outras etiologias de nódulos pulmonares, nomeadamente infecciosas, e ponderar a reavaliação imagiológica precoce nos doentes com risco/benefício desfavorável à realização de exames invasivos.

Palavras-Chave: nódulo pulmonar, cancro do pulmão, vigilância imagiológica

77. Síndrome de Joubert: o desafio do sono numa doença rara

P Romão, F Guimarães, C Couto, S Alves, M Drummond, J Borges

Hospital Vila Franca de Xira | ULS Estuário do Tejo

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Joubert é uma doença genética rara do neurodesenvolvimento, associada a malformações do tronco cerebral e vermis cerebeloso. A apresentação clínica é heterogénea, podendo incluir distúrbio respiratório central, nomeadamente apneia do sono, cuja abordagem terapêutica permanece pouco definida devido à raridade da condição.

CASO CLÍNICO: Sexo masculino, com diagnóstico clínico

de Síndrome de Joubert aos 31 anos - hipoplasia renal esquerda, sinal do “dente molar” em RM encefálica, episódios de apneia/taquipneia, estrabismo, dismorfismo facial e história familiar positiva (irmã com o mesmo diagnóstico; pais consanguíneos). Outros antecedentes relevantes: asma, cifoescoliose com pectus carinatum, atraso cognitivo, baixa estatura e macroglossia.

Encaminhado para consulta de Pneumologia em 2009 por episódios de apneia do sono testemunhados pelos pais. A primeira polissonografia tipo III (2014) revelou apneia do sono grave (IAH 46/h), sem monitorização do esforço respiratório por ausência de bandas de esforço/indutância, impedindo a diferenciação entre eventos obstrutivos e centrais. Dada a presença de padrão respiratório irregular semelhante em vigília (taquipneia e/ou apneia episódica), ausência de hipersonolência e CO₂ transcutâneo normal, optou-se por vigilância clínica anual.

Em 2018, a repetição da polissonografia demonstrou manutenção da apneia do sono grave (IAH 43,8/h), com predomínio de eventos centrais (72,6%), hipoxemia ligeira (T90 4,6%) e elevação do CO₂ transcutâneo diurno para 43 mmHg, já com sintomatologia compatível. Iniciou-se ventilação não invasiva em modo binível nocturno, com resolução dos eventos respiratórios, melhoria clínica e correção da hipercapnia.

CONCLUSÃO: Este caso ilustra a relevância do seguimento prolongado em doenças genéticas raras com manifestações respiratórias centrais. A evolução do quadro reforça a necessidade de reavaliação clínica e polissonográfica periódica e demonstra a eficácia da ventilação não invasiva na apneia central do sono, mesmo em contextos de disfunção neurológica estrutural.

Palavras-Chave: Síndrome de Joubert, Apneia central do sono, Ventilação não invasiva, Polissonografia

78. Letrozol e o pulmão: quando o tratamento se torna complicação

PG Santos¹, P Esteves¹, RP Câmara¹, C Durão¹, L Mendes¹, P Pinto¹

Unidade Local de Saúde de Santa Maria - Hospital de Santa Maria

INTRODUÇÃO: Letrozol é um inibidor da aromatase usado no tratamento do cancro da mama positivo para recetores hormonais em mulheres pós-menopáusicas. A toxicidade pulmonar a letrozol é rara, exigindo um diagnóstico diferencial adequado.

CASO CLÍNICO: Mulher, 76 anos, ex-fumadora (50 UMA) com DPOC GOLD 2E e adenocarcinoma da mama metastizado, submetida a cirurgia e quimioterapia em 2017 com recidiva ganglionar e pulmonar em 2022. Sob letrozol há 4 meses. No mês prévio à admissão desenvolveu tosse produtiva (expetoração mucosa), dispneia e cansaço,

sem febre. Iniciou empiricamente amoxicilina-ácido clavulânico e levofloxacina. Por agravamento clínico, passados 5 dias, realizou TC torácica que mostrou extensas áreas em vidro despolido bilaterais, espessamento septal e consolidações periféricas e peribroncovasculares. Foi internada admitindo-se pneumonia atípica e medicada com piperacilina-tazobactam, azitromicina, cotrimoxazol e corticoterapia. Exames microbiológicos e serológicos negativos. Teve alta após 16 dias, em desmame de corticoterapia (prednisolona 10 mg), com oxigénio suplementar (2L/min). Re-internada 2 dias depois por agravamento da dispneia e hipoxemia. A angio-TC torácica revelou agravamento imagiológico com padrão “crazy paving”, sugestivo de pneumonia organizativa induzida por fármacos. Realizou broncofibroscopia, LBA com predomínio de células mononucleadas (macrófagos 53%), microbiologia, pesquisa de Galactomanan e exame citológico do LBA negativas. Suspendeu-se o letrozol sendo substituído por fulvestrant e iniciou-se metilprednisolona 80 mg/dia, sem antibioterapia. Verificou-se melhoria clínica progressiva, sendo possível posterior transferência para unidade de reabilitação respiratória.

CONCLUSÃO: A toxicidade pulmonar a fármacos deve ser considerada perante sintomas respiratórios persistentes, ausência de agente infeccioso identificado e de resposta a antibioterapia. A pneumonia organizativa por letrozol é uma manifestação rara, potencialmente grave de toxicidade pulmonar. A identificação precoce, baseada na correlação de dados clínicos, imagiológicos e histológicos, se disponíveis, é essencial para orientação e prevenção de complicações. A suspensão do fármaco e a corticoterapia podem levar à resolução, salientando a importância da vigilância ativa em doentes sob letrozol.

Palavras-Chave: pneumonia organizativa; inibidores da aromatase; letrozol

79. Uma localização rara de metástase de Adenocarcinoma do Pulmão

PT Pinto, D Neves, U Brito

Serviço de Pneumologia - ULS Algarve, Unidade de Faro

INTRODUÇÃO: As metástases tiroideias com origem no adenocarcinoma do pulmão são extremamente raras, com uma incidência de 0.1%.

CASO CLÍNICO: Mulher de 76 anos, não fumadora, doméstica. Antecedentes de neoplasia da mama esquerda em 1995 e da mama direita em 2005, submetida a quimioterapia e radioterapia. Em Dezembro de 2018 apresentava tosse seca persistente com 6 meses de evolução. Por elevação do CEA (7.6 ng/ml), realizou TC toracoabdominal, que revelou uma massa paramediastínica (40x40x30 mm) infra-hilar direita, um nódulo sólido de 5 mm no mesmo lobo e bócio nodular direito. Realizou biópsia por broncofibroscopia

cujo exame histológico revelou um adenocarcinoma do pulmão, PDL1 20%. Foi submetida a lobectomia inferior direita na qual se observou invasão da pleura pelo adenocarcinoma a 1 mm do coto brônquico, estadiado como cT2bN0. Realizou quimioterapia adjuvante com carboplatina e pemetrexede, seguida de radioterapia que foi interrompida por esofagite rádica grave, tendo ficado com ligeira disfagia permanente. Após 5 anos de follow-up sem recidiva, foi detetado um foco hipermetabólico no polo superior direito da tiroide numa PET TC 18F-FDG. A biópsia aspirativa do nódulo foi inconclusiva. Realizou tiroidectomia total e a histologia da peça operatória revelou nódulo no lobo direito correspondente a neoplasia de padrão papilar e glandular com morfologia sugestiva de metástase de adenocarcinoma com expressão de CK7 e TTF1, negativa para CK20, GATA3 e sinaptofisina. O estudo imunohistoquímico adicional revelou PAX8 negativo, favorecendo o diagnóstico de metástase de adenocarcinoma do pulmão, estadiado pT1a(m). Após a identificação da mutação do gene EGFR no exão 19, iniciou Osimertinib com boa tolerância e sem evidência de recidiva há 10 meses.

CONCLUSÃO: As metástases da tiroide com origem no adenocarcinoma do pulmão podem surgir meses ou anos após o seu diagnóstico. As semelhanças microscópicas e imunohistoquímicas com o carcinoma papilar da tiroide podem dificultar a sua distinção.

Palavras-Chave: adenocarcinoma do pulmão - metástase tiroide - imunohistoquímica

80. Uma hemiparésia com atingimento pulmonar

PC Varandas, R Oliveira, D Organista

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

INTRODUÇÃO: A tuberculose disseminada define-se pelo atingimento de 2 ou mais órgãos não contíguos, correspondendo a uma forma de doença relativamente rara e que atinge principalmente crianças ou imunocomprometidos.

CASO CLÍNICO: Mulher de 67 anos, natural da Guiné-Bissau, a residir em Portugal há cerca de 30 anos, sem antecedentes de relevo, que recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com meses de evolução de lombalgia com irradiação para os membros inferiores, associada a diminuição de força muscular no hemisfério esquerdo, maioritariamente a nível do membro inferior esquerdo. Agravamento significativo do quadro nas 24h que precedem a ida ao SU com incapacidade para a marcha.

À observação, com hemiparésia esquerda de predomínio crural, para além de acessos de tosse seca desvalorizados pela doente. Quando questionada, refere queixas arrastadas de tosse,

perda ponderal não quantificada, febre vespertina e hipersudorese noturna.

Analicamente com elevação de LDH e PCR, com PCR VIH negativo. Telerradiografia de tórax com hipotransparência no lobo superior esquerdo.

Posteriormente, realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax que identificou: opacidades micronodulares com áreas de confluência e consolidação multifocais com disseminação endobrônquica, além de esboço de cavitação no lobo superior esquerdo. Foi ainda submetida a estudo com TC de neuro-eixo complementada com ressonância magnética que deteta disseminação granulomatosa a nível encefálico, lesão expansiva na região frontoparietal direita e espondilodiscite em L3-L4.

Por elevada suspeita de tuberculose, a doente foi submetida a exame micobacteriológico de expectoração, com exame direto positivo, iniciando terapêutica antibacilar com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, com suplementação com piridoxina e internamento posterior.

CONCLUSÃO: Este caso demonstra a importância de considerar a tuberculose como uma doença sistémica, com variadas apresentações extrapulmonares, e cujo diagnóstico nem sempre é linear, exigindo um elevado nível de suspeição de modo a permitir diagnóstico precoce e início de tratamento dirigido.

Palavras-Chave: Tuberculose; Mycobacterium Tuberculosis; Tuberculose Disseminada

81. Pleurodese com Sangue Autólogo: entre evidência e pragmatismo

PV Almeida, A Andrade, B Rodrigues, G Teixeira, L Andrade

Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

INTRODUÇÃO: A pleurodese com sangue autólogo tem sido descrita como uma opção terapêutica segura e eficaz para fuga aérea persistente. No entanto, a sua aplicação clínica permanece limitada pela ausência de orientações formais para o procedimento. Apresentaremos dois casos clínicos distintos nos quais esta técnica foi utilizada com sucesso.

DESCRIÇÃO: Caso 1: Mulher de 57 anos recorre ao serviço de urgência (SU) por dispneia e dor torácica pleurítica. Tem antecedentes de carcinoma da mama tratado com cirurgia, quimioterapia e radioterapia sete anos antes da admissão. A radiografia e Tomografia Computorizada (TC) torácicas evidenciaram um derrame pleural direito extenso. Foi decidida colocação de dreno torácico, após a qual se verificou fuga aérea persistente. A TC de reavaliação mostrou pneumotórax e densificações parenquimatosas suspeitas de lesões secundárias. Optou-se por realizar pleurodese com sangue autólogo (cerca de 150 mL), com resolução completa da fuga aérea. A

doente teve alta sem outras intercorrências.

Caso 2: Mulher de 79 ano, com antecedentes de pneumonite de hipersensibilidade fibrótica, recorre ao SU por dispneia. Foi identificado pneumotórax esquerdo na radiografia torácica, tendo sido colocado um dreno torácico, com fuga aérea persistente após colocação. Inviabilizada a abordagem cirúrgica, realizaram-se duas tentativas de pleurodese com sangue (com 50 mL e 60 mL), sem sucesso. Uma terceira tentativa, com 120 mL, resultou em resolução completa da fuga aérea. A doente teve alta com resolução do pneumotórax.

CONCLUSÃO: A pleurodese com sangue autólogo revela-se uma estratégia eficaz e com um perfil de segurança favorável no tratamento da fuga aérea persistente, sobretudo em doentes não elegíveis para intervenção cirúrgica. Deve ser considerada precocemente no algoritmo terapêutico, e não apenas como medida de último recurso. São necessárias recomendações formais quanto à sua aplicação ideal.

Palavras-Chave: Pleurodese; Pneumotórax; Sangue autólogo

82. Um dreno “intrabolhoso” - um caso clínico

PV Almeida, DC Oliveira, A Andrade, V Fernandes, B Rodrigues

Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

INTRODUÇÃO: As áreas de enfisema bolhoso apresentam um risco de infeção com formação de material purulento, um diagnóstico que se pode tornar desafiante pelas dificuldades de acesso e controlo de foco infeccioso. A colocação de um dreno guiada por Tomografia Computorizada (TC) ou ecografia surge como uma estratégia terapêutica promissora para o manejo destas complicações.

DESCRIÇÃO: Um doente do sexo masculino, de 63 anos, dá entrada no Serviço de Urgência (SU) com quadro de dispneia e febre com 1 dia de evolução.

O doente tem antecedentes de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica de predomínio enfisematoso, já proposto para bulectomia direita, com contraindicação cirúrgica por estenose aórtica severa (a aguardar substituição de válvula).

Os exames laboratoriais realizados no SU revelaram aumento de parâmetros inflamatórios (leucocitose com neutrofilia, Proteína-C-Reativa 4.43 mg/dL) com insuficiência respiratória do tipo 1. Realizou TC torácica para esclarecimento do quadro, que revelou preenchimento de regiões bolhosas à direita, a condicionar atelectasia do parênquima adjacente. O doente iniciou antibioterapia com Meropenem por história de infeção prévia e foi internado para continuação de cuidados.

Por manutenção de febre, foi decidida a colocação de um dreno tipo Rocket para evacuação do conteúdo

purulento da bolha, com auxílio do ecógrafo. O dreno exteriorizou-se acidentalmente passado dois dias, tendo-se colocado novo dreno, desta vez do tipo Pigtail. Não foram identificados microrganismos nas pesquisas microbiológicas do líquido pleural. A TC tórax de reavaliação evidenciava redução volumétrica da coleção. O doente fez lavagens pelo dreno diariamente e cumpriu 21 dias de Meropenem, tendo apresentado boa evolução clínica, analítica e radiológica. O dreno foi removido e o doente teve alta para o domicílio.

CONCLUSÃO: Acolocação de drenos intraparenquimatosos é uma opção terapêutica com pouca evidência científica. Este caso clínico pretende demonstrar que a utilização de drenos “intrabolhosos” em casos específicos poderá ser uma opção segura e eficaz.

Palavras-Chave: Enfisema; Dreno torácico; Empiema

83. Doença neoplásica, mas será do pulmão?

A Fernandes, C Guerreiro, I Ruivo, U Brito

Unidade Local de Saúde Algarve, Hospital de Faro

INTRODUÇÃO: A pneumonia extensa, desencadeia um estudo alargado, permitindo não raramente, o diagnóstico de entidades mais complexas e particulares.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO: Mulher de 59 anos, não fumadora, sem antecedentes relevantes. Recorre ao SU a 10/06/2024 por febre, tosse seca, toracalgia pleurítica na face anterior do hemotórax direito, anorexia e astenia com 24h. Ao exame objetivo Timp 38°C, polipneia e auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído na base esquerda com broncofonia. GSA pO₂ 58,6 mmHg. Analiticamente leucócitos 16900 com neutrofilia, PCR 283mg/dL, VIH negativo. Radiografia torácica hipotransparências na metade inferior campo pulmonar esquerdo e base campo pulmonar direito. Teste COVID-19 positivo. Foi internada na Pneumologia por Pneumonia Adquirida na Comunidade, Infecção COVID-19 e Insuficiência Respiratória Parcial, tendo iniciado ceftriaxona e azitromicina e dexametasona. Do estudo inicial hemoculturas positivas para MRSA que implicaram alteração de antibioterapia para linezolide e metronidazol (14 dias) e protocolo de descontaminação.

Evolução clínica e laboratorial favorável, contudo identificado pico monoclonal IgG/lambda e sem melhoria imagiológica. TC torácica (18/06/2024) revelou consolidações com broncograma aéreo no lobo inferior esquerdo (LIE) e segmento anterior do lobo inferior direito (LID) [com áreas líquidas intrínsecas]. Realizou broncoscopia a (25/06/2024) que mostrou edema da mucosa na entrada da divisão superior e na entrada do segmento apical do brônquio lobar inferior esquerdo, cujas biopsias revelaram neoplasia maligna pouco diferenciada (CD45+, TTF1-, p40-, CD56-). PET-TC

(12/07/2024) hipercaptação anómala em condensações do LIE (SUV 7,5) e do LID (SUV 12,3).

Teve alta ao 35º dia de internamento, medicada com naproxeno fixo por manutenção de hipertermia. Efetuou biópsia transtorácica em ambulatório que revelou infiltração por celularidade B (CD45+, CD20+), sugerindo doença linfoproliferativa.

CONCLUSÕES: Em quadros clínicos semelhantes à pneumonia, a sua evolução determina a decisão de prosseguir com a investigação, especificamente se a “pneumonia” se apresenta de forma arrastada.

Palavras-Chave: Pneumonia arrastada, doença linfoproliferativa

84. Síndrome Paraneoplásica - Um indício de desenvolvimento de doença

A Fernandes, C Guerreiro, U Brito

Unidade Local de Saúde Algarve, Hospital de Faro

INTRODUÇÃO: A síndrome paraneoplásica pode apresentar-se através de alterações neurológicas e constituir a primeira manifestação de uma neoplasia pulmonar.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO: Mulher de 63 anos, ex-fumadora há 10 anos (30 UMA), múltiplos antecedentes neoplásicos, nomeadamente, carcinoma endometrióide do ovário em 2008 (submetida a cirurgia e QT), carcinoma epidermóide do pulmão [Pancoast à esquerda] em 2013 (estadio IIB, efetuou RT+QT neoadjuvante cisplatino+etopósido, cirurgia e QT adjuvante cisplatino+vinorelbina), adenocarcinoma do pulmão direito em 2021 (estadio IA/II [pT1b], submetida a segmentectomia do LSE, QT adjuvante carboplatino+pemetrexed).

Em 2021 quadro de perda de sensibilidade no pé direito com evolução bilateral na semana seguinte, parestesias com progressão ascendente até à cintura pélvica, sem alteração de esfíncteres. Foi internada na Neurologia, ao exame físico apresentava hipostesia álgica até ao joelho, marcha atáxica, Romberg+ e arreflexia miotática. Eletromiografia revelou polineuropatia sensitiva axonal distal, simétrica, de tipo dependente do comprimento, moderada-grave. Serologias infecciosas, anticorpos antineuronais e estudo de autoimunidade negativos. TC e RM neuro-eixo sem alterações. Tendo sido diagnosticada polineuropatia secundária a QT.

Em 2023 é reavaliada em Consulta de Neurologia, e no estudo do LCR é identificado aumento de IgG intratecal e anticorpos antineuronais CV2 fortemente positivos, favorecendo o diagnóstico de síndrome paraneoplásica. Concomitantemente surge novo carcinoma epidermóide da nasofaringe (estadio II, realizou RT+QT com cisplatino). Não obstante do tratamento em curso iniciou também imunoglobulina endovenosa, com discreta melhoria.

Contudo, houve resolução neoplásica, mas manutenção da síndrome paraneoplásica.

Em 2024 em Consulta de Pneumologia Oncológica, TC-Tórax identificou aumento de adenopatia hilar direita (16->24mm), PET-TC confirmou lesão única, tendo sido abordada por EBUS, que veio a revelar carcinoma pulmonar de pequenas células (TxN2M0), de momento, sob RT+QT (Carboplatino+Etopósido).

CONCLUSÕES: A síndrome paraneoplásica é frequentemente associada à neoplasia pulmonar, particularmente, ao carcinoma pulmonar de pequenas células, podendo surgir cerca 2 anos antes do diagnóstico.

Palavras-Chave: Síndrome Paraneoplásica, Neoplasia pulmonar

85. Consequências da corticoterapia sistémica crónica - a propósito de um caso clínico

SP Ferreira, E Almeida, JM Silva

ULS Médio Tejo

INTRODUÇÃO: A disponibilização dos corticosteroides sistémicos veio proporcionar um tratamento eficaz no controlo sintomático e exacerbações da asma. Contudo, a sua utilização generalizada rapidamente levou ao reconhecimento de que, a longo prazo, estão associados a eventos adversos significativos. Apesar da introdução de estratégias de tratamento atualizadas e da terapêutica biológica na asma, estudos revelam que a corticoterapia sistémica continua a ser utilizada frequente e excessivamente.

CASO CLÍNICO: Homem, 44 anos, mecânico. Antecedentes de asma, medicado com budesonida 400mg+formoterol 12µg, aminofilina 225mg e deflazacort 15mg há vários anos. Internado no serviço de Pneumologia por pneumonia adquirida na comunidade e insuficiência respiratória parcial. À data de alta, foi otimizado tratamento, com início de terapêutica inalatória tripla e antagonista dos recetores dos leucotrienos, sendo referenciado para a consulta de asma grave. Realizou provas de função respiratória (FEV1 28%, FeNO 33ppb) e estudo analítico (eosinofilia de 410/µL, IgE total 67kUIgE/L e Phadiatop negativo). Mediante a apresentação de uma asma eosinofílica não alérgica grave, foi proposto para terapêutica biológica com anti-interleucina 5 (mepolizumab). Após iniciar biológico, o doente referiu melhoria clínica significativa, com diminuição do número de exacerbações. Iniciou-se tentativa de redução de corticoide oral, não sendo possível suspender por apresentar insuficiência da suprarrenal (cortisol indoseável <0.8µg/dL), consequência do tratamento prolongado com corticoterapia. De facto, o doente apresentava sinais compatíveis com efeitos secundários associados aos corticoides, nomeadamente hiperpigmentação da pele e fragilidade capilar. Além disso, foram solicitados

exames complementares de diagnóstico para avaliar outros possíveis efeitos secundários, tendo o estudo osteodensitométrico revelado osteoporose com elevado risco de fratura.

CONCLUSÕES: Os autores apresentam este caso com o intuito de alertar para os efeitos secundários associados à corticoterapia de longa duração. Efetivamente, trata-se de um doente jovem, que apresenta consequências graves, como é o caso da osteoporose e da insuficiência da suprarrenal. Atualmente, dispomos de várias opções de terapia biológica, que devem ser consideradas e iniciadas de forma atempada.

Palavras-Chave: Asma, corticosteroides, efeitos adversos

86. Derrame pleural - dois desfechos inesperados

S Costa, M Abreu, R Pereira, MJ Moura, J Lourenço, AL Costa, H Pereira, D Reis, J Amado

Unidade Local de Saúde de Matosinhos

INTRODUÇÃO: A análise do líquido pleural (LP) é um pilar no diagnóstico das doenças pleurais, contudo existem situações em que as suas características não são sugestivas do diagnóstico final.

Caso1: Homem, 86 anos, internado por sépsis secundária a pneumonia e derrame pleural (DP) esquerdo. O LP era exsudativo, com predomínio de polimorfonucleares (PMN), sem isolamentos microbiológicos e citologia negativa. Assumido DP parapneumónico com resolução após antibioterapia empírica. Três meses depois, novo internamento por recidiva do DP esquerdo; o LP manteve as características prévias. Prosseguiu-se estudo com tomografia computadorizada que revelou densificações suprajacentes à hemicúpula diafragmática esquerda. A biópsia transtorácica mostrou pleurite fibrosante crónica. Dada a indefinição diagnóstica, realizou toracoscopia médica que evidenciou pleura diafragmática irregular e espessamento difuso da pleura costal com lesões nodulares milimétricas, irregulares e duras, compatíveis com mesotelioma maligno epitelioide. Iniciou tratamento com nivolumab/ipilimumab.

Caso2: Homem, 76 anos, antecedentes de carcinoma epidermoide do pulmão, sob durvalumab de consolidação. Durante o seguimento, identificado DP direito recidivante com LP com critérios de exsudado, predomínio de mononucleares, citologia negativa e sem isolamentos microbiológicos. Optou-se por vigilância clínica, verificando-se melhoria do DP. Dois anos depois apresentou quadro de dispneia, tosse mucopurulenta, febre, PCR elevada e radiografia torácica com hipotransparência sugestiva de DP loculado à direita. O LP apresentava pH 7.05 e glicose 37mg/dL, sendo assumido DP complicado, colocado dreno torácico e iniciada de antibioterapia empírica. O LP

tinha características de exsudado, predomínio de PMN, ADA 62U/L, exame direto micobacteriológico positivo e PCR Mycobacterium tuberculosis complex positiva. Foi isolada Moraxella catarrhalis na expectoração. Assim, diagnosticada tuberculose pleural com infecção bacteriana concomitante, iniciados antibióticos e mantida antibioterapia, com evolução favorável.

CONCLUSÃO:: Estes casos ilustram a complexidade do diagnóstico diferencial do DP, especialmente quando os dados do LP não apontam diretamente para a etiologia. A monitorização, evolução clínica e o alargamento do estudo foram cruciais para o diagnóstico definitivo.

Palavras-Chave: Derrame pleural, mesotelioma, tuberculose pleural

87. Actinomicose pulmonar: um desafio diagnóstico

S Botelho Teixeira, J Oliveira Pereira

ULS COIMBRA

INTRODUÇÃO: A actinomicose pulmonar é uma infecção rara e constitui um desafio diagnóstico, dada a mimetização de outras patologias infecciosas e neoplásicas, e a difícil identificação cultural deste género de bactérias anaeróbias de crescimento lento.

CASO CLÍNICO: Sexo feminino, 51 anos, ex-fumadora, com antecedentes de asma e neoplasia da mama, referenciada ao serviço de urgência (SU) por TC-torácica revelando massa do lobo superior do pulmão direito (LSD) sugestiva de malignidade. Apresentava quadro de sudorese noturna profusa, febrícula vespertina, perda ponderal, astenia e dispneia com um mês de evolução. Ao exame objetivo não apresentava alterações de relevo e o estudo analítico realizado no SU demonstrou-se normal.

Após referenciação a consulta, realizou PET-CT que confirmou a presença de massa espiculada justa pleural do LSD com 30x37 mm e de uma adenopatia broncoilar direita, ambas hipermetabólicas e suspeitas de etiologia maligna, bem como de uma lesão lítica da omoplata com discreta captação de 18F-FDG. Realizou videobroncofibroscopia (VBF), biópsia transtorácica (BTT), biópsia óssea e citologia aspirativa por ecoendoscopia brônquica (EBUS), sem identificação de células neoplásicas ou microorganismos nas amostras.

Após discussão multidisciplinar, repetiu PET, BTT e biópsia óssea, que revelaram, respetivamente, redução dimensional e metabólica da lesão pulmonar e histologias compatíveis com pneumonia organizativa e um provável endocondroma/condrossarcoma da omoplata. A repetição de VBF revelou aspirado brônquico com flora microbiana abundante e características citológicas sugestivas de infecção por Actinomyces. Apurou-se a história de granuloma dentário, procedendo-se à extração da peça dentária em causa. A doente iniciou antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico, que cumpriu durante

4 meses, com resolução dos sintomas e melhoria imagiológica.

CONCLUSÕES: A actinomicose pulmonar permanece um desafio diagnóstico pela inespecificidade da apresentação clínico-imagiológica e a baixa sensibilidade do estudo microbiológico. O tratamento prolongado com antibioterapia, tipicamente penicilina ou betalactâmico, por semanas a meses após a resolução dos sintomas é essencial para a resolução do quadro e prevenção de recidivas.

Palavras-Chave: Actinomicose pulmonar; neoplasia;

88. Agenesia unilateral da artéria pulmonar

S Botelho Teixeira, J Oliveira Pereira

ULS COIMBRA

INTRODUÇÃO: A agenesia unilateral da artéria pulmonar (AUAP) é uma malformação rara, podendo associar-se a malformações cardíacas, nomeadamente arco aórtico direito (AAD). A idade ao diagnóstico é bimodal, ocorrendo na infância ou em idade adulta, e a apresentação clínica variada, desde assintomática até hemoptise massiva.

CASO CLÍNICO: Sexo masculino, 21 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, recorreu ao serviço de urgência (SU) por tosse de início súbito, epistáxis anterior e hemoptises de volume aproximado a 200 mL (1 copo). Apresentava hábitos alcoólicos compatíveis com binge drinking e era consumidor de cigarro eletrónico há 2 meses. À auscultação apresentava ferveores no hemitórax esquerdo e sibilos bilaterais. No SU realizou angioTC-torácica, que revelou AUAP, AAD, redução do volume do pulmão esquerdo, desvio do mediastino ipsilateral e pulmão direito vicariante. Por ecocardiograma confirmou-se AAD e redução do fluxo venoso pulmonar à esquerda. Analiticamente não apresentava alterações de relevo.

Durante o internamento apresentou vários episódios de hemoptise de volume moderado. Realizou videobroncofibroscopia (VBF), interrompida por hemorragia ativa grave proveniente da árvore brônquica esquerda, optando-se pela realização de arteriografia brônquica terapêutica, com embolização da artéria brônquica esquerda e objetivação de anastomose desta com ramos da artéria pulmonar.

Nos dois dias seguintes, apresentou vários episódios de hemoptise de moderado e grande volume, tendo realizado nova arteriografia brônquica que mostrou dilatação marcada das artérias intercostais posteriores esquerdas e da artéria brônquica esquerda, tendo-se procedido à sua embolização.

Por hemoptises refratárias a esta terapêutica, após discussão com equipa cirúrgica, foi submetido a pneumectomia esquerda sem intercorrências.

CONCLUSÕES: A hemoptise grave é uma complicação tardia da AUAP, associada predominantemente ao desenvolvimento de circulação colateral extensa. O tratamento cirúrgico é geralmente considerado após falência da terapêutica médica e minimamente invasiva/endovascular.

Palavras-Chave: agenesia da artéria pulmonar; hemoptises; pneumectomia

89. Prótese Traqueobrônquica em “J” Autoexpansível em Obstrução Maligna das Vias Aéreas Centrais

S Quaresma, C Araújo, I Estalagem, M Almeida, R Gomes, I Oliveira, J Soares, M Lopes

Hospital Garcia de Orta

A obstrução maligna das vias aéreas centrais é uma complicação frequente em neoplasias pulmonares avançadas, com elevada morbidade e mortalidade. A intervenção broncoscópica, incluindo colocação de próteses traqueobrônquicas autoexpansíveis, é uma estratégia eficaz na restauração da permeabilidade de vias aéreas, alívio sintomático e melhoria da qualidade de vida.

Um homem de 59 anos, fumador (45 UMA), com história conhecida de DPOC e carcinoma pleomórfico do pulmão direito estágio III, PDL1 70%, sem alterações moleculares, com envolvimento de todos os lobos do hemitórax direito e oclusão completa do brônquio principal direito (BPD). Doente foi internado por empiema loculado à direita tendo realizado drenagem pleural e antibioterapia dirigida por isolamento de *Streptococcus anginosus* e *Pseudomonas aeruginosa*. Durante o internamento, previamente a iniciar imunoterapia com pembrolizumab, por queixas subjetivas de corpo estranho traqueal, realizou-se broncofibroscopia (BFO) que evidenciou tumor endobrônquico com obstrução significativa da traqueia e brônquio principal esquerdo (BPE), além da oclusão completa do BPD já conhecida. Foi realizada broncoscopia rígida com debulking tumoral e eletrocoagulação, permitindo restabelecer a patência da traqueia e do BPE. Contudo, por recidiva precoce das queixas e surgimento de estridor em menos de uma semana foi novamente submetido a BFO com remoção de pedículo tumoral traqueobrônquico. Posto isto, decidiu-se por broncoscopia rígida para colocação urgente de prótese em “J” metálica autoexpansível de nitinol revestida (Leufen®), com ramo traqueal de 40mm/18mm e ramo brônquico esquerdo de 40mm/14mm, garantindo a estabilidade e patência da traqueia e do BPE. Nove dias depois, o doente desenvolveu quadro de obstrução funcional da prótese por impactação de secreções purulentas espessas, resolvida com aspiração broncoscópica. Iniciou nebulização com soro fisiológico e

acetilcisteína, sem recorrência.

Este caso ilustra a complexidade da gestão de obstruções traqueobrônquicas extensas por carcinoma pulmonar localmente avançado onde a utilização de prótese em “J” permitiu uma abordagem eficaz e segura, restaurando a permeabilidade das vias aéreas e permitindo continuidade terapêutica. O acompanhamento precoce pós-prótese é essencial para prevenir complicações obstrutivas.

Palavras-Chave: Prótese traqueobrônquica, obstrução maligna, broncoscopia, carcinoma pulmonar

90. Um caso raro de hemoptises

S Quaresma, C Araújo, I Estalagem, M Almeida, I Oliveira, M Lopes

Hospital Garcia de Orta

As hemoptises representam uma manifestação clínica potencialmente grave, habitualmente associada a etiologias respiratórias como infeções, bronquiectasias, tromboembolismo pulmonar ou neoplasias do trato respiratório. No entanto, em casos mais raros, pode ser a manifestação inicial de doenças sistémicas ou hematológicas.

Um homem de 53 anos, fumador, sem antecedentes relevantes, inicia sensação de farfalheira seguida de hemoptises em moderada quantidade, hemodinamicamente estável, apirético e com SpO₂ >95% em ar ambiente. À admissão, apresentava anemia (Hb 10,5 g/dL) e a TAC torácica revelou infiltrados peribroncovasculares/centrilobulares multifocais e densificações peribroncovasculares em vidro despolido no segmento ápico-posterior do lobo superior esquerdo, na região lingular, pirâmide basal esquerda, lobo médio e ténue densificação no segmento laterobasal do lobo inferior direito, compatíveis com preenchimento endoluminal das vias aéreas distais, não se excluindo focos de hemorragia alveolar.

A investigação etiológica para causas infecciosas, cardíacas e autoimunes foi negativa. A broncofibroscopia evidenciou hemorragia ativa proveniente da línula e a citologia do aspirado brônquico e do lavado broncoalveolar foi negativa para malignidade e para microorganismos patogénicos. No entanto, a eletroforese de proteínas e a imunofixação sérica revelaram um pico monoclonal IgG lambda, sugerindo Mieloma Múltiplo (MM), confirmado por mielograma e biópsia óssea.

Após a realização do estudo medular, iniciou corticoterapia com dexametasona. As perdas hemáticas persistiram até ao dia seguinte, com hemoglobina mínima de 7,7 g/dL. 3 dias depois teve alta, tendo sido submetido a embolização arterial brônquica em ambulatório, sem recorrência de hemoptises.

Hemoptises como manifestação inicial de MM é rara.

Mecanismos possíveis incluem hemorragia alveolar difusa associada a síndrome de hiperviscosidade ou infiltração pulmonar por células plasmáticas. Este caso destaca a importância de uma abordagem diagnóstica abrangente perante hemoptises inexplicadas, considerando etiologias hematológicas, para um diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Palavras-Chave: Hemoptises, Mieloma Múltiplo, Hemorragia alveolar, Síndrome de hiperviscosidade

91. LAS APARIENCIAS ENGAÑAN, NO TODA MASA PULMONAR ES TUMORAL: EL TEXTILOMA

S Rodríguez Tardón, AG Salazar Palacios, EC Prieto Maillo, AM Martín Varillas, MJ Corbí Cobo-Losey, A González Rosa, P Torres Piñero, JM González Ruiz

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN: Se presenta el caso de un varón de 54 años, fumador (índice paquetes/año 35), con antecedente de neumotórax espontáneos de repetición por lo que fue intervenido quirúrgicamente hace más de 30 años.

CASO CLÍNICO: El paciente acudió a Urgencias por cuadro de tos con expectoración purulenta de dos días de evolución, manteniendo buenas saturaciones basales. En la exploración física destacó disminución de murmullo vesicular en hemitórax derecho. En radiografía de tórax se objetivó masa en lóbulo pulmonar superior izquierdo (LSI) y signos de hiperinsuflación de pulmón derecho, y se remitió a consultas de Vía Clínica de Cáncer de Pulmón con diagnóstico de masa pulmonar a estudio.

En consulta, el paciente niega clínica constitucional o a otros niveles. Se solicita tomografía computarizada de tórax donde aparece lesión quística de 11 centímetros en LSI, con componente de partes blandas calcificadas y plegadas en su interior, y áreas de enfisema paraseptal y bulla gigante en hemitórax derecho que provoca atelectasia del pulmón adyacente y desplazamiento mediastínico. Así, se emite el diagnóstico de textiloma en LSI y enfisema pulmonar con bulla gigante en hemitórax derecho. En pruebas de función respiratoria (PFR) se objetiva patrón no obstructivo grave, con capacidad vital forzada (FVC) del 46%, y capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) disminuida (59%). Se remite el caso a comité de tumores donde se decide realización de segmentectomía atípica de la bulla de mayor tamaño y pleurodesis mecánica por VATS por Cirugía Torácica, sin intervención sobre el textiloma. En radiografía de tórax postoperatoria se evidencia desaparición de signos de hiperinsuflación en hemitórax derecho.

En seguimiento posterior en consultas, en PFR se obtuvo una FVC del 87%, manteniendo DLCO disminuida, y a día de hoy estas permanecen estables. El textiloma también permanece estable y el paciente asintomático sin tratamiento ni complicaciones.

CONCLUSIÓN: El textiloma es una lesión que puede producirse por el olvido de material quirúrgico en el interior del cuerpo. En nuestro caso, el paciente acude con sospecha de una masa pulmonar que resulta no ser maligna. En lugar de la resección de la misma, se opta por una cirugía de reducción de volumen del pulmón contralateral, con mejoría funcional posterior.

Palavras-Chave: Textiloma, masa pulmonar, bulla, segmentectomía

92. Quilotorax após linfoma: Quando a suspeita não se confirma

T Belo, C António, J Correia, A Correia, B Dias, A Reis

CHTV

INTRODUÇÃO: O quilotorax deve-se a uma acumulação de linfa no espaço pleural, geralmente provocada por lesão/obstrução do ducto torácico. As principais etiologias a considerar são: traumática, iatrogénica (após procedimentos), infecciosa e neoplásica

CASO CLÍNICO: Descrevemos o caso de uma jovem do sexo feminino de 25 anos, com antecedentes de linfoma de Hodgkin mediastínico estadio IV-A (diagnóstico em 2021, e em remissão completa após quimioterapia desde 2022), em vigilância, medicada cronicamente com contraceptivo oral, que se apresentou no SU por dispneia de agravamento progressivo com 1 semana de evolução. À observação apresentava murmúrio vesicular abolido no hemitorax esquerdo. Analiticamente destacava-se PCR 8.45, DD 3098, sem outras alterações. O RXT mostrava hipotransparência de todo o campo pulmonar esquerdo. Foi submetida a toracocentese diagnóstica e evacuadora, constatando-se macroscopicamente conteúdo leitoso (tendo sido drenados aproximadamente 2L). A análise do líquido pleural apresentava predominio de mononucleares, pesquisa de quilomicrones positiva e triglicéridos de 1113. A citologia foi negativa para células neoplásicas.

Fez TC torax que mostrava uma massa mediastínica (dimensões 60 mmx 40 mm) em crescimento com calcificações no seu interior, mas metabolicamente pouco ativa em PET (SUV máx 4.3). Foi submetida a biópsia cirúrgica da respetiva massa e talcagem da cavidade pleural. A biópsia cirúrgica foi negativa para envolvimento por linfoma. A doente mantém-se atualmente em seguimento sem recidiva de quilotorax nem evidência de recidiva de doença por linfoma.

CONCLUSÃO: Está descrita a ocorrência de massas inflamatórias após tratamento de uma doença linfoproliferativa, salientando que tal achado não implica necessariamente a recidiva. Pretendemos com este exemplo reforçar a importância de uma avaliação cuidadosa e dos possíveis diagnósticos diferenciais, lembrando que, por vezes, a suspeita mais provável não

se confirma – traduzindo um desfecho mais favorável.

Palavras-Chave: quilotorax linfoma massa

93. Apneia Obstrutiva do Sono e Movimentos Periódicos dos Membros: um desafio clínico

T Machado; MM Castro; N Fernandes; A Fonseca; M Sá Marques; S Ferreira; R Marçôa; I Franco; R Monteiro; I Sanches; C Nogueira; D Machado; D Ferreira

Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

INTRODUÇÃO: A apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma condição prevalente, associada a múltiplas comorbilidades, cuja gestão e monitorização contínuas representam um desafio clínico.

DESCRIÇÃO: Doente masculino, 48 anos, antecedentes de hipertensão arterial e excesso ponderal (IMC de 27.4 kg/m²), foi referenciado à consulta de Apneia do Sono por roncopatia, apneias presenciadas durante o sono e hipersonolência diurna (escala de sonolência de Epworth de 13).

Realizou polissonografia nível III, inconclusiva por falhas nos registos, pelo que se avançou para polissonografia nível I. Esta confirmou SAOS grave (índice de apneia-hipopneia de 43.7/h) e revelou movimentos periódicos dos membros (PLMS) com índice de 55.6/h (com microdespertares 3.2/h; sem microdespertares 52.3/h).

Iniciou auto-CPAP (pressão entre 6-12 cmH₂O) com máscara nasal. Verificou-se adesão intermédia (~62%), sem benefício sintomático evidente, com queixas de desconforto com a interface, sintomas nasais e episódios de remoção inadvertida da interface durante a noite. A pressão foi reduzida, a interface alterada para máscara facial, iniciou corticosteroide nasal e realizou TC dos seios perinasais, que revelou hipertrofia inflamatória das mucosas.

Apesar das intervenções, a adesão agravou-se (~3%) e a hipersonolência diurna persistiu. O tratamento com auto-CPAP foi suspenso.

O doente foi avaliado em Estomatologia para possível adaptação de dispositivo de avanço mandibular (DAM), que foi contraindicada pelo risco de perda de peças dentárias. Foi também avaliado por Otorrinolaringologia, sem indicação cirúrgica.

Após revisão do caso, iniciou tratamento com gabapentina com aumento gradual da dose, devido ao elevado índice de PLMS. O doente tem cumprido a medicação e relata uma perceção de sono mais tranquilo, com melhoria na adesão ao auto-CPAP e redução das queixas de hipersonolência diurna.

CONCLUSÃO: Este caso clínico evidencia que os PLMS sintomáticos podem comprometer a adesão à terapêutica ventilatória, sendo que o seu tratamento adequado pode

contribuir para a melhoria dessa adesão. Reforça ainda a importância de uma abordagem multidisciplinar na gestão da síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) com comorbilidades associadas.

Palavras-Chave: apneia obstrutiva do sono, hipersonolência diurna, movimentos periódicos dos membros

94. Granulomas, parasitas e bactérias: as 3 faces de uma batalha imunológica

TF Pais, M Lagarto, E Paiva, C António, T Alfaro

ULS de Coimbra

INTRODUÇÃO: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica, com distribuição global. As manifestações clínicas resultam da acumulação de granulomas não necrotizantes, com aparecimento de sintomas ou achados incidentais, podendo evoluir para fibrose, principalmente pulmonar. A abordagem terapêutica baseada na corticoterapia tem sido a principal arma terapêutica usada para controlo progressivo desta patologia e estabilização sintomática, mas os imunossuppressores têm sido cada vez mais usados.

CASO CLÍNICO: Homem de 78 anos com diagnóstico de sarcoidose pulmonar estadio IV há 10 anos sob terapêutica com deflazacorte e metotrexato que apresentou disfonia, disfagia para líquidos e sólidos e sensação de corpo estranho com cerca de 5 anos de evolução. Foi observado por ORL e identificada uma lesão suspeita na epiglote, pelo que foi internado eletivamente para realização de biópsia dirigida em 2021. O estudo revelou pesquisa de DNA de *Leishmania* positivo, com o diagnóstico de Leishmaniose da corda vocal direita e epiglote. Dois meses depois, foi internado eletivamente para início de terapêutica com anfotericina B lipossómica e, durante esse internamento, foram realizadas biópsias incisionais de lesões cutâneas do membro superior direito, cujo exame histológico e cultura da amostra revelaram Botriomicose a *Staphylococcus aureus*. Iniciou tratamento com flucloxacilina oral, mas por agravamento das lesões com aumento dos sinais inflamatórios, foi necessário novo internamento para terapêutica endovenosa. Após estabilização clínica, foi decidida suspensão de metotrexato, mantendo corticoterapia oral. Apesar dessa medida, apresentou recidiva de Leishmaniose laríngea três anos depois, com necessidade de terapêutica de manutenção mensal com Anfotericina B. Mantém seguimento multidisciplinar em consultas de Pneumologia, ORL, Dermatologia e Infeciologia.

CONCLUSÃO: Apesar do recurso crescente a imunossuppressores no tratamento da sarcoidose, com bom controlo da inflamação e progressão da doença é fundamental manter a vigilância e suspeita clínica para o aparecimento de infeções oportunistas tendo em conta o grau de imunossupressão condicionado por estas

terapêuticas.

Palavras-Chave: Sarcoidose; Leishmaniose; Botriomicose; Imunosupressão

95. Tuberculose pulmonar: diagnóstico definitivo de uma lesão neoformativa “suspeita”

TF Pais, J Couto, M Lagarto, E Paiva, T Alfaro

ULS de Coimbra

INTRODUÇÃO: A tuberculose (TB) afeta milhões de pessoas a nível mundial, sendo a principal causa de morte infecciosa. É de primordial importância o diagnóstico precoce da doença para início célere do tratamento e redução da transmissão na comunidade e da morbimortalidade associadas.

CASO CLÍNICO: Homem de 68 anos com antecedentes pessoais de pneumonia necrotizante à direita e derrame pleural parapneumónico em 2014 e gastrectomia por neoplasia gástrica em 2001, que foi encaminhado à consulta de Pneumologia Geral por clínica prolongada de tosse seca, anorexia e astenia. A TC-Tórax revelou opacidade no lobo superior direito (LSD), já presente em 2014 mas com aumento dimensional, podendo traduzir patologia neoformativa intraparenquimatosa. Face à suspeita de tumor da cicatriz, foi pedida PET-18-FDG com identificação de densificação espiculada hipermetabólica no LSD com características de malignidade. Uma biópsia transtorácica (BTT) da lesão apresentava características de pleura hialinizada e fibroelastose, sem representação neoplásica. Posteriormente, face ao estudo analítico IGRA+, repetiu a BTT, novamente sem identificação de neoplasia ou microorganismos e exame cultural sem bacilos ácido-álcool resistentes (BAAR). Doente com agravamento clínico progressivo, com desenvolvimento de tosse produtiva mucopurulenta, dispneia para pequenos esforços e hipersudorese noturna. Mais tarde, o estudo bacteriológico de expectoração revelou-se novamente sem BAAR mas a pesquisa PCR de Mycobacterium tuberculosis complex foi positiva. Contactado o CDP, foi dada indicação para realizar nova pesquisa invasiva por videobroncofibroscopia (VBF), tendo o aspirado brônquico sido finalmente positivo (>10/campo) para M. tuberculosis complex. Iniciou esquema anti-tuberculose com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol, com boa evolução clínica e imagiológica.

CONCLUSÃO: A clínica e resultados imagiológicos da tuberculose podem mimetizar outras patologias, nomeadamente neoplasias ou outras doenças infecciosas. É necessário manter um alto nível de suspeição, mesmo na ausência de diagnóstico numa primeira abordagem, pois detetar e tratar precocemente a TB pode minimizar a cadeia de

transmissão e salvar vidas.

Palavras-Chave: Tuberculose, Neoplasia, Diagnóstico

96. Efeitos adversos imunomediados secundários ao Nivolumab com atingimento multiorgânico do trato gastro-intestinal

Sá T., Fernandes N., Machado T., Coutinho D., Silva E.

ULS Gaia-Espinho

INTRODUÇÃO: A imunoterapia, nomeadamente os inibidores de “checkpoint” (IC) como o nivolumab, têm sido cada vez mais usada no tratamento da neoplasia do pulmão. Apesar da sua eficácia, os IC estão associados a vários efeitos adversos imunomediados (EAI), com potencial de atingir qualquer órgão com níveis diferentes de gravidade.

DESCRIÇÃO: Indivíduo de 72 anos do sexo masculino com diagnóstico de carcinoma de células escamosas estadio IIIA em 2023, com progressão de doença após 2 ciclos quimioterapia e radioterapia prévia, encontrando-se sob esquema de 2º linha de tratamento com nivolumab, desde Fevereiro de 2024.

Em Setembro de 2024, o doente apresentou-se no serviço de urgência com queixas de anorexia, perda ponderal de 3kg em 2 meses e dejeções diarreicas sem sangue ou muco.

Constatou-se elevação das enzimas hepáticas com padrão colestático (aspartato transaminase [AST] 116 U/L, alanina transaminase [ALT] 111 U/L, fosfatase alcalina [FA] 1402 U/L, gama glutamil-transferase [GGT] 1866 U/L, bilirrubina total 1.3 mg/dL), elevação de INR de 2.02, associado a dilatação da via biliar comum e vias biliares intra-hepáticas com espessamento difuso e realce das suas paredes, edema periportal e ascite de pequeno volume, em TC abdominal.

Do estudo etiológico da diarreia, realizaram-se coproculturas, como também testes por PCR para deteção de vírus (incluindo citomegalovírus) e pesquisa de toxinas de Clostridium difficile, todos com resultado negativo. A colonoscopia não revelou lesões macroscópicas e a endoscopia digestiva alta com biópsias gástricas mostrou gastrite linfocítica com apoptose das criptas, sugestiva de gastrite imune-mediada secundária ao nivolumab.

Mediante a suspeita de efeitos adversos secundários ao nivolumab, este foi suspenso e iniciada prednisolona 40mg/dia e ácido ursodesoxicólico, com melhoria dos sintomas e alterações analíticas supracitadas. Assim, segundo os Critérios Comuns de Terminologia para Efeitos Adversos constatou-se atingimento multiorgânico com colangite imuno-mediada de grau 3, acompanhada de hepatite, colite e gastrite de grau 1.

CONCLUSÃO: O atingimento multiorgânico por EAIs é raro,

como também a colangite induzida por IC. A ocorrência de EAls pode ser grave e condicionar a utilização dos IC, pelo que o seu reconhecimento precoce e tratamento são essenciais.

Palavras-Chave: Imunoterapia; Neoplasia do pulmão; efeitos adversos

97. Fístula esófago-pleural espontânea - uma entidade rara

Sá T., Machado T., Fernandes N., Mesquita P., Alves C., Ribeiro C., Shiang T., Vanzeller M., Conde S., Silva E.

ULS Gaia-Espinho

INTRODUÇÃO: A fístula esófago-pleural é uma entidade incomum, habitualmente de etiologia neoplásica ou infecciosa, podendo raramente ocorrer espontaneamente.

DESCRIÇÃO: Sexo feminino, 89 anos, apresentou-se ao serviço de urgência com quadro subagudo de astenia, anorexia, tosse produtiva e agravamento do grau de dependência. Do estudo complementar constatou-se aumento dos parâmetros inflamatórios e hidropneumotórax de grande volume à direita com trajeto associado para o esófago torácico distal na tomografia computadorizada (TC) torácica.

Neste contexto realizou-se endoscopia digestiva alta que confirmou a presença de fístula esofágica, sem evidência de neoplasia associada, procedendo-se à colocação de prótese metálica. Foi também realizada toracocentese diagnóstica, com documentação de empiema, tendo-se colocado dreno torácico pigtail e iniciada piperacilina-tazobactam empiricamente.

Inicialmente verificou-se isolamento de *Candida albicans* sensível ao fluconazol, pelo que este foi iniciado. Não se verificaram outros isolamentos, como também achados sugestivos de malignidade no líquido pleural. Foi documentada fuga peri-prótese em TC com contraste oral, motivando colocação de 2º prótese. Constatou-se melhoria progressiva do empiema e ausência de fuga esofágica, permitindo a remoção do dreno torácico e conclusão: do esquema de antibioterapia.

Apesar da evolução positiva descrita, verificou-se recorrência do derrame pleural direito e de fuga peri-prótese, pelo que se procedeu a nova colocação de dreno torácico, com constatação de novo empiema, com isolamento de *Candida albicans* e de *Campylobacter Curvus* sensível à ciprofloxacina, motivando reinício de antibioterapia dirigida. Face à recorrência da fístula peri-prótese, realizou-se remoção das próteses previamente colocadas, com posterior colocação de nova prótese esofágica em 2º tempo. Com as medidas descritas e antibioterapia dirigida, verificou-se melhoria progressiva, com resolução da infeção pleural e da fístula esófago-pleural.

CONCLUSÃO: Este caso reflete uma etiologia rara de

fístula esófago-pleural, com isolamento microbiológico raro e demonstra a complexidade e necessidade de gestão multidisciplinar destes casos.

Palavras-Chave: fístula esófago-pleural; empiema

98. Asthma Controlled, Psoriasis Unleashed: A Tale of Two Cytokine Pathways

V Maione, H Cabrita, C Lopes, A Mendes, P Pinto

ULS Santa Maria

Introduction: Dupilumab, an IL-4R α antagonist, is effective for severe type 2 asthma but may rarely induce paradoxical immune reactions such as psoriasis exacerbation and inflammatory arthritis. Management of these complications remains challenging. We report a case of paradoxical psoriasis worsening and new inflammatory arthralgia following dupilumab initiation, with clinical improvement after switching to tezepelumab.

Clinical Case: A 55-year-old woman with a history of allergic eosinophilic asthma, atopic dermatitis, gastroesophageal reflux disease, and psoriasis presented with poorly controlled asthma despite treatment with Enerzair Breezhaler®, desloratadine, montelukast, pantoprazole, and topical psoriasis therapies. Diagnosed with severe type 2 asthma, she started dupilumab in November. Within two months, she developed progressive worsening of psoriatic plaques and inflammatory arthralgia involving knees, elbows, and ankles. She also reported intermittent temporal headaches. Rheumatology assessment excluded giant cell arteritis. Laboratory evaluation suggested a seronegative inflammatory arthropathy. Given the temporal relationship and symptom profile, dupilumab was discontinued, and treatment with tezepelumab was initiated. Following the switch, the patient experienced improvement in both cutaneous and joint symptoms, with better asthma control.

Conclusion: This case illustrates the potential for paradoxical psoriasis exacerbation and inflammatory arthralgia in patients treated with dupilumab for severe asthma, particularly those with pre-existing psoriatic disease. Switching to tezepelumab may offer a therapeutic alternative that mitigates these immune-mediated adverse effects while maintaining asthma control. Multidisciplinary evaluation is essential for optimal management of such complex cases.

Palavras-Chave: dupilumab, biologics, asthma, psoriasis

99. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES EN LA EVALUACIÓN DEL RIESGO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDAD DEL COLÁGENO

AG Salazar, AM Martín, EC Prieto, T Clavero, J Moreiras, A Sánchez, E Curto, S Cadenas

Hospital de Salamanca

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) asociada a enfermedades del tejido conectivo (HAP-ETC) tienen peor pronóstico que otros subtipos del grupo 1.

El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias en la estratificación del riesgo entre los pacientes con HAP-ETC y el resto (HAP no ETC) al diagnóstico y durante el seguimiento.

Materiales y Métodos:

Estudio retrospectivo con reclutamiento consecutivo de pacientes con HAP, confirmado mediante cateterismo cardíaco derecho, desde enero de 2012 a diciembre de 2017.

Los pacientes con diagnóstico previo de esclerosis sistémica y formas relacionadas fueron sometidos a cribado de HAP.

Para la evaluación del riesgo se empleó el modelo de 3 estratos (guías ESC/ERS 2015).

RESULTADOS: Se incluyeron 55 pacientes con HAP: 62% mujeres; edad media 59 ± 16 años; 23 tenían HAP-ETC (9 esclerosis sistémica limitada, 6 esclerosis sistémica difusa, 4 lupus eritematoso sistémico, 1 artritis reumatoide, 1 enfermedad mixta del tejido conectivo, 1 síndrome antisintetasa y 1 síndrome de Sjögren).

En la evaluación basal (tabla 1), solo se encontraron diferencias significativas en el tiempo hasta el diagnóstico (HAP-ETC $8,39$ meses $\pm 8,36$; HAP no ETC $17,16$ meses $\pm 16,47$; $p = 0,024$) y la DLCO (HAP-ETC $48,2\% \pm 18,48$; HAP no ETC $60,07\% \pm 17,77$; $p = 0,011$).

Los cambios de nivel de riesgo detectados durante el seguimiento se muestran en el Gráfico 1. Durante el seguimiento fallecieron 8 pacientes, (21.7% HAP-ETC y 9.4% HAP no ETC), 4 por enfermedad pulmonar intersticial difusa concomitante y 2 por HAP avanzada.

CONCLUSIONES:

- En esta serie, los pacientes con HAP-ETC se diagnostican más precozmente fruto del cribado sistemático y presentan una peor capacidad de difusión.

- La presencia de enfermedad pulmonar concomitante puede haber contribuido a una mayor mortalidad en el grupo de HAP-ETC.

- La mayoría de los pacientes con HAP-ETC en situación basal de riesgo intermedio mejoran o mantienen su situación, lo que puede atribuirse a una intervención terapéutica más precoz fruto del cribado.

Palavras-Chave: Hipertensión Pulmonar, Enfermedades del Colágeno

100. TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CON ASISTENCIA RESPIRATORIA

AG Salazar, S Rodríguez, EC Prieto, AM Martín, T Oria, MR Bartol, A Sánchez, E Curto, S Jodra

Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN: El transporte intrahospitalario (TIH) de pacientes con soporte respiratorio (SR) continuo, puede ser necesario para pruebas diagnósticas o intervenciones, e implica riesgos de complicaciones o deterioro clínico, lo que puede prolongar la estancia hospitalaria. Los eventos adversos (EA) más comunes son el aumento del trabajo respiratorio y la inestabilidad hemodinámica. Para prevenirlos, se requiere una planificación adecuada, monitorización continua, equipamiento necesario y personal capacitado.

Objetivo: Analizar los TIH de los pacientes con SR, los motivos más frecuentes y la incidencia de EA durante los mismos.

METODOLOGÍA: Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes de la Unidad de Ventilación del Hospital Universitario de Salamanca que han precisado TIH con SR entre octubre de 2024 y marzo de 2025.

RESULTADOS: Se realizaron 36 TIH en 24 pacientes diferentes: 18 pacientes (75%) precisaron un solo desplazamiento y 6 pacientes (25%) dos o más. Las patologías de base más frecuentes de los 36 TIH fueron: neuromuscular ($n=12$, 33.3%), oncohematológica ($n=10$, 27.7%), infecciosa ($n=5$, 13.8%) y agudización de EPOC ($n=4$, 11.1%). El origen más habitual fue el Servicio de Neumología ($n=22$, 61%) seguido por Hematología ($n=10$, 27%). Los destinos y motivos de TIH se exponen en la Tabla 1.

En todos los TIH el SR fue el mismo que ya recibía el paciente. El más frecuentemente empleado fue la oxigenoterapia de alto flujo ($n=21$, 58.3%), siendo preciso en todos estos casos cambiar el equipo por uno con batería disponible. El segundo más utilizado fue la ventilación no invasiva ($n=9$, 25%) y en último lugar la ventilación por traqueostomía ($n=6$, 16.6%).

Hubo 7 EA totales entre todos los TIH (19,4%). La desaturación grave se produjo en 6 pacientes (85,7%) que se resolvió con ajuste de parámetros del dispositivo, y en algunos casos con acciones adicionales, como cambiar el tipo de SR. Además, en uno de los TIH (14,3%) se dio un caso de taquicardia. La información acerca de los EA se resume en la Tabla 2. En ningún caso fue preciso suspender el procedimiento a realizar.

Todos los TIH contaron con la presencia de un médico de la Unidad de Ventilación.

CONCLUSIONES: El TIH del paciente con SR es habitual en esta Unidad de Ventilación y supone un consumo importante de tiempo y recursos materiales y humanos.

Palavras-Chave: Transporte intrahospitalario, soporte respiratorio

101. Caracterização do FEV₁Q na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

A Andrade, PV Almeida, AR Pereira, V Fernandes

ULS Região de Aveiro

INTRODUÇÃO: O FEV₁Q é um índice espirométrico obtido pela razão do FEV₁ pelo valor estandardizado dependente do sexo correspondente ao primeiro percentil da distribuição do FEV₁ em doentes com doença respiratória crónica.

O FEV₁Q parece ser superior que o FEV₁ e FVC em prever o declínio da função pulmonar, mortalidade e exacerbações, principalmente em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Valores próximos de 1 apresentam maior risco de mortalidade.

Objetivo: Caracterizar o FEV₁Q de uma amostra de doentes com DPOC; avaliar a relação entre FEV₁Q e o risco de exacerbações.

MÉTODOS: Análise retrospectiva de parâmetros demográficos e função respiratória de 39 doentes com DPOC seguidos em consulta de Pneumologia de um hospital distrital. Foram incluídos doentes com DPOC de etiologia ambiental (FEV₁/FVC pós broncodilatação < 0.7). Foram contabilizadas as exacerbações ocorridas nos 24 meses subsequentes às provas de função respiratória.

RESULTADOS: A idade média foi 69.5 anos (\pm 10), com predomínio do sexo masculino (n=33, 84.6%). Relativamente aos hábitos tabágicos, 41% dos doentes mantinha hábitos tabágicos e 46.2% eram ex-fumadores. A maioria dos doentes apresentava gravidade de obstrução GOLD 2 (n=24, 61.5%), seguindo-se GOLD 3 (n=10, 25.6%), GOLD 1 (n=4, 10.3%) e GOLD 4 (n=1, 2.6%).

O FEV₁Q médio foi 3.3 (mínimo 1.48; máximo 7.14). Verificou-se um FEV₁Q médio inferior nos doentes com exacerbações (2.8 vs. 3.6 nos doentes não exacerbadores; p=0.024). O mesmo se verificou nas exacerbações com necessidade de hospitalização (FEV₁Q médio de 2.5 nos doentes com hospitalização por exacerbação de DPOC vs. 3.6 nos não hospitalizados - sem exacerbações ou com exacerbação sem necessidade de hospitalização; p=0.006). O tempo médio de seguimento em meses foi semelhante (23 vs. 22.9 nos doentes não exacerbadores; p=0.95), 7 doentes (18%) não completaram 24 meses de seguimento.

CONCLUSÃO: Verificou-se que valores mais baixos de FEV₁Q estão associados a maior risco de exacerbações, tal como já descrito na literatura.

Apresentam-se como principais limitações a amostra reduzida e o tempo variável de seguimento. No entanto, o FEV₁Q parece ser uma ferramenta útil na estratificação de risco e decisão terapêutica, permitindo medidas terapêuticas mais robustas e seguimento mais rigoroso

em doentes selecionados.

Palavras-Chave: FEV₁Q, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

102. Pneumonia Lipóide: A experiência de um centro

A Lira, F Guimarães, M Lúcio, F Modesto, N Melo, P Mota, H Novais-Bastos, A Terras, D. Coelho, S Guimarães, C Souto-Moura, A carvalho, A Morais

Hospital de Santa Marta

A pneumonia lipóide é uma entidade rara, definida pela acumulação de lípidos nos espaços alveolares. Pode ser classificada como: exógena, por inalação ou aspiração de substâncias lipídicas; ou endógena, por acúmulo de lípidos produzidos localmente, geralmente associado a obstrução brônquica, neoplasias pulmonares ou doenças pulmonares crónicas.

A apresentação clínica é inespecífica, variando com a etiologia, o tipo e a quantidade de lípido, a extensão do envolvimento pulmonar e a presença de infeção secundária. Casos assintomáticos não são incomuns, sendo o diagnóstico, por vezes, incidental, através do estudo histopatológico de peças cirúrgicas ressecadas por outras indicações.

Neste estudo, foram analisadas todas as biópsias pulmonares com diagnóstico histológico de pneumonia lipóide, registadas na base de dados do centro hospitalar entre 1997 e 2024. Identificaram-se 10 biópsias correspondentes a 8 doentes (3 homens e 5 mulheres), com idades entre 19 e 75 anos.

Cinco apresentavam sintomatologia respiratória (dispneia e tosse seca), associada a alterações imagiológicas sugestivas: áreas de consolidação, opacidades em vidro despolido de distribuição difusa ou multilobar, por vezes com atenuação de gordura, e espessamento septal. Nestes casos, a biópsia foi realizada no contexto de investigação de doença pulmonar difusa.

Dois casos foram diagnosticados incidentalmente em peças cirúrgicas ressecadas por neoplasia pulmonar (forma endógena pós-obstrutiva). Um doente apresentava pneumonia lipóide endógena associada a doença genética de depósito (Doença de Niemann-Pick). Em três casos foi identificada uma etiologia exógena, relacionada com exposição a substâncias oleosas ou refluxo gastroesofágico crónico. Em dois destes, o LBA revelou conteúdo lipídico abundante.

CONCLUSÃO: O diagnóstico de pneumonia lipóide requer elevado grau de suspeição clínica, bem como a identificação de fatores predisponentes e alterações imagiológicas. A confirmação diagnóstica depende do exame histológico. A distinção entre formas endógena e exógena tem implicações etiopatogénicas e terapêuticas.

Palavras-Chave: pneumonia lipóide, biopsia pulmonar, inalação de lípidos, etiologia endógena e exógena

103. Insights into OSA Diagnosis and Treatment Decision Making in a hypertension population

S Lopes; M van Zeller ; H Silva; M Fonseca; R Ribeiro; D Ferrão; M Capelas; L Silva; M Drummond

ULS Cova da Beira

BACKGROUND: OSA is an independent risk factor for cardiovascular disease and a recognized cause of hypertension, in a dose-response fashion. Current hypertension guidelines suggest that OSA should be considered in the diagnosis work up of difficult to control hypertension.

OBJECTIVES: To characterize patients with hypertension referred to sleep clinics and to analyse the relation between symptoms, cardiovascular risk, polysomnographic variables and treatment decision.

METHODS: Patients followed in an hypertension clinic and to sleep clinics, between January 2022 and June 2023, were retrospectively analysed. Clinical and polysomnographic data were revised from medical records. OSA typical presentation was defined as having: snoring and witnessed apneas with an Epworth score of ≥ 11 ; cardiovascular risk was calculated using the SCORE2 algorithm. Decision to initiate treatment and treatment options were collected. Data was conducted in SPSS Statistics version 29.

RESULTS: Seventy-six hypertensive patients were analysed (53.9% female) with a mean age of 55.8 years and mean BMI of 30.8 kg/m² (53.9% obese; 30.8% overweight). The most frequent symptoms were snoring (92.1%), morning headache (43.4%) and nocturia (34.2%). Overall, 14.5% of patients had typical presentation and 2.6% were asymptomatic. The three most frequent comorbidities were dyslipidaemia (59.2%), diabetes (25%) and respiratory diseases (15.8%). OSA was diagnosed in 80.3%, 44.8% moderate to severe grade. Median ODI was 14.0/h and mean T90 was 1.3%. A T90 0.50% and an ODI 5.5/h predicted OSA diagnosis. Patients with obesity presented lowest oxygen saturation and highest T90 and ODI. Treatment was initiated in 57.8% patients, 46% with PAP and 11.8% with positional therapy. 51.3% of patients had a high to very high cardiovascular risk, using the SCORE2 algorithm. This variable, as well as typical presentation, did not have an impact on the treatment decision, but the IAH index did.

CONCLUSION: Almost all hypertension patients referred for sleep clinics were diagnosed and treated for OSA.

The most common symptoms were snoring, morning headaches and nocturia. In this population of hypertensive patients, the respective cardiovascular risk or any other

comorbidity did not impact the decision to treat.

Palavras-Chave: obstructive sleep apnea; hypertension

104. Doença invasiva pneumocócica: notificação e vacinação num concelho do norte de Portugal

DI Campos, L Lobo, MJ Barbosa, CF Marques

Unidade Local de Saúde de Braga

INTRODUÇÃO: A doença invasiva pneumocócica (DIP) é uma entidade grave, de notificação obrigatória, que apresenta elevadas taxas de mortalidade e custos associados ao seu tratamento. Afeta sobretudo crianças e indivíduos com mais de 65 anos e/ou com condições de risco para a doença. A vacinação afigura-se como a principal estratégia de prevenção.

OBJETIVOS: Descrição de casos notificados de DIP em adultos residentes num concelho do norte de Portugal e avaliação da respetiva cobertura vacinal antipneumocócica.

Métodos: Estudo retrospectivo das notificações do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica entre 2022 e 2024. Análise descritiva, com base no inquérito epidemiológico (IE) e avaliação da cobertura vacinal de acordo com as recomendações atuais.

Resultados: Foram notificados 38 casos de DIP (8 em 2022 e 2023 e 22 em 2024). 57,9% tinham idade ≥ 65 anos e 94,7% necessitaram de internamento. No total, 25 casos (65,8%) apresentavam pelo menos uma condição de risco para a doença. Relativamente ao estado vacinal, 11 casos (28,9%) tinham registo de uma ou mais doses de vacina antipneumocócica e pelo menos 7 (63,6%) apresentavam esquema vacinal incompleto, de acordo com os registos do IE. Destaca-se que 4 dos 6 indivíduos elegíveis para vacinação gratuita não tinham registo de qualquer inoculação.

CONCLUSÃO: O aumento substancial dos casos notificados de DIP no ano de 2024 pode estar parcialmente associado à atual monitorização das bacteriemias pelo hospital de referência, sugerindo uma provável subnotificação da doença e da sua magnitude. A análise descritiva vai de encontro ao descrito na literatura, evidenciando maior incidência nos idosos, associação a condições de risco e necessidade de internamento. Apesar da ampla evidência relativamente às recomendações e eficácia da vacinação, a cobertura vacinal antipneumocócica permanece baixa. Salientam-se como limitações do estudo o tamanho amostral reduzido bem como um viés de informação, já que o uso estrito da informação dos IE terá, provavelmente, implicações na qualidade e completude da informação obtida. Este estudo sublinha a importância da DIP e de um sistema de vigilância epidemiológico robusto. Evidencia também a relevância da promoção de estratégias de adesão à vacinação,

especialmente nos grupos de risco, de forma a mitigar o impacto da doença.

Palavras-Chave: Infecções pneumocócicas; Adulto; Vacinação pneumocócica; Vigilância epidemiológica em Saúde Pública.

105. Fall risk in chronic respiratory patients: implications for pre-rehabilitation screening

E Almeida, F Fernandes, M Tavares, B Bem, JM Silva, L Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda

BACKGROUND: Chronic respiratory patients (CRP) often exhibit deconditioning and muscle weakness, leading to balance, coordination, and mobility limitations that increase fall risk. Falls are common and have a serious impact, making it essential to identify individuals at risk. Functional mobility and fall risk can be efficiently assessed using the validated Timed Up and Go (TUG) test; a TUG time >13.5 seconds is commonly used to define high fall risk.

Methods: We conducted a retrospective cohort study of adult CRP assessed before starting an outpatient pulmonary rehabilitation program. The aim was to evaluate balance and explore clinical and functional differences between patients with and without high fall risk. Data were extracted from medical records and included demographic and clinical variables, as well as functional assessments: exercise capacity via six-minute walk distance (6MWD), respiratory symptoms via the St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), and anxiety and depression symptoms via the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Balance was assessed using the TUG test, with high fall risk defined as TUG >13.5 seconds. Patients were categorized by fall risk status. Descriptive and inferential statistics were applied to compare groups comparisons and to identify predictors of TUG time. Significance was set at $p < 0.05$.

RESULTS: Fifty patients were enrolled (38 male, mean age 69.7 ± 9.1 years); 70% had COPD. Mean TUG time was 10.2 ± 4.6 seconds, and 36% ($n=18$) had high fall risk. At-risk patients were older (72.7 vs. 68.1 years, $p=0.04$) and had lower 6MWD ($309m$ vs. $420m$, $p=0.004$). No differences were found for sex, long-term oxygen therapy (LTOT), SGRQ, or HADS scores. Regression analysis identified 6MWD as the only significant predictor of TUG time ($B = -0.023$, $p < 0.001$). The model was significant ($F=3.27$, $p = 0.005$) and explained 42.4% of the variance in TUG. Other variables were not significant predictors.

CONCLUSION: In this cohort, over one-third of CRP had high fall risk. Lower exercise capacity was the only independent predictor of impaired mobility, highlighting the importance of maintaining physical performance to reduce fall risk, thus supporting the integration of balance assessments into pre-rehabilitation program

evaluations.

Palavras-Chave: pulmonary rehabilitation, balance, fall risk

106. Functional gains after pulmonary rehabilitation in chronic respiratory disease

E Almeida, F. Fernandes, M Tavares, G. Lopes, JM Silva, L Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda

BACKGROUND: Chronic respiratory diseases such as COPD and interstitial lung disease (ILD) are associated with reduced exercise tolerance, impaired mobility, and decreased quality of life. Pulmonary rehabilitation (PR) is an intervention that improves functional status and symptoms, yet practical tools remain essential to assess its effectiveness on everyday functional tasks. Simple field-tests like the 1-minute Sit-to-Stand (STS) and Timed Up and Go (TUG) offer practical measures of lower-limb strength and mobility, but their responsiveness to PR in mixed respiratory populations warrants further investigation. The present study aimed to evaluate changes in functional mobility, measured by the 1-minute STS and TUG tests, before and after a 12-week hospital-based outpatient PR program in patients with chronic respiratory disease.

METHODS: We conducted a retrospective analysis of adult patients with chronic respiratory disease referred to a 12-week PR program. Functional mobility was assessed before and after the program using the 1-minute STS and TUG tests. Wilcoxon signed-rank tests were used for paired comparisons. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results: Fifty patients completed the program (38 male, mean age 69.7 ± 9.1 years) Diagnoses included COPD (70%) and ILD (30%, mainly silicosis). Sit-to-Stand performance improved by a median of 2 repetitions (IQR 1-3, $Z = 4.84$, $p < .001$, $r = 0.69$); while below the minimal clinically important difference threshold of 3, this change was clinically meaningful in a substantial proportion of patients. TUG time reduced by a median of 1.39 seconds (IQR -4.40 to -0.34, $Z = -5.40$, $p < .001$, $r=0.76$), exceeding the minimal clinically important difference. Both results indicate large, clinically relevant functional gains.

CONCLUSION: Pulmonary rehabilitation led to statistically and clinically meaningful improvements in functional capacity among patients with chronic respiratory disease. Improvements in mobility and lower-limb strength were evident through changes in simple field tests such as the 1-minute STS and TUG, highlighting their utility in assessing rehabilitation outcomes in routine clinical practice.

Palavras-Chave: pulmonary rehabilitation, functional mobility

107. Do AI Chatbots have a readable speech on Narcolepsy questions?

F Henriques, JJ Ribeiro, C Costa, C Santos, AR Martins, AC Gameiro, S. Silva

ULS Região de Leiria

INTRODUCTION: Narcolepsy is characterized by excessive daytime sleepiness, frequent uncontrollable sleep attacks, sleep fragmentation and can be associated with cataplexy, sleep paralysis, and hypnagogic hallucinations. This pathology is poorly recognized by the general population. The integration of large language models in sleep medicine may improve patient access to information.

OBJECTIVE: Evaluate readability of answers given by ChatGPT, Gemini and Perplexity on narcolepsy-related questions.

METHODS: The authors elaborated 28 questions about narcolepsy and presented them to ChatGPT, Gemini and Perplexity. Six validated readability measures were used: Gunning Fog Index (GFI), Coleman-Liau Index (CLI), Flesch-Kincaid Grade Level (FKGL), Automated Readability Index (ARI), SMOG Index, and Flesch Reading Ease (FRE).

RESULTS: Significant differences were found in the GFI and SMOG scores between ChatGPT and Perplexity (GFI: 15.46, SD 1.90, vs 17.83, SD 3.62, $p=0.003$; SMOG: 14.07, SD 1.29, vs 15.29, IQR 4.00; $p=0.027$), as well as between Gemini and Perplexity (GFI: 14.91, SD 1.87, vs 17.83, SD 3.62, $p<0.001$; SMOG: 13.79, SD 1.30, vs 15.29, IQR 4.00, $p=0.003$), with Perplexity's content requiring a more advanced reading level. For FKGL and ARI, there was a significant difference between Gemini and Perplexity (FKGL: 11.89, SD 1.73, vs 14.44, IQR 4.85, $p=0.002$; ARI: 11.80, SD 2.23, vs 13.39, IQR 6.85, $p=0.011$), with the text of Perplexity requiring a higher reading level. In contrast, no statistically significant differences were observed between the chatbots for the CLI ($p = 0.094$). Based on FRE, the texts produced by the chatbots were generally categorized as difficult to very difficult to read. There were significant differences between ChatGPT and Perplexity (32.65, SD 8.08, vs 24.72, SD 12.42, $p=0.010$), and Gemini and Perplexity (35.48, SD 8.41, vs, 24.72, SD 12.42, $p<0.001$), with Perplexity showing lower readability.

CONCLUSION: Based on GFI, CLI, FKGL, ARI, and SMOG, all chatbots required an advanced reading level (ranging from high school to college) to understand the response texts, with Perplexity showing lower readability in five metrics. A limitation was identified regarding text accessibility, as the readability of the responses did not align with the recommended standards for health information.

Palavras-Chave: AI Chatbots, Narcolepsy, Readability

108. Qualidade do Sono em Doentes com Cancro do Pulmão: Aplicação do Índice de Pittsburgh

MM Castro, D Ferreira; F Nascimento; A Barroso; D Ferreira; A Fonseca, I Sanches

ULSGE

INTRODUÇÃO: A má qualidade de sono é altamente prevalente entre os doentes com cancro do pulmão. O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) é um instrumento validado e amplamente utilizado para avaliar subjetivamente a qualidade do sono, permitindo identificar padrões de perturbação e orientar intervenções clínicas.

Objetivo: Avaliar a qualidade do sono numa amostra de doentes com cancro do pulmão e identificar fatores associados a pior qualidade de sono.

Métodos: Entre dezembro de 2024 e janeiro de 2025, doentes seguidos em consulta de Pneumologia Oncológica foram convidados a preencher o PSQI. Considerou-se baixa qualidade de sono uma pontuação >5 . Os dados clínicos foram recolhidos posteriormente. A associação entre variáveis categóricas e a pontuação média do PSQI foi analisada com o teste t de Student ($p<0,05$).

RESULTADOS: A amostra incluiu 84 doentes, maioritariamente do sexo masculino (70,2%), com idade média de 67,5 anos ($\pm 10,39$). A maioria dos doentes era ex-fumadora (72,6%) e apresentava um ECOG <2 (92,9%). O adenocarcinoma foi o subtipo mais frequente (70,2%), seguido do CPNPC não diferenciado (8,3%). Mais de metade apresentava doença avançada (53,6%). Quanto ao tratamento, 66,7% estavam sob terapêutica ativa, 23,8% em vigilância, 8,3% aguardavam início de tratamento e 1,2% recebiam cuidados de suporte. As terapêuticas mais utilizadas foram quimioterapia (20,2%), imunoterapia (17,9%), TKI (10,9%) e quimioterapia + imunoterapia (10,9%). Cerca de 9,5% tinham diagnóstico de patologia do sono e 32,1% estavam sob medicação hipnótica.

Verificou-se que 72,6% apresentavam má qualidade de sono, destacando-se os componentes "distúrbios do sono" e "latência do sono" como os mais afetados. A pontuação média do PSQI foi de 7,88. Não se observaram associações significativas entre a qualidade do sono e sexo, idade (<65 vs. ≥ 65 anos), ECOG (<2 vs. ≥ 2), extensão da doença (avançada vs. não avançada), tratamento ativo ou diagnóstico prévio de patologia do sono. Os doentes sob medicação hipnótica apresentaram qualidade de sono significativamente inferior.

CONCLUSÃO: A má qualidade do sono é altamente prevalente nesta população. Destaca-se a importância da avaliação sistemática da qualidade do sono e da revisão regular das estratégias terapêuticas, sobretudo em doentes sob hipnóticos.

Palavras-Chave: Cancro do pulmão; Sono

109. Doença intersticial pulmonar na imunodeficiência comum variável

R Armindo, T Freitas, P Ferreira, F Regateiro, A Todo Bom, E Faria

ULS E TEJO

INTRODUÇÃO: A imunodeficiência comum variável (IDCV) é a forma mais prevalente de imunodeficiência primária de anticorpos. A percentagem de doentes com IDCV que apresentam Doença Pulmonar Intersticial (DPI) ronda os 10 a 20%. A mais frequente é a Doença pulmonar intersticial granulomatosa linfocítica (GLILD), seguida de outras, como a Pneumonia organizativa (OP).

DESCRIÇÃO: Caracterização dos doentes com IDCV e suspeita/diagnóstico de DPI observados regularmente no Serviço de Imunoalergologia da Unidade Local de Saúde Coimbra. Estudo retrospectivo do registo clínico, radiológico e imunológico dos doentes com IDCV e DPI.

Dos 37 doentes com IDCV, 6 doentes (16%), foram identificados com possível quadro de DPI (4 doentes com GLILD e 2 com OP), tendo 3 deles diagnóstico efetivo (2 com GLILD e 1 com OP). A idade de diagnóstico variou dos 6 meses até aos 73 anos (média 31 anos) e 4 são mulheres. À data do diagnóstico 4 doentes apresentavam fenótipo linfoproliferativo, dois bronquiectasias, três citopenias e dois com infeção por *H. pylori* e/ou *Campylobacter*. As provas de função respiratória apresentavam-se maioritariamente normais, mas com a capacidade de difusão de monóxido de carbono (DLCO) diminuída, média 62%. Um doente com OP realizou tratamento com corticoterapia e imunossupressão, 2 doentes efetuaram ciclo de corticoterapia, encontrando-se estáveis e sem recorrência da DPI. Dois encontram-se ainda em estudo.

CONCLUSÃO: Destaca-se a importância do diagnóstico precoce de IDCV pelo seu envolvimento multissistémico, particularmente o envolvimento pulmonar pela sua elevada prevalência. É também relevante sublinhar a importância da monitorização de DPI, através do controlo periódico de DLCO e tomografia computadorizada torácica nos doentes com o diagnóstico de IDCV. Foi identificada uma percentagem de doentes com doença pulmonar condizente com a literatura atual.

Palavras-Chave: Imunodeficiência, Doença intersticial pulmonar

110. Sarcoidose Pulmonar e Apneia do Sono: Impacto da Terapêutica com Pressão Positiva

R Armindo, N Lopes, T Costa

ULS COIMBRA

INTRODUÇÃO: A sarcoidose é uma doença inflamatória crónica, caracterizada pela formação de granulomas não caseosos, que afeta predominantemente o parênquima pulmonar. O envolvimento pulmonar continua a ser a principal causa de morbilidade a longo prazo. Nos

últimos anos, tem-se reconhecido a elevada prevalência de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) nestes doentes, o que levanta questões sobre a abordagem respiratória integrada.

OBJETIVO: Analisar a influência da terapia da pressão positiva na evolução da função pulmonar nos doentes com sarcoidose, acompanhados num Centro de Medicina do Sono e em Consulta de Doença do Interstício num período de tempo de 12 meses (ano de 2024).

Métodos: Estudo retrospectivo por análise dos processos dos doentes com diagnósticos concomitantes de sarcoidose e SAOS, a cumprir terapia de pressão positiva com adesão acima de 4 horas/noite e, pelo menos 6 meses de terapia. Foram analisadas as espirometrias

(nomeadamente através do FEV1) realizadas antes da instituição de terapia de pressão positiva e as últimas espirometrias disponíveis no follow-up.

RESULTADOS: Foram analisados os dados de 32 doentes, com média etária de 58 anos e predomínio do sexo masculino (n=55%). Os doentes apresentavam maioritariamente sarcoidose em estágio II (41%) e todos se encontravam a cumprir terapia de pressão positiva dentro dos critérios estabelecidos. A gravidade da SAOS variou entre ligeira (34%), moderada (28%) e grave (38%), com um índice de Apneia-Hipopneia (IAH) médio de 23,4 eventos/hora. A análise dos valores de FEV1 antes e após implementação da terapêutica (média de 6 meses, até 1 ano) revelou uma diferença estatisticamente significativa (p=0,0096), com valores médios de 2,66 L e 2,52 L, respetivamente. A estratificação por estágio de sarcoidose e gravidade da SAOS não revelou diferenças funcionais.

CONCLUSÃO: Globalmente verificou-se um agravamento da função pulmonar. Embora os valores revelem uma diminuição, é importante considerar que se trata de medições realizadas em contexto clínico variável, não tendo sido avaliada sintomatologia ou intercorrências. Mais estudos são necessários para clarificar o impacto desta intervenção.

Palavras-Chave: sarcoidose, apneia do sono, pressão positiva

111. Desafiar os Limites: Pirfenidona na Fibrose Pulmonar Idiopática com Função Conservada

PV Carreira, MJ Pacheco

ULS Matosinhos

INTRODUÇÃO: A Pirfenidona está aprovada para tratamento da FPI com FVC [50%,80%]. O Formulário Nacional do Medicamento indica a suspensão aquando do declínio da FVC $\geq 10\%$ em 12 meses.

Contudo, há vantagem do tratamento de doentes com

FVC \geq 80% e, mesmo após declínio \geq 10%, a manutenção conduz a menor risco de queda da FVC.

Pretende-se perceber se os doentes da nossa instituição, com função pulmonar conservada e sob Pirfenidona, tiveram eficácia terapêutica e os motivos da sua interrupção.

DESCRIÇÃO: Fez-se uma análise observacional retrospectiva aos doentes com FPI e FVC \geq 80% sob Pirfenidona, de 2017 até abril de 2025, recorrendo ao SGICM e SClínico.

Foram recolhidos idade, sexo, data de início e fim do tratamento, FVC, efeitos adversos e parâmetros relacionados com lesão hepática (LH), ALT, AST e BT.

Foram incluídos 16 doentes, com média de 76 anos, 13 deles do sexo Masculino. Da amostra, onze mantiveram o tratamento. Os principais efeitos adversos foram anorexia 26,7%(n=4), náuseas 26,7%(n=4), tonturas 20%(n=3), fotossensibilidade 20%(n=3), perda ponderal 13,3%(n=2), diarreia 13,3%(n=2) e astenia 13,3%(n=2). Houve declínio da FVC em 12 meses em 53,33% dos doentes (n=8), nos restantes o tratamento foi inferior a um ano. Foi considerada resposta favorável aquando de declínio da FVC inferior a 10%, estabilização ou melhoria funcional. Os efeitos adversos foram o motivo de descontinuação terapêutica e a incidência inferior à descrita no RCM, com exceção da fotossensibilidade. Durante este período, houve dois casos de elevação das enzimas hepáticas, sem LH. Dos doentes, 75%(n=6) tiveram eficácia terapêutica no primeiro ano e no balanço total da função respiratória 50%(n=4) registou um declínio \geq 10% da FVC.

Constatamos que 62.5%(n=5) tiveram nalgum momento queda FVC \geq 10% e no ano subsequente apresentaram melhoria da função respiratória ou declínio ligeiro.

Os resultados corroboram os de Albera et al e Nathan et al, sugerindo benefício em doentes com FVC \geq 80% e vantagem na sua continuação após declínio \geq 10%.

CONCLUSÃO: A monitorização e gestão dos efeitos adversos é crucial para evitar eventuais suspensões terapêuticas. Nos doentes da nossa instituição com FVC \geq 80%, a maioria beneficiou da Pirfenidona, mesmo após declínio funcional \geq 10%.

Palavras-Chave: Pirfenidona, FPI, Interstício

112. Resultados do mundo real com mepolizumab na asma eosinofílica grave

P Fernandes, R Ferro, M Dias, JP Silva, A Reis

ULS Viseu Dão Lafões

INTRODUÇÃO: A asma eosinofílica grave (AEG) é caracterizada por um fenómeno inflamatório eosinofílico persistente, com exacerbações frequentes e compromisso da qualidade de vida, apesar de terapêutica

otimizada com corticóides inalados e/ou sistémicos. O mepolizumab, anticorpo monoclonal humanizado dirigido à interleucina-5, tem demonstrado benefício clínico significativo em ensaios clínicos.

Objetivos: Avaliar a eficácia e segurança do mepolizumab em doentes com AEG em contexto clínico real.

MÉTODOS: Estudo de coorte retrospectivo e observacional, incluindo 45 doentes com AEG tratados com mepolizumab (100 mg SC a cada 4 semanas), dos quais 41 completaram 12 meses de seguimento. Foram recolhidos dados clínicos, funcionais e laboratoriais (taxa anual de exacerbações, FEV1, scores ACT e CARAT e contagem de eosinófilos).

Resultados: Observou-se uma redução significativa de 81% na taxa anual de exacerbações (2,68 vs. 0,51; p<0,001), um aumento médio de 21,6% no VEF1 (1,71 L para 2,08 L; p<0,001) e uma melhoria do ACT de 11,9 para 21,3 (p<0,001), com 73,2% dos doentes a atingirem controlo adequado da asma (ACT \geq 20). O score CARAT total aumentou de 10,6 para 20,5, refletindo melhoria sintomática na asma e rinite. A eosinofilia periférica foi reduzida em 64% (526 vs. 189 células/ μ L; p<0,001). O fármaco revelou-se seguro e bem tolerado, com uma única descontinuação por cefaleia ligeira.

CONCLUSÃO: Em contexto de prática clínica, o mepolizumab demonstrou eficácia significativa na redução de exacerbações, melhoria da função respiratória e controlo sintomático, com perfil de segurança favorável. Estes dados reforçam o seu papel na abordagem terapêutica da AEG.

Palavras-Chave: asma grave, eosinofilia, mepolizumab

113. Utilidad de la oscilometría en la valoración pulmonar de pacientes con esclerosis lateral amiotrófica y correlación con otras pruebas de función pulmonar

EC Prieto, AM Martín, AG Salazar, E Curto, A Sanchez, J Ramos, MA Hernández, J García, MJ Corbi, S Rodríguez, P Torres, A González, R Cordovilla

Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN: La debilidad muscular respiratoria de los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) da lugar a morbilidad respiratoria y dificulta la realización de pruebas de función pulmonar (PFP), especialmente la espirometría forzada. La oscilometría de impulsos (IOS), por la escasa colaboración que requiere y su realización a volumen corriente podría ser una alternativa válida para la evaluación de la función pulmonar en ELA.

El objetivo de este estudio es demostrar la utilidad de IOS en ELA mediante la evaluación de la correlación entre la oscilometría y otras PFP.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal en el que se realizó espirometría, gasometría arterial

y oscilometría en visita única pacientes con ELA. Se recogieron datos clínicos y necesidad de terapias respiratorias domiciliarias. La oscilometría se realizó mediante dispositivo Jaeger-Carefusion modelo MasterScreen Diff RT y los datos se analizaron mediante SPSS versión 30.

RESULTADOS: Se analizaron 15 pacientes cuyos datos clínico-funcionales pueden verse en la tabla 1. Se analizó la correlación entre espirometría, gasometría arterial e IOS, observándose significación estadística en los valores que se muestran en la tabla 2. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que recibían CPAP o VNI y los que no, ni tampoco entre los pacientes con IOS normal (valores dentro de los límites de normalidad) y patológica.

CONCLUSIONES: Es técnicamente factible realizar oscilometría en pacientes con ELA y es posible detectar correlaciones significativas con otras mediciones de función pulmonar, aunque son necesarios más estudios para comprender su utilidad e interpretación.

Palavras-Chave: esclerose lateral amiotrófica (ELA), oscilometria, função pulmonar, debilidade muscular respiratoria

114. Riscos e Benefícios da Cirurgia de Redução de Volume Pulmonar

R Borrego, I Santos, J Balaia, I Mogárrio, Z Cruz, A Inácio, C Moita, P Calvino

ULS Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO: O enfisema, pela destruição da arquitetura alveolar, condiciona dificuldade nas trocas gasosas, hiperinsuflação e limitação ao fluxo de ar. Nos doentes com enfisema grave e sem controlo adequado da sua doença mesmo após terapêutica médica otimizada, a cirurgia de redução de volume pulmonar (LVRS) pode ter um papel importante.

OBJETIVO: Este trabalho tem como objetivo analisar as cirurgias de redução de volume pulmonar tendo em conta as complicações e benefícios clínicos no período pós-operatório.

MÉTODOS: Estudo observacional retrospectivo recorrendo à consulta dos processos clínicos dos doentes submetidos a LVRS entre 01/01/2020 a 30/04/2025.

RESULTADOS: A amostra estudada é composta por quatro doentes, com um total de sete cirurgias, isto porque três doentes foram submetidos a duas intervenções cirúrgicas em internamentos diferentes e o outro doente aguarda nova cirurgia. Dos quatro doentes, dois eram mulheres e apresentavam idade média de 59,6 anos. Todas as cirurgias realizadas foram por VATS. No período pós-operatório dois doentes apresentaram complicações infecciosas, um com infeção respiratória nosocomial e outro com empiema. A demora média de

internamento foi 9,6 dias com uma média de 6,7 dias de dreno torácico. De salientar que um doente manteve fuga aérea durante mais de 6 dias (24 dias). Dos doentes em que foi possível comparar as provas de função respiratória estas reforçam o benefício desta intervenção com redução da hiperinsuflação pulmonar. Para além dos parâmetros analisados foi possível perceber que todos os doentes após a abordagem cirúrgica referiram melhoria sintomática da dispneia. A avaliação destes doentes é sempre feita em equipa multidisciplinar, existindo uma relação de proximidade entre a Pneumologia e a Cirurgia Torácica.

CONCLUSÕES: Na amostra estudada percebemos que embora três doentes tenham tido complicações no período pós-operatório, todos os doentes apresentaram benefício sintomático com melhoria da tolerância ao esforço, melhoria da dispneia com consequente melhoria na qualidade de vida.

Palavras-Chave: Cirurgia; DPOC; Enfisema; Redução de Volume Pulmonar

115. Swyer-James-MacLeod Syndrome in Adults: A Retrospective Case Series

HI Carvalho, I Rodrigues, F Correia, AM Alves

Unidade Local de Saúde de Santo António

Introduction: Swyer-James syndrome, or Swyer-James-MacLeod syndrome, is a rare pulmonary condition characterized by unilateral functional hypoplasia of the pulmonary vasculature and emphysema, with or without associated bronchiectasis. On computed tomography (CT), it typically presents as a hyperlucent appearance of one lung or lobe. It is considered a postinfectious complication of bronchiolitis obliterans in childhood.

Aim: To describe the characteristics of adult patients diagnosed with this rare syndrome, focusing on lobe distribution and presence of bronchiectasis.

Methods: Retrospective analysis of all adults who underwent a chest CT at a tertiary hospital in Portugal (January 2020-December 2024) and whose radiology reports included the terms “Swyer-James” or “Swyer-James-MacLeod.” Only patients with these terms were included.

Results: Seventeen adults (9 men, 8 women; mean age 64.7) were identified. In three cases, more than one lobe was affected. The left lower lobe was most frequently involved (n=6), followed by the right and left upper lobes (n=4 each), and the middle and right lower lobes (n=3 each). Although the left lower lobe is frequently reported as the most affected site, this was not statistically significant in our sample (p=0.83). Bronchiectasis was present in 14 patients. Three had tuberculosis (TB), one had primary ciliary dyskinesia, four had asthma, one had

COPD, and four were current or former smokers. Twelve had no recent microbiological data, two had negative cultures, and one patient had chronic colonization by *Pseudomonas aeruginosa*, along with isolated infections caused by *Klebsiella pneumoniae* and *Staphylococcus aureus*. The patient with ciliary dyskinesia had sputum cultures showing *Haemophilus influenzae* type II or *Moraxella catarrhalis*. Apart from patients with TB or ciliary dyskinesia, no data were available regarding childhood infections. Ten patients reported respiratory symptoms and were followed in Pulmonology (n=8) or Internal Medicine (n=2). In the remaining cases, findings were incidental on imaging.

Conclusion: Swyer-James-MacLeod syndrome remains an important differential diagnosis in cases of unilateral lung hyperlucency. Recognizing its imaging features and frequent association with bronchiectasis is essential for accurate diagnosis and management.

Palavras-Chave: Swyer-James-MacLeod Syndrome; Swyer-James Syndrome; Bronchiectasis

116. Desafios na Fibrose Pulmonar Progressiva: Questionando Decisões Terapêuticas

JM Macedo, LF Silva, AL Trigueira, JC Costa, FT Lopes, J Ferreira

ULS Entre Douro e Vouga

INTRODUÇÃO: Com o ímpeto do conhecimento sobre doenças pulmonares fibrosantes, cresce complexidade. Sobre terapêutica, estudos como o INBUILD demonstraram eficácia de Nintedanib na fibrose pulmonar progressiva (FPP).

OBJETIVOS: Caracterizar uma coorte de doentes com FPP, sob Nintedanib de um hospital distrital.

MÉTODOS: Incluiu-se todos os doentes seguidos na consulta de doenças do interstício do nosso hospital, sob Nintedanib, 22 cumpriam critérios para FPP. Todos foram caracterizados pelos registos clínicos.

RESULTADOS: A idade mediana foi 65,7 anos, dos quais 59,1% eram homens. Os diagnósticos compreenderam 59,1% (n=13) com pneumonite de hipersensibilidade, 27,3% (n=6) doença pulmonar intersticial associada a doença do tecido conjuntivo, 9,1% (n=2) fibrose pulmonar inclassificável e 4,5% (n=1) sarcoidose. Mais ainda, 9,1% faziam terapêutica concomitante com Azatioprina, 36,4% Micofenolato mofetil (MMF) (todos simultaneamente sob corticoterapia), 4.5% corticosteróides, e 4.5% Leflunomida e Rituximab. 45,5% fazia unicamente Nintedanib.

9 doentes (40,9%) reportaram efeitos adversos, sendo os gastrointestinais mais frequentes (6 vezes), seguidos de perda de peso (3 vezes) e 1 reporte de toxicidade hepática. Observamos ainda 5 interrupções: uma por má adesão, uma por toxicidade hepática, duas por efeitos gastrointestinais intoleráveis, um dos quais sob MMF

simultaneamente, e as restantes por perda de peso significativo, também neste grupo um sob MMF.

O tempo médio de sobrevida após início de antifibrótico foi de 26,5 meses (IC 95%: 19,9-33,1, análise de sobrevivência de Kaplan-Meier). Mais ainda, não só se observou uma associação estatisticamente significativa entre morte e menor DLCO (em percentagem do previsto) à data de início de antifibrótico (p=0,007), como também significância estatística borderline (p=0,066) entre óbito e doses médias superiores de corticoterapia sistémica.

CONCLUSÃO: Podemos então inferir que a maioria destes doentes, num setting de vida real, estão sob antifibrótico e outros fármacos simultaneamente, sem significativos efeitos secundários ou interrupções. Pela associação entre óbito e menor DLCO e doses superiores de corticoterapia, queremos sublinhar, não só a nossa experiência, questionando decisões terapêuticas, como também a oportunidade de intervenção precoce nestes doentes.

Palavras-Chave: Interstício; Fibrose pulmonar progressiva; Antifibrótico; Imunossupressão

117. Fibrinólise intrapleural vs VATS no tratamento do derrame pleural parapneumónico complicado/empiema

L Roseta, P Viegas, J Miranda, S Conde, AC Ferreira, E Silva, T Shiang, M Vanzeller, C Ribeiro

Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: O derrame pleural parapneumónico (DPP) complicado e o empiema representam formas avançadas de infeção pleural, que frequentemente exigem intervenções para além da antibioterapia e drenagem pleural. Entre as opções disponíveis, destacam-se a fibrinólise intrapleural (FI) e a cirurgia toracoscópica assistida por vídeo (VATS) para desbridamento e/ou descorticação pleural. Este estudo teve como objetivo comparar os resultados clínicos das duas abordagens.

MÉTODOS: Análise retrospectiva de doentes internados entre abril de 2016 e abril de 2025 com diagnóstico de DPP complicado ou empiema, que apresentaram resposta inadequada à antibioterapia e drenagem pleural. Foram recolhidos dados demográficos, clínicos, laboratoriais e referentes aos desfechos clínicos. Procedeu-se à comparação dos doentes tratados com FI e submetidos a VATS.

RESULTADOS: Foram incluídos 27 doentes tratados com FI e 39 submetidos a VATS. A maioria era do sexo masculino (n=53; 80,3%), com uma idade média significativamente superior no grupo FI (61,7 vs 52,1 anos; p=0,016). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto às características do derrame pleural, score RAPID ou presença de isolamentos

microbiológicos. O tempo de antibioterapia prévia ao procedimento foi significativamente superior no grupo VATS (14 vs 10 dias; $p=0,009$). A duração do internamento e da drenagem pós-procedimento não diferiu significativamente entre os grupos. O mesmo se verificou para a ocorrência de efeitos adversos ($n=12$ FI vs $n=16$ VATS; $p=0,782$) e para a taxa de reintervenção, definida como necessidade de novo dreno torácico ou VATS ($n=5$ FI vs $n=3$ VATS; $p=0,256$). Registaram-se 4 reinternamentos/ episódios de observação no serviço de urgência após VATS e 1 caso de mortalidade intra-hospitalar no grupo FI, associado a uma infeção nosocomial. Os resultados encontram-se sumarizados na Tabela 1.

CONCLUSÃO: FI e VATS apresentaram resultados clínicos semelhantes no tratamento do DPP complicado ou empiema, sem diferenças estatisticamente significativas em termos de complicações, duração de internamento ou necessidade de reintervenção. A decisão entre as opções terapêuticas deve ser individualizada.

Palavras-Chave: Fibrinólise intrapleural; cirurgia toracoscópica assistida por vídeo; derrame pleural parapneumónico complicado; empiema

118. Além das exacerbações: experiência na gestão de doentes com Bronquiectasias

LFS Silva, AL Trigueira, JM Macedo, ML Silva, L Mendez, V Santos, J Ferreira

ULS Entre Douro e Vouga - Pneumologia

INTRODUÇÃO: As bronquiectasias (BQ) representam uma doença respiratória crónica caracterizada por uma síndrome clínica de tosse, expectoração e consequentes infeções respiratórias, frequentemente associadas a recurso ao serviço de urgência (SU) e necessidade de internamento. Este estudo pretendeu avaliar a abordagem terapêutica e a gestão de doentes com BQ.

MÉTODOS: Foi analisado retrospectivamente doentes com diagnóstico de BQ, entre janeiro de 2024 e janeiro de 2025. Foram recolhidos dados clínicos e demográficos de doentes com indicação para início de antibioterapia inalada. Foram comparados os seguintes parâmetros, antes e após introdução terapêutica: número de internamentos, episódios de SU e isolamentos microbiológicos. No subgrupo de doentes submetidos ao dispositivo SimeoxÒ, foi realizado estudo funcional respiratório antes e 15 dias após o mesmo e foi avaliado o volume de secreções.

RESULTADOS: Foram incluídos 14 doentes, com idade média de 67 anos, 57,1% ($n=8$) do sexo feminino, todos com isolamento de *Pseudomonas aeruginosa*, em exame bacteriológico de expectoração. 50% cumpria critérios de infeção crónica por *Pseudomonas aeruginosa*. Após 6 meses de terapêutica, verificou-se uma redução, estatisticamente significativa, do número de idas ao

SU ($p= 0,021$) e de internamentos ($p= 0,008$), além de ausência de isolamentos microbiológicos em novo exame bacteriológico de expectoração. No subgrupo que utilizou o dispositivo SimeoxÒ, ($n=8$), demonstrou-se diminuição objetiva do volume de secreções e melhoria dos parâmetros funcionais respiratórios, embora este sem significância estatística.

CONCLUSÃO: A gestão de doentes com BQ continua a representar um importante desafio clínico. A introdução de antibioterapia inalada demonstrou um impacto positivo na redução de recurso ao SU e internamentos hospitalares. Para além disso, a implementação do SimeoxÒ, revelou uma diminuição no volume de secreções e uma tendência na melhoria de parâmetros funcionais respiratórios, ainda que sem significância estatística, sugerindo o seu potencial benefício adicional. Estes resultados reforçam a complexidade patológica e a necessidade de cuidados individualizados prestados neste grupo de doentes.

Palavras-Chave: Bronquiectasias; Antibioterapia Inalada; Exacerbações; *Pseudomonas aeruginosa*.

119. Utilização do STOP BANG em doentes com patologia do interstício

N Lopes, R Armindo, T Costa

ULS Algarve

Aapneia obstrutiva do sono (AOS) é uma das comorbilidades mais frequentes em indivíduos com doenças pulmonares intersticiais (DPI), e pode estar associada a redução da qualidade de vida e pior prognóstico. A AOS pode estar subdiagnosticada em doentes com DPI devido à apresentação atípica dos sintomas e à menor eficácia dos scores mais utilizados.

Este trabalho pretende avaliar a sensibilidade do STOP BANG na avaliação do risco de AOS em doentes com DPI e a sua correlação com os valores de IAH.

Foram selecionados doentes que eram seguidos em consultas de patologia do sono e do interstício na ULS Coimbra no último ano. Foi também selecionada uma amostra de indivíduos sem DPI com idade, sexo e índice de apneia hipopneia (IAH) semelhantes. Para cada doente foram registados o IAH e a pontuação do STOP BANG. A análise estatística foi realizada com o Wilcoxon Ranked Sum Test para comparação dos valores de STOP BANG entre os 2 grupos e com o teste de correlação de Pearson para avaliar a sua correlação com o IAH.

Foram incluídos 32 doentes com DPI e AOS e 32 apenas com AOS. As patologias dos doentes com DPI eram sarcoidose (15), pneumonite de hiperssensibilidade (5), RB-ILD (4), fibrose pulmonar idiopática (2), granulomatose com poliangeite (1), silicose (1). Quatro doentes têm a patologia intersticial em estudo.

Dos doentes com AOS e DPI, 21.9% apresentava um STOP

BANG menor ou igual a 2. Nos doentes com DPI e AOS moderada ou grave, 20,8% apresentava um STOP BANG igual ou inferior a 2, sendo que 29,2% tinham uma pontuação entre 3 e 4 e 50% superior a 4.

Dos doentes sem DPI, 3,1% apresentava um STOP BANG menor ou igual a 2. Nenhum doente sem DPI com AOS moderada ou grave apresentava um STOP BANG igual ou inferior a 2, sendo que 14,2% tinham uma pontuação entre 3 e 4 e 85,8% superior a 4.

O IAH apresentou uma correlação significativa com o STOP BANG no grupo dos doentes sem DPI ($r=0.52$ e $p=0.001935$) mas não nos doentes com DPI ($r=0.31$ e $p=0.0877$). A média do STOP BANG nos doentes sem DPI foi superior à dos doentes com DPI ($p = 0.0009019$)

Devido à clinica mais atípica, o STOP BANG tem menor sensibilidade na deteção de AOS e menor correlação com o IAH nos indivíduos com DPI. Devem, por isso, ser utilizadas outras ferramentas no cálculo do risco de AOS nestes doentes.

Palavras-Chave: STOP BANG, AOS, Interstício

intercorrências, durante o tratamento com RTX observou-se 1 caso de pneumonia e 1 caso de neutropenia tardia, sem exacerbações da doença pulmonar intersticial identificadas. Um doente suspendeu o RTX por diagnóstico de carcinoma epidermoide do pulmão e outro por declínio do estado geral. Relativamente à dispneia, verificou-se uma melhoria média de 0.63 na escala mMRC após o tratamento com RTX. A função pulmonar manteve-se estável na maioria dos doentes ($n=5$; 62.5%), observando-se melhoria no estudo funcional respiratório dum doente e agravamento num caso. Verificou-se uma mortalidade de 12.5%, correspondendo a 1 caso de pneumonia após 3 meses do diagnóstico da DPI.

CONCLUSÃO: Apesar da dimensão reduzida da amostra, os dados sugerem que o Rituximab é eficaz na DPI associada a conectivites, com ligeira melhoria da dispneia e estabilidade da função pulmonar, associado a um bom perfil de segurança. São necessários estudos adicionais para sustentar estas observações.

Palavras-Chave: Rituximab, Doença Pulmonar Intersticial, Conectivites

120. Rituximab no tratamento das Doenças Intersticiais Pulmonares associadas a Conectivites - Série de Casos

PT Pinto, MN Pereira, C Guerreiro, V Areias, A Martins

Unidade Local de Saúde do Algarve - Unidade de Faro

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: Pretendemos avaliar a eficácia e o perfil de segurança do Rituximab em doentes com conectivites com envolvimento pulmonar intersticial.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo que incluiu doentes tratados com Rituximab (RTX) por doença intersticial pulmonar (DPI) associada a conectivites entre janeiro de 2014 e dezembro de 2024, no Hospital de Faro. Utilizou-se o programa Microsoft Excel versão 365 para a análise estatística.

RESULTADOS: Avaliaram-se 8 doentes, 62.5% do sexo feminino, com uma idade média de 63.5 ± 96 anos. A doença do tecido conjuntivo de base mais comum foi a artrite reumatoide ($n=4$; 50%), seguida da esclerose sistémica ($n=3$; 37.5%), observando-se 1 caso de doença mista do tecido conjuntivo. Na TC inicial, observou-se o padrão pneumonia intersticial não específica ($n=4$; 50%), pneumonia intersticial usual ($n=2$; 25%) e 2 casos inespecíficos de vidro despolido. Os doentes realizaram uma mediana de 3 ciclos de RTX (mínimo 1 e máximo de 12). Previamente, os tratamentos realizados consistiram na azatioprina ($n=4$; 50%), micofenolato mofetil ($n=4$; 50%), metotrexato ($n=2$; 25%) e ciclofosfamida ($n=2$; 25%). Durante o tratamento com RTX, 1 doente manteve a leflonomida e 1 a azatioprina, encontrando-se todos a realizar concomitantemente prednisolona. Como

16º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico
Alcobaça, 26 e 27 Junho 2025

RESUMOS

121. Desafios no rastreio de Tuberculose

CG Silva, S Pimentel, S Fontão, L Mateus, M Cavaco, CR Silvestre, J Ferra, A Bragança, P Raimundo, T Falcão

ULS Oeste

INTRODUÇÃO: A Tuberculose (TB) é um problema de saúde pública. Em 2023, a maior taxa de incidência registou-se na Índia. Em Portugal, a incidência de casos em migrantes tem aumentado.

DESCRIÇÃO: Mulher, 26 anos. Natural da Índia, em Portugal há 1 ano. Trabalhava em estufas. Sem antecedentes relevantes ou medicação habitual.

Recorreu ao Serviço Urgência por tosse com expectoração amarelada, cansaço, febre e perda de peso, com 2 semanas de evolução. Sem outras queixas.

Apresentava-se eupneica em ar ambiente, com sibilância dispersa. Análises com anemia, leucocitose, hiponatremia e PCR aumentada. Imagiologicamente com áreas de nodulação bilateral e adenopatias mediastínicas. A broncofibroscopia revelou sinais inflamatórios. Exame da expectoração direto e TAAN para M. tuberculosis negativos.

Iniciou antibioterapia empírica, sem melhoria clínica. Foi internada e escalou-se antibioterapia. Repetiu exames culturais da expectoração com TAAN para M. tuberculosis positivo, sem resistência identificadas. Iniciou antibióticos de 1ª linha.

O rastreio dos contactos identificou 48 pessoas: 5 conviventes na enfermaria (portugueses) e 43 colegas de trabalho/casa (estrangeiros). Todos se encontravam assintomáticos. Nenhum apresentava história prévia de TB nem comorbilidades. O IGRA foi positivo em 6 casos, negativo em 34, inconclusivo num, 7 contactos não o realizaram. O rastreio decorreu cerca de 2 meses após o diagnóstico de TB. Os 6 casos com TB Infeção Latente iniciaram tratamento profilático, com esquemas curtos, sem toxicidade.

CONCLUSÃO: Este caso é exemplo da dificuldade de rastreio de TB numa população vulnerável, o que aumenta o risco de transmissão. O principal problema identificado é o atraso no rastreio, para o qual contribuem

a barreira linguística, problemas económicos que levam à renitência dos trabalhadores em faltar ao trabalho. Uma solução adotada foi o rastreio ir até ao local de trabalho. Destacam-se outros problemas como as condições de trabalho e habitacionais desta população de migrantes (várias horas de contacto no trabalho e em casa, em ambiente sobrelotado e fechado).

Olhar para os determinantes sociais é essencial na luta contra a TB. Será importante adotar medidas de rastreio dirigidas aos migrantes de países de alta incidência de TB à entrada do país.

Palavras-Chave: Tuberculose; migrantes; rastreio; contactos

122. Pneumonia a Varicela: Uma Apresentação Atípica

RS Martins, C Santos, F Henriques, JN Machado, S Silva

Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

INTRODUÇÃO: A infeção primária pelo vírus varicella-zoster é geralmente benigna e autolimitada na infância. No entanto, em adultos pode originar complicações graves, como a pneumonia.

CASO CLÍNICO: Sexo masculino, 24 anos, com antecedentes de fibrose quística e infeção brônquica crónica a *Staphylococcus aureus* meticilino-sensível, recorreu à urgência por queixas de febre e exantema pruriginoso com 3 dias de evolução e agravamento da tosse produtiva na última semana. Tinha iniciado amoxicilina-ácido clavulânico em ambulatório, que suspendeu após o aparecimento do exantema por suspeita de alergia medicamentosa. Ao exame objetivo apresentava-se taquicárdico, taquipneico, febril (38,2°C), com saturação periférica de O₂ de 93% em ar ambiente e, à auscultação pulmonar, com murmúrio vesicular rude, sibilos dispersos e roncos na metade inferior do hemitórax direito. Apresentava ainda múltiplas vesículas dispersas com predomínio na face, tórax e abdómen. Analiticamente, com leucocitose, sem neutrofilia, e com ligeira elevação da PCR (15,8mg/L). Gasometria a revelar insuficiência respiratória parcial

e radiografia torácica com infiltrado reticulonodular difuso bilateral. Vírus Influenza A/B, VSR e SARS-CoV2 foram negativos e exame bacteriológico de expetoração com flora polimorfa. A tomografia computadorizada do tórax revelou múltiplos nódulos em vidro despolido em todos os lobos pulmonares, compatíveis com processo infeccioso viral. A PCR sérica para o vírus varicella-zoster foi positiva, tendo-se assumido o diagnóstico de pneumonia a varicela. Iniciou aciclovir endovenoso 10mg/kg 8/8h, broncodilatação e oxigenoterapia e foi internado no serviço de Pneumologia. Por aumento da purulência da expetoração, suspeitando-se de sobreinfecção bacteriana manteve a antibioterapia com amoxicilina-ácido clavulânico. Durante o internamento verificou-se melhoria dos sintomas respiratórios e cutâneos, normalização analítica e evolução radiológica favorável, tendo alta após cumprir 10 dias de terapêutica antiviral e antibiótica. **CONCLUSÃO:** Este caso ilustra uma apresentação atípica de pneumonia a varicela, com sintomas respiratórios a precederem o exantema vesicular, o que dificultou e atrasou o diagnóstico inicial. O início precoce de terapêutica dirigida revelou-se essencial para a evolução favorável e melhoria do prognóstico.

Palavras-Chave: Pneumonia; varicela; fibrose quística

123. Ligações Inesperadas: Metástases Intestinais de Cancro do Pulmão

AC Gameira; AR Martins; F Henriques, MB Santos, A Cunha, S Silva

Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

As metástases gastrointestinais de cancro do pulmão são raras. A sua prevalência varia entre os 0,5 e os 10% dependendo do método de avaliação (endoscopia, cirurgia, autópsia). O seu diagnóstico pode ser desafiante por se manifestarem em estadios mais tardios da doença e muitas vezes com sintomatologia inespecífica.

Sexo masculino, 83 anos, autónomo, ex-fumador há 20 anos com carga tabágica de 50 UMAs. Antecedentes pessoais de DM tipo2, dislipidemia e HTA. Diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão em 2023, estadio inicial IIIB, com mutação G12C no exão 2 do KRAS, PD-L1:90%. Realizou inicialmente quimioterapia (Carboplatina e Vinorelbina) e radioterapia sequencial, com resposta parcial. Como efeito adverso desenvolveu pneumonite rádica a condicionar insuficiência respiratória hipoxémica, com necessidade de OLD. Dez meses após diagnóstico inicial ocorreu progressão para estadio IV por metastização hepática, tendo iniciado pembrolizumab. Após 6 ciclos de imunoterapia, apresentou anemia com necessidade transfusional e melenas. Foi iniciada investigação etiológica não tendo sido visualizada nenhuma lesão sangrante no estudo endoscópico inicial (endoscopia alta, colonoscopia e enteroscopia por vídeo cápsula), levantou-

se, no entanto, a suspeita de hemorragia com sede no íleon terminal. Assim, foi submetido a enteroscopia que permitiu identificar uma lesão de aspeto infiltrativo ulcerada e com coágulos aderentes no íleo distal, 50 cm a montante do cólon, sugestiva de lesão secundária. Foram obtidas biópsias cuja anatomia patológica era compatível com adenocarcinoma do pulmão. Foi assumida metastização e após discussão multidisciplinar, por manter necessidade transfusional muito frequente, optou-se por tratamento cirúrgico tendo sido realizada enterectomia segmentar.

Dentro do trato gastrointestinal o local mais frequente de metastização do cancro do pulmão é o intestino, particularmente o intestino delgado, devido ao seu suprimento sanguíneo abundante. Os autores apresentam o caso por se tratar de um local pouco frequente de metastização, exigindo um elevado grau de suspeição na presença de sintomas gastrointestinais.

Palavras-Chave: Metástases Gastrointestinais; Cancro do Pulmão

124. Nódulos pulmonares em vidro despolido: pequenos, indolentes mas não inofensivos

AR Afonso, T Gomes, L Nascimento, S Pipa, S Raimundo, D Silva, Al Loureiro, B Conde

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

INTRODUÇÃO: Os nódulos pulmonares em vidro despolido estão frequentemente associados a adenocarcinomas pulmonares em estadios precoces, com padrão de crescimento lepidico e comportamento indolente. São mais comuns em mulheres, não fumadoras, e ocorrem em idades relativamente jovens. Muitos casos apresentam mutações moleculares, especialmente no EGFR (>60%). Estes tumores tendem a ser localizados e focais, raramente apresentando metastização, no entanto, a incidência de tumores síncronos tem vindo a tornar-se mais frequente.

DESCRIÇÃO: Relata-se o caso de uma mulher de 78 anos, não fumadora, com antecedentes de neoplasia da mama em vigilância desde 2011, apresentando dois nódulos pulmonares contralaterais em vidro despolido, de 8 e 6 mm, conhecidos desde 2019, mantendo estabilidade em reavaliações imagiológicas. Em 2023, um dos nódulos localizado no lobo superior direito apresentou aumento dimensional. Após dois resultados inconclusivos, uma terceira biópsia pulmonar transtorácica (BTT) confirmou a presença de um adenocarcinoma pulmonar lepidico. Foi submetida a lobectomia superior direita e a peça cirúrgica confirmou um adenocarcinoma moderadamente diferenciado, pT1bN0R0, PD-L1 negativo. Durante o período de seguimento posterior, observou-se igualmente crescimento do nódulo no lobo superior esquerdo. Embora sem captação significativa de 18F-FDG na PET-TC, foi efetuada BTT que confirmou a presença

de um novo adenocarcinoma pulmonar. Foi realizada lobectomia superior esquerda, confirmando-se um tumor minimamente invasivo (pT1miN0R0), com mutação no EGFR (exão 21, L858R). Atualmente encontra-se em vigilância, sem sinais de recidiva ou novas lesões.

CONCLUSÃO: Este caso sublinha a importância da vigilância rigorosa de nódulos em vidro despolido, já que podem evoluir para adenocarcinomas pulmonares em estádios iniciais. Apesar do comportamento indolente, o crescimento progressivo justifica intervenção precoce, como ressecção cirúrgica, que é geralmente curativa nestes casos.

Palavras-Chave: Vidro Despolido, Adenocarcinoma Pulmonar, EGFR

125. Tumor Fibroso Solitário Maligno do Pulmão Metastático - um caso raro

A Andrade, AC Silva, A Martínez, M Ferreira, V Fernandes

ULS Região de Aveiro

INTRODUÇÃO: Os tumores fibrosos solitários (TFS) são neoplasias de origem mesenquimatosa, a maioria com localização torácica, mas que podem ter localização extratorácica. São neoplasias de crescimento lento, geralmente assintomáticas, pelo que a maioria são incidentalomas, identificados em radiografia torácica de rotina. Podem ser classificados em benignos ou malignos, dependendo das características histológicas.

CASO CLÍNICO: Mulher de 65 anos, sem hábitos tabágicos ou outros antecedentes pessoais de relevo. Antecedentes familiares conhecidos de neoplasia gástrica no pai e neoplasia de localização desconhecida na avó materna. Referenciada por nódulo solitário do pulmão direito com 18x15x10 cm, de contornos regulares.

Realizou biópsia cirúrgica que diagnosticou tumor fibroso solitário do pulmão de risco intermédio. Discutido caso em reunião de decisão terapêutica, tendo sido decidida realização de radioterapia externa neoadjuvante e posterior lobectomia superior direita. No follow-up, desenvolveu sequelas de pneumonite rídica.

Após 5 anos de seguimento, objetivado aparecimento de nódulo “de novo” com 10 mm na língula, sugestivo de lesão secundária. Realizada ressecção em cunha, cujo estudo histológico revelou tumor fibroso do pulmão.

CONCLUSÃO: O diagnóstico pré-operatório do TFS é desafiante, pela baixa incidência e ausência de características imagiológicas distintivas. A sua ressecção completa com margens negativas é recomendada, de modo a diminuir a recorrência local. No entanto, encontra-se descrito na literatura recorrência de lesões benignas apesar de ressecção cirúrgica completa, alguns após 20 anos de seguimento.

Com este caso clínico podemos concluir que apesar da

existência de modelos de estratificação do risco é difícil de prever o comportamento desta lesão, devendo o follow-up destes doentes ser prolongado.

Palavras-Chave: Tumor Fibroso Solitário do Pulmão; Nódulo Solitário do Pulmão

126. O papel da terapêutica nasal de alto fluxo no doente respiratório crónico com bronquiectasias

BF Pereira, DM Rodrigues, TMP Alfaro

Universidade de Coimbra

As bronquiectasias são uma patologia respiratória heterogénea caracterizada por tosse produtiva crónica com broncorreia, dispneia, infeções respiratórias de repetição e sintomas constitucionais, como consequência da dilatação e distorção irreversível das vias aéreas. A Terapêutica Nasal de Alto Fluxo (TNAF) é uma técnica de suporte respiratório que surge como uma potencial abordagem terapêutica adjuvante nestes doentes, ao fornecer ar aquecido e humidificado em elevadas taxas de fluxo que promove uma melhor clearance de secreções, redução do trabalho respiratório e efeitos benéficos a nível das trocas gasosas, apresentando também uma elevada tolerância e conforto.

Esta revisão narrativa tem como objetivo consolidar o conhecimento existente sobre a aplicação desta técnica em doentes crónicos com bronquiectasias, explorando os seus potenciais benefícios e a sua eficácia na gestão da doença. Os estudos selecionados analisam o impacto da TNAF na gestão dos sintomas, desfechos clínicos e qualidade de vida dos doentes, debruçando-se também sobre a viabilidade económica da sua implementação, assim como sobre os impactos da monitorização remota no seguimento clínico.

A evidência sugere que a utilização da TNAF por períodos prolongados em doentes respiratórios crónicos com bronquiectasias está associada a um melhor controlo sintomático, melhor qualidade de vida e menor frequência de exacerbações agudas e hospitalizações associadas. Observou-se também um maior conforto e melhor adesão terapêutica em comparação com a oxigenoterapia convencional e VNI. A telemonitorização pode otimizar a adesão e individualização da terapêutica, permitindo um acompanhamento mais rigoroso dos doentes. A técnica demonstrou-se custo-efetiva em alguns países ao reduzir a frequência de exacerbações agudas e hospitalizações em doentes respiratórios crónicos, sendo ainda necessária análise do seu real impacto económico no caso de Portugal. Apesar dos achados positivos, o volume de estudos existentes sobre o tema é ainda reduzido, sendo necessários ensaios clínicos de larga escala para reforçar as diretrizes existentes e estabelecer protocolos padronizados de aplicação desta técnica, que maximizem

a sua eficácia.

Palavras-Chave: Terapêutica nasal de alto fluxo, bronquiectasias, suporte respiratório, insuficiência respiratória

127. Para lá do dreno: outra perspetiva na abordagem de pneumotórax espontâneo secundário

CA Martinho, M Afonso, C Cortesão, C Maricoto

ULS Coimbra

INTRODUÇÃO: Os pneumotórax espontâneos (PE) constituem uma patologia comum no serviço de urgência. Nos últimos anos, as recomendações para a sua abordagem têm evoluído significativamente, o que tem levantado discussão sobre a melhor estratégia terapêutica, especialmente tendo em conta a etiologia. Atualmente, existe consenso quanto à possibilidade de optar por tratamento conservador nos casos de PE primário. Em contrapartida, nos casos de PE secundário, a inserção de um dreno torácico intercostal é, na maioria das situações, necessária, devido ao maior risco de deterioração clínica, ainda que existam exceções em casos selecionados. Neste contexto, apresenta-se o caso clínico de um PE secundário em que se optou por tratamento conservador, por escolha do doente.

DESCRIÇÃO: Doente do sexo masculino, 82 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca e sem história conhecida de patologia pulmonar estrutural, recorreu ao serviço de urgência por queixas de cansaço fácil com vários dias de evolução e tosse produtiva. Ao exame objetivo, encontrava-se eupneico em ar ambiente, hemodinamicamente estável, normocardico e apirético. A radiografia torácica revelou um pneumotórax volumoso à esquerda, sem evidência de hipoxemia na gasometria arterial. Concomitantemente, apresentava uma infeção respiratória viral por Rinovírus e sinais de descompensação da insuficiência cardíaca. Perante este quadro, foi assumido o diagnóstico de PE secundário a infeção viral. Face ao contexto clínico e aos antecedentes do doente, foi proposta a colocação de dreno torácico, abordagem que o doente recusou de forma informada. Optou-se, assim, por tratamento conservador, tendo o doente permanecido assintomático ao longo de duas semanas, com evidência de melhoria progressiva do quadro imagiológico. Às seis semanas, verificou-se a reexpansão completa do pulmão.

CONCLUSÃO: Tem-se verificado um interesse crescente numa abordagem conservadora e não invasiva do pneumotórax espontâneo. Embora existam alguns relatos de sucesso com tratamento conservador em casos de pneumotórax espontâneo secundário, como o aqui descrito, a evidência disponível é ainda limitada, baseada em dados observacionais e não randomizados. Estes

factos reforçam a necessidade de estudos prospetivos que permitam avaliar a não inferioridade desta abordagem neste contexto clínico.

Palavras-Chave: pneumotórax espontâneo secundário, conservador

128. Tumor fibroso solitario pleural: diagnóstico tardio y desenlace fatal

C Llamas, A González, P Torres, A Ríos, EA Pérez, I Jiménez, D Puertas, JA Santos

Hospital Universitario Clínico de Salamanca

INTRODUCCIÓN: El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia mesenquimal poco frecuente, de crecimiento lento y comportamiento clínico variable. Su diagnóstico suele ser tardío debido a la escasa especificidad de los síntomas y hallazgos radiológicos.

CASO CLÍNICO: Varón de 37 años, exfumador (IPA 15), que acudió a atención primaria por malestar general, disnea progresiva y dolor costal izquierdo. Refería una caída en bicicleta diez años antes, con dolor intenso en la misma región torácica, donde posteriormente comenzó a notar una masa de crecimiento progresivo. En la exploración física destacaba una lesión palpable en el hemitórax izquierdo, circulación venosa colateral extensa y abolición del murmullo vesicular. La radiografía de tórax evidenció una gran masa ocupante en el hemitórax izquierdo con desplazamiento mediastínico contralateral. La tomografía computarizada mostró una lesión de gran tamaño, heterogénea, con áreas quísticas y calcificaciones, con invasión de la pared torácica adyacente. La biopsia guiada por TC fue compatible con tumor fibroso solitario (STAT6 +). Ante la avanzada extensión locorregional del tumor, la resección quirúrgica completa no fue posible. El paciente falleció en el postoperatorio como consecuencia de complicaciones derivadas de la intervención. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de tumor fibroso solitario pleural.

CONCLUSIONES: El TFS es una neoplasia mesenquimal rara, habitualmente benigna, pero potencialmente grave si no se diagnostica a tiempo. Su tratamiento se basa en la resección quirúrgica completa, que condiciona el pronóstico. Aunque la mayoría son lesiones localizadas, la tasa de recurrencia es del 8 % en formas benignas y superior al 60 % en casos malignos. La supervivencia a 10 años puede superar el 90 % si se consigue resección completa. Es fundamental un seguimiento prolongado debido al riesgo de recurrencia tardía, incluso en las variantes benignas y tras una cirugía aparentemente curativa.

Palavras-Chave: Tumor fibroso solitario, masa torácica, neoplasia mesenquimal.

129. Drenagem percutânea de abscesso pulmonar guiada por ecografia torácica

CL Rodrigues, M Baptista, J Barata, I Vicente, E Magalhães, A Craveiro, MJ Valente, MS Valente

ULS Cova da Beira

INTRODUÇÃO: O abscesso pulmonar define-se como uma área circunscrita de pus ou necrose do parênquima pulmonar causada por infeção microbiana, podendo classificar-se em primário ou secundário. Cerca de 80% dos abscessos resultam de aspiração de conteúdo oral ou gástrico, pelo que a sua etiologia é polimicrobiana.

CASO CLÍNICO: Mulher, 80 anos, parcialmente dependente, antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia medicada. Trazida ao Serviço de Urgência por quadro de prostração e tosse produtiva com expectoração mucopurulenta com 1 mês de evolução, mas substancial agravamento na última semana. Relato de episódios de engasgamento frequentes. Ao exame objetivo, apresentava-se subfebril, com mucosas descoradas e desidratadas, polipneica, saturação de oxigénio de 90% e à auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. Analiticamente, com 18.300/ μ L leucócitos com 15.700/ μ L neutrófilos e aumento da PCR de 20.10 U/L. A radiografia do tórax revelava uma hipotransparência mal definida do campo pulmonar esquerdo. Iniciou-se oxigenoterapia e antibioterapia empírica com Amoxicilina/Ácido Clavulânico, sendo assumido diagnóstico de pneumonia lobar esquerda sem agente etiológico identificado. No entanto, a doente não apresentou melhoria clínica e analítica significativa. O controlo radiográfico mostrou agravamento com opacidade dos 2/3 inferiores do campo pulmonar esquerdo com nível hidroaéreo. A tomografia computadorizada do tórax evidenciou volumoso abscesso pulmonar do lobo inferior esquerdo, medindo 15 x 8 cm. Escalou-se antibioterapia para Piperacilina/Tazobactam e Metronidazol, que cumpriu durante 28 dias e 10 dias, respetivamente. Sob controlo ecográfico, foi realizada drenagem percutânea transtorácica com colocação de dreno de tamanho 8 French, com drenagem total de 1000 mL de líquido purulento. O rastreio séptico e estudo do líquido não permitiram a determinação de um agente microbiano, sendo a aspiração a etiologia mais provável. A doente apresentou evolução clínica, imagiológica e analítica favorável.

CONCLUSÃO: Este relato alerta para a necessidade de monitorização da resposta à antibioterapia empírica e terapêutica de suporte, de modo a detetar precocemente possíveis complicações, como abscesso ou derrame pleural.

Palavras-Chave: Abscesso pulmonar; drenagem percutânea ecoguiada.

130. Metastização explosiva em largada de balões: apresentação fatal de adenocarcinoma

C Durão, L Lopes Mendes, P Santos, R Freire Silva, J Rodrigues Barbosa, A Almendra, P Esteves

ULS Santa Maria

O adenocarcinoma do pulmão é a neoplasia maligna mais frequente em fumadores e ex-fumadores. A apresentação em estadio avançado é frequente, sendo a metastização pulmonar em “largada de balões” uma forma rara de disseminação hematogénea, com implicações prognósticas desfavoráveis.

Apresentamos o caso de um homem de 69 anos, fumador (70 UMA), ex-toxicodependente, com infeção crónica por hepatite C, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia e edema facial progressivos com cerca de um mês de evolução. À admissão, apresentava insuficiência respiratória parcial e parâmetros inflamatórios elevados. A TC torácica evidenciou volumosa massa no lobo superior direito com extensão transcisural, obliteração do brônquio lobar, invasão mediastínica e padrão de metastização pulmonar bilateral em “largada de balões”. Neste contexto, foi internado no Serviço de Pneumologia para investigação da massa pulmonar. Realizou exames de estadiamento, nomeadamente, TC crânio, abdómen e pélvica, salientando-se secundarização suprarrenal. A broncofibroscopia com biópsia da lesão, revelou tratar-se de um adenocarcinoma extensamente necrosado, PDL-1 negativo, em estadio IV. Pela presença de síndrome da veia cava superior, foi submetido a radioterapia paliativa, com ligeira melhoria clínica. No entanto, dada a ausência de performance status, não foi possível iniciar terapêutica sistémica dirigida. Evoluiu desfavoravelmente até ao óbito no 16.º dia de internamento.

Este caso evidencia a apresentação fulminante e agressiva do adenocarcinoma pulmonar estágio IV, com padrão raro de metastização em “largada de balões” e síndrome da veia cava superior. A rápida evolução clínica sublinha a importância da vigilância clínica de doentes com múltiplos fatores de risco e deteção precoce de sinais de alarme, bem como a necessidade urgente de circuitos de referenciação eficazes que permitam um diagnóstico atempado e a articulação com equipas multidisciplinares. Uma abordagem integrada e precoce amplia as opções terapêuticas e melhora o prognóstico.

Palavras-Chave: neoplasia do pulmão, adenocarcinoma, largada de balões, metástases pulmonares

131. Pneumonia por Staphylococcus aureus em utilizador de testosterona: relato de um caso

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

ULS Coimbra

A pneumonia por *Staphylococcus aureus* é incomum,

mas com uma alta taxa de mortalidade. A bactéria pode originar na pele ou nariz do doente, sendo que a infeção pulmonar é muitas vezes precedida de bacteriémia.

Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino, de 48 anos, culturista, com história de suplementação com testosterona sem prescrição médica desde há 5 anos. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre, dor torácica à esquerda e anorexia com 4 dias de evolução. Apresentava exame objetivo sem alterações. No estudo analítico com aumento dos parâmetros inflamatórios e radiografia de tórax com reforço broncovascular bilateral marcado. Teve alta medicado com Amoxicilina+Ácido clavulânico e Azitromicina.

Retorna 4 dias depois por dispneia e agravamento da toracalgia. Objetivamente com taquicardia e crepitações bibaisais à auscultação. Com insuficiência respiratória parcial em gasometria. Realizou nova radiografia a demonstrar derrame pleural bilateral, maior à esquerda. Colheu hemoculturas, que positivaram para MSSA. Dada a taquicardia, realizou AngioTC. Nesta identificaram-se vários nódulos dispersos, um deles cavitado no lobo superior esquerdo, e derrame pleural bilateral, de maior volume à esquerda.

Assumida infeção supurativa pulmonar por MSSA, associada às administrações de testosterona. Foi internado sob dose elevada de Amoxicilina+Ácido clavulânico, que cumpriu 4 semanas. Realizou toracocentese diagnóstica e posterior colocação de dreno torácico à esquerda. Sem isolamentos no líquido pleural. Realizou ecocardiograma transesofágico e posteriormente angioTAC coronária, sendo que nestas foi identificada dilatação aneurismática do tronco comum, com fístula coronária entre este e a aurícula direita. Após discussão com a Cardiologia o doente realizou cateterismo e prova de esforço que se revelaram negativas para doença coronária. O doente foi orientado à data de alta para consulta de Cardiologia, e de Endocrinologia dado uso crónico de testosterona.

Desta forma, podemos concluir que a pneumonia por *Staphylococcus aureus* apresenta alta gravidade e potencial mortalidade, especialmente em contexto de fatores de risco como uso de substâncias endovenosas. A associação do MSSA com complicações tanto pulmonares como cardíacas, evidencia a necessidade de diagnóstico precoce e tratamento agressivo.

Palavras-Chave: Bacteriémia; *Staphylococcus aureus*; MSSA; Pneumonia

132. Bolha pulmonar - caso atípico

FM Freitas, R Branquinho, FC Lima, V. Teixeira

Hospital Central do Funchal

Uma bolha pulmonar define-se como uma estrutura contendo ar que ocupa mais de 1cm do parênquima pulmonar, considerando-se bolha gigante quando ocupa

pelo menos 1/3 do hemitórax. Este achado está mais frequentemente associado a enfisema pulmonar e a doentes fumadores.

Salienta-se o caso de uma mulher de 37 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, não fumadora, seguida na consulta de Pneumologia após internamento há 8 anos por pneumotórax espontâneo primário à direita com necessidade de colocação de dreno torácico, com expansão pulmonar completa. A tomografia computadorizada (TC) de tórax após resolução, identificou - "(...)bolha enfisematosa à direita (8x11x7cm)(...)". Avaliação analítica sem alterações, excluindo-se défice de alfa1 antitripsina. Foi avaliada pela Cirurgia Torácica decidindo-se manter vigilância e intervenção em caso de recidiva.

A doente manteve-se clinicamente estável, sem novos episódios, até que cerca de 8 anos depois refere infeções respiratórias recorrentes e dispneia de agravamento progressivo. Realizou nova TC tórax que revelou "(...) agravamento das dimensões da bolha à direita face ao descrito anteriormente. Desvio do mediastino.(...)". As provas de função respiratória demonstraram restrição complexa grave. Após nova discussão com a Cirurgia Torácica, optou-se pela intervenção cirúrgica, tendo sido submetida a resseção segmentar atípica do lobo superior e lobo médio direitos por toracotomia, sem qualquer intercorrência. Em reavaliação 7 meses após a cirurgia, a doente apresentava resolução da sintomatologia, expansão pulmonar em TC tórax sem evidência de novas bolhas e provas de função respiratória com restrição pulmonar ligeira.

Apesar das bolhas pulmonares serem mais frequentes em grandes fumadores, uma bolha pulmonar gigante numa mulher jovem não fumadora, sem doença pulmonar associada, é um caso relativamente raro. Devemos estar alerta para as patologias menos frequentes, tentar definir a etiologia ou associações e planear a melhor abordagem. No caso apresentado, verificou-se resolução dos sintomas com melhoria da qualidade de vida e da função pulmonar, mantendo-se a doente em estudo e seguimento.

Palavras-Chave: bolha pulmonar gigante, restrição complexa grave, resseção segmentar atípica

133. Sarcoidose: um caso de envolvimento palpebral

F Modesto, CS Moura, S Guimarães, A Carvalho, A Alexandre, D Coelho, N Melo, HN Bastos, PC Mota, A Morais

Centro Hospitalar de Setúbal

A sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica idiopática, que se caracteriza pela formação de granulomas não caseosos e que pode afetar qualquer órgão. Apesar do envolvimento ocular ser frequente, o

envolvimento palpebral é raro, encontrando-se descritos nalguns casos. As lesões palpebrais incluem edema ou nódulos e, em casos mais graves, podem causar alterações estruturais significativas.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 55 anos, não fumadora, sem antecedentes relevantes além de blefaroplastia em 2015, referenciada do médico de família por lesões palpebrais bilaterais eritematosas e com relevo, em crescimento progressivo com cerca de um ano de evolução, associadas a xerose ocular e astenia. Realizou biópsia da lesão cutânea que revelou granulomas epitelioides com células gigantes multinucleadas e estudo microbiológico negativo, pelo que foi referenciada para a consulta de Pneumologia. Referia ainda artralguas de ritmo mecânico com 5 anos de evolução. Do estudo analítico realizado destaca-se ANA 1/100 com padrão nucleolar e anti-SCL-70 positivo, sem outras alterações de relevo. Tomografia Computorizada toracoabdominal e PET com identificação de micronódulos e nódulos do parênquima pulmonar dispersos, com predomínio nos lobos superiores, e adenopatias mediastinohilares bilaterais, com atividade metabólica. Estudo funcional respiratório normal. Foi referenciada a consulta de reumatologia, dermatologia e oftalmologia. Assumiu-se o diagnóstico de sarcoidose torácica estágio II com envolvimento cutâneo palpebral e sem envolvimento ocular, sem critérios de diagnóstico para esclerose sistémica. Iniciou terapêutica tópica com corticóide e lubrificante ocular. Manteve-se sob vigilância, com evolução favorável da doença e regressão das lesões cutâneas, sem necessidade de terapêutica sistémica.

Com este caso, os autores destacam a relevância do reconhecimento precoce das manifestações cutâneas da sarcoidose e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para o melhor controlo e tratamento destes doentes.

Palavras-Chave: Sarcoidose, extrapulmonar

134. Um Local Improvável para Metastização do Cancro do Pulmão

FM Henriques, F Barbosa, PS Teles, S Semedo, JO Pereira

ULS Região de Leiria

INTRODUÇÃO: A metastização mamária de neoplasia maligna extramamária é bastante rara. Na literatura, a sua incidência varia entre 0,5% e 3%, com predomínio no sexo feminino. O diagnóstico definitivo faz-se através de exame histopatológico, sendo fundamental para o tratamento subsequente.

CASO CLÍNICO: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 74 anos, PS 0, ex-fumador com carga tabágica de 26 UMA e antecedentes de artrite reumatoide, insuficiência cardíaca e dislipidemia.

Diagnosticado com adenocarcinoma do pulmão do LSD em estadio pT1cN0M0 após ressecção atípica de nódulo único periférico e hipermetabólico (seguida de exame extemporâneo e lobectomia). O estudo anatomopatológico revelou ressecção completa com margens livres, PD-L1<1% e a mutação NRAS G61L.

Cinco meses depois, objetivada massa da região mamária esquerda, com discreto rubor, consistência pétrea e dor à palpação. Sem adenopatias axilares palpáveis. Realizada biópsia mamária, que demonstrou carcinoma indiferenciado anatomopatologicamente definido como secundário, o que viria a ser corroborado pela presença da mutação NRAS G61L na amostra. Pela ausência de outras lesões em PET-FDG e RMN-CE de reestadiamento, foi assumido o diagnóstico de oligorecíviva. Por contra-indicação para ressecção da lesão, devido ao seu tamanho, foi iniciada terapêutica com carboplatino/paclitaxel e pembrolizumab, verificando-se progressão clínica local por aumento dimensional significativo após 2 ciclos.

Foi proposto para radioterapia, tendo sido administrada uma dose de 13Gray em duas frações em dias alternados, com técnica de 3D-CRT à lesão de 883,8 cm³. Verificou-se resposta franca, mas não completa da lesão, um mês após o tratamento. De seguida, foi proposto e aceite para uma segunda administração, da mesma dose, com a mesma técnica, ao novo volume de doença de 402,1cm³.

CONCLUSÃO: Metástases mamárias de cancro do pulmão são raras e, tal como neste caso, podem evoluir rapidamente até atingirem um tamanho considerável. Assim, devem ser consideradas, de forma a permitir um diagnóstico precoce e uma terapêutica adequada. A excisão cirúrgica não foi possível devido ao tamanho. Neste sentido os autores dão relevo à resposta inicial observada com radioterapia hipofracionada em esquema de “flash mamário”, que permitiu reduzir o volume da lesão para metade.

Palavras-Chave: Metastase mamária, Adenocarcinoma do pulmão, Radioterapia

135. Carcinoma do pulmão não pequenas células com compressão medular: Um caso clínico de sucesso terapêutico

F Guimarães, D Hasmucrai, F Ferro, A S Vilarça, A Machado, P Alves

Hospital Vila Franca de Xira

O carcinoma do pulmão não pequenas células (CPNPC) com invasão vertebral e compressão medular está associado a mau prognóstico e elevada morbidade. O tratamento exige uma abordagem multimodal, com o objetivo de aliviar sintomas, preservar a função neurológica e controlar a progressão da doença.

Homem de 44 anos, previamente saudável, fumador (25 UMAs), recorreu ao SU em dezembro de 2018 por omalgia

direita com 6 meses de evolução. Posteriormente desenvolveu síndrome de Horner, parestesias nos membros inferiores (MI) e retenção urinária súbita. A TC torácica evidenciou uma massa pulmonar no lobo superior direito (LSD) de 96x66x73 mm com invasão de D2-D5, compressão medular, envolvimento dos 1º e 4º arcos costais e nódulos pulmonares contralaterais. RM cervico-lombar com obliteração dos canais de conjugação direitos entre D1-D5. A PET-TC demonstrou uma massa hipermetabólica no LSD (SUVmáx. 15.5) e nódulos pulmonares (SUVmáx. 4). RM crânio-encefálica sem metástases. Foi diagnosticado com CPNPC pouco diferenciado estágio IVA (T4N0M1a), PD-L1 90%, NGS negativo por biópsia transtorácica.

Iniciou terapêutica antiálgica, corticoterapia e uma sessão de radioterapia (66 Gy), verificando-se agravamento clínico com paraparésia. Foi submetido a laminectomia descompressiva de D3-D6 e excisão da lesão epidural, com melhoria parcial do défice sensitivo, mantendo défice motor e necessidade de algaliação. Realizou radioterapia descompressiva sobre a massa pulmonar (30 Gy/10 Fr) em janeiro de 2019. Iniciou pembrolizumab em fevereiro e fisioterapia, com recuperação gradual do controlo urinário e da força e sensibilidade dos MI.

Em outubro de 2019, apresentou gastroduodenite secundária a imunoterapia, sendo esta suspensa. Em fevereiro de 2020, verificou-se perda da marcha autónoma por fratura de D2-D3 com compressão medular, tratada com corporectomia. Após melhoria das queixas gástricas, reiniciou pembrolizumab em abril de 2020, suspenso novamente em agosto de 2021 por recorrência da toxicidade gástrica. Encontra-se em seguimento desde então, sem evidência de progressão de doença e recuperação dos défices neurológicos.

Este caso destaca-se pela reversibilidade de défices neurológicos após terapêutica multimodal, pelos desafios associados à gestão da toxicidade da imunoterapia e pelo controlo da doença após quase 7 anos.

Palavras-Chave: neoplasia, compressão medular

136. Silêncio do Rx e o sussurro do eco: pneumotórax mínimo, impacto máximo

G Lopes, A Nunes, B Bem, D Mendonça, J Costa, G Samouco, M Oliveira, M Reis, L Ferreira

ULS Guarda

INTRODUÇÃO: A criobiópsia pulmonar transbrônquica (CBPT) é uma técnica amplamente utilizada no estudo de doenças pulmonares difusas, permitindo a obtenção de amostras de maior dimensão e qualidade histológica, com menos artefactos de esmagamento em comparação com a biópsia transbrônquica convencional. Uma das complicações mais frequentes é o pneumotórax.

DESCRIÇÃO: Apresenta-se o caso de uma doente, 77

anos, com queixas de tosse crónica e cansaço para pequenos esforços com um ano de evolução. Realizou tomografia computadorizada de tórax que identificou fibrose subpleural, bronquiectasias de tração, discretas áreas em vidro despolido, com um gradiente apico-caudal. Analiticamente apresentava aumento de precipitinas aviárias, sem outras alterações. Adicionalmente, foi colhido lavado bronco-alveolar, com contagem celular diferencial normal. Após discussão do caso em reunião multidisciplinar foi categorizada em “compatível” com pneumonite de hipersensibilidade, sendo posteriormente submetida a CBPT sob controlo fluoroscópico. A CBPT foi realizada com três passagens nos segmentos 3 e 8 direitos, com obtenção de fragmentos adequados. Por dor pleurítica realizou RX Tórax que não revelou alterações. A manutenção das queixas motivou a realização de ecografia torácica, com identificação de pneumotórax de pequeno volume, confirmado pela presença do sinal de lung point. Optou-se por uma abordagem conservadora, com excelente evolução clínica.

CONCLUSÃO: A ecografia torácica tem-se afirmado como um método sensível na deteção precoce desta complicação, com maior acuidade diagnóstica do que a radiografia convencional, sobretudo em câmaras de pequeno volume. Este caso ilustra a elevada sensibilidade da ecografia torácica na deteção de pneumotórax pós-criobiópsia, mesmo na ausência de alterações radiográficas. A literatura descreve uma sensibilidade até 95% e especificidade superior a 98%, sendo o lung point um achado altamente específico. No Serviço de Pneumologia da ULS Guarda, a incidência de pneumotórax como complicação da CBPT é de cerca de 9,6%, e em casos selecionados poder-se-á justificar a realização de ecografia torácica no tempo pós-procedimento, contribuindo para um diagnóstico precoce, bem como uma abordagem segura e eficaz.

Palavras-Chave: Criobiópsia, Pneumotórax, Ecografia

137. Entre a suspeita e a confirmação, a surpresa do estadiamento

IL Santos, J Leão, K Lopes

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO: O aparecimento concomitante de lesões tumorais em diferentes localizações anatómicas levanta frequentemente dúvidas quanto à sua natureza e origem. Quando estas lesões partilham características morfológicas ou surgem em órgãos com potencial tanto para doença primária como para envolvimento secundário, a distinção entre processos independentes e disseminação metastática torna-se particularmente desafiante.

CASO CLÍNICO: Homem de 89 anos, com antecedentes

de tabagismo pregresso de 15 UMA, hipertensão arterial, dislipidemia, anemia por perdas e diagnóstico recente de adenocarcinoma invasivo do cólon com suspeita de metastização óssea múltipla. Antecedentes familiares incluem mãe falecida aos 60 anos por neoplasia do cólon e irmão falecido aos 70 anos por neoplasia de origem primária desconhecida.

Durante o estadiamento da neoplasia do cólon, foi realizada TC torácica que evidenciou uma massa justahilar esquerda, com cerca de 6,2 x 5 cm, levantando a hipótese de lesão metastática ou de segunda neoplasia primária. O doente foi encaminhado para consulta de Pneumologia para investigação complementar.

Clinicamente apresentava tosse seca com 3 semanas de evolução. Foi proposta a realização de broncofibroscopia que mostrou sinais diretos de tumor: massa oclusiva e parcialmente necrosada ao nível do brônquio lobar superior esquerdo e estenose parcial do segmento B6L, com histologia compatível com carcinoma pleomórfico de origem primária pulmonar.

CONCLUSÃO: Este caso evidencia a importância de manter um elevado grau de suspeição clínica perante achados radiológicos inesperados em doentes oncológicos. A presença de dois tumores primários distintos, adenocarcinoma do cólon e carcinoma pleomórfico pulmonar, conduziu ao diagnóstico de neoplasias síncronas, uma entidade com implicações relevantes no prognóstico e na abordagem terapêutica.

Palavras-Chave: Neoplasia; Neoplasias síncronas; Neoplasia do pulmão

138. Um derrame crónico brilhante e inesperado

IL Santos, J Leão, K Lopes

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO: O pseudoquilotórax é uma complicação rara caracterizada pela presença de líquido pleural com elevado conteúdo de colesterol, podendo ser mais frequentemente observado em doentes com doenças inflamatórias crónicas, como a artrite reumatóide, ou tuberculose. Surge, geralmente, após quadros prolongados ou recorrentes de derrame pleural, e apresenta-se habitualmente com aspeto branco leitoso.

CASO CLÍNICO: Apresenta-se o caso de uma mulher de 77 anos, com antecedentes de tabagismo pregresso de 26 UMA, tuberculose latente tratada em 2018 e artrite reumatóide sob tratamento com metotrexato, hidroxilcloroquina, etanercepte e denosumab.

Encaminhada para consulta de Pneumologia por derrame pleural crónico à esquerda, identificado há 12 anos de forma acidental, de etiologia não esclarecida, mas estável. Negava sintomatologia respiratória.

Ao exame objetivo apresentava diminuição do murmúrio

vesicular na base esquerda, tendo realizado TC torácica que revelou derrame pleural loculado à esquerda, com espessura máxima de 4,8 cm, e pleura espessada e fibrosada. Foi proposta para toracocentese diagnóstica ecoguiada, com colheita de 100mL de líquido quiloso amarelo brilhante e oleoso (ver imagem). O estudo do líquido pleural revelou características compatíveis com pseudoquilotórax no contexto de artrite reumatóide, com colesterol 206 mg/dL, triglicéridos 33 mg/dL, pH 7,5, proteínas totais 4,8 g/dL, glucose 2 mg/dL, LDH 1346 U/L, ADA 20,1 U/L e citologia com 42 células nucleadas, com presença de muitos cristais que não foram caracterizados. A microbiologia e micobacteriologia foram negativas, e a anatomia patológica não revelou células neoplásicas.

CONCLUSÃO: O pseudoquilotórax é uma complicação rara em doentes com artrite reumatóide. A história clínica detalhada, associada a exames complementares, é essencial para o diagnóstico diferencial, e o seu tratamento consiste no tratamento da etiologia subjacente e controlo sintomático nos casos que o justifiquem.

Palavras-Chave: Derrame pleural; Pseudoquilotórax; Artrite reumatóide

139. Reestenose Traqueal Precoce Após Ressecção Segmentar: A Propósito de um Caso

IM Júlio, D Godinho, MJ Lúcio, C Bárbara

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

INTRODUÇÃO: A reestenose traqueal é a recorrência da redução do calibre da traqueia após tratamento prévio, como ressecção cirúrgica. A forma precoce, embora rara, é potencialmente grave. Entre os fatores envolvidos estão a isquemia anastomótica, tensão na sutura, resposta inflamatória exacerbada com formação de tecido de granulação e infecção. O diagnóstico baseia-se em imagem e broncoscopia, sendo o tratamento individualizado, desde abordagem endoscópica até nova cirurgia.

CASO CLÍNICO: Relata-se o caso de uma mulher de 40 anos, melanodérmica, com história de malária grave em junho de 2023, tratada no Hospital da Praia (Cabo Verde), com entubação orotraqueal e ventilação mecânica durante 15 dias. Em julho de 2023 iniciou quadro de dispneia progressiva e estridor, sendo evacuada para Portugal. Foi constatada uma estenose traqueal complexa (Cotton-Meyer II/III) e submetida à colocação de prótese traqueal a 06/12/2023, a qual foi removida a 10/01/2025. A broncofibroscopia de reavaliação a 16/03/2025 revelou edema da mucosa distal, possivelmente relacionado com a prótese, tendo iniciado prednisolona 0,5 mg/kg/dia, com desmame até 10 mg/dia. A 26/03/2025 realizou ressecção segmentar da traqueia com excisão de estenose subcricoideia. O pós-operatório imediato decorreu sem intercorrências, com alta ao 7º dia e manutenção de

prednisolona 5 mg/dia. A broncofibroscopia ao 6º dia pós-operatório demonstrou cicatriz a 2 cm das cordas vocais, sem outras alterações. A histologia evidenciou tecido de granulação, fibrose, ulceração da mucosa, hemorragia e infiltrado inflamatório crónico moderado. A 09/04/2025, voltou a apresentar estridor e dispneia para pequenos esforços, verificando-se por broncofibroscopia tecido de granulação exuberante e reestenose traqueal de 5 mm. Foi então transferida para Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos Respiratórios, sendo submetida a traqueostomia a 10/04/2025, sem intercorrências.

CONCLUSÃO: Este caso destaca a importância do seguimento pós-operatório rigoroso, sobretudo em doentes com estenose complexa e uso prolongado de prótese. A formação rápida de tecido de granulação exigiu traqueostomia precoce. A atuação imediata foi essencial para prevenir complicações, reforçando a necessidade de protocolos de vigilância individualizados.

Palavras-Chave: Reestenose traqueal; Prótese traqueal; Traqueostomia.

140. Um pulmão hiperlucido

I Duarte, F Canedo, N Murinello, A Miguel

Hospital de Santa Marta - ULS São José

INTRODUÇÃO: O Síndrome de Swyer-James-MacLeod é um síndrome pulmonar raro, caracterizado fundamentalmente pela redução da vasculatura a nível pulmonar e enfisema unilateral. Frequentemente, constitui uma complicação pós-infecciosa de uma bronquiolite obliterante na infância.

CASO CLÍNICO: Uma mulher de 21 anos, natural da Guiné Bissau, foi admitida em Portugal para tratamento cirúrgico de doença valvular reumática, com necessidade de internamento por descompensação da insuficiência cardíaca com clínica de dispneia. Realizou estudo complementar com TC torácica que revelou uma atelectasia cicatricial com bronquiectasias quísticas internas na totalidade do lobo superior esquerdo, hiperinsuflação e expressão enfisematosa associadas a bronquiectasias cilíndricas do lobo inferior homolateral e expressão atrófica da artéria pulmonar principal esquerda. Para esclarecimento das alterações imagiológicas, realizou broncofibroscopia sem alterações de relevo e sem isolamentos no lavado broncoalveolar. Após otimização da patologia cardíaca com melhoria clínica, a doente teve alta para a consulta de Pneumologia. No seguimento, excluiu-se patologia imunomediada subjacente e realizou provas de função respiratória com alteração ventilatória mista. A doente manteve-se assintomática e assumiram-se alterações sequenciais compatíveis com Síndrome de Swyer-James-MacLeod com necessidade de vigilância.

CONCLUSÃO: Um pulmão hiperlucido pode representar

um sinal de alerta, pelo que um diagnóstico precoce e preciso é essencial para evitar procedimentos invasivos desnecessários. Embora essa condição seja rara, e não existam diretrizes específicas, a complicação mais comum são infecções respiratórias recorrentes. Portanto, é fundamental manter uma vigilância constante para identificar precocemente eventuais complicações, assegurando assim a melhor qualidade de vida para estes doentes.

Palavras-Chave: Síndrome Swyer-James-MacLeod, raro

141. Carcinoma adenoide quístico da traqueia - Uma abordagem pouco convencional

J Couto; A Dias; J Pereira; Y Martins

Unidade Local de Saúde de Coimbra - S. de Pneumologia

O carcinoma adenoide quístico da traqueia (TACC) é uma neoplasia rara (0,1-0,26/10000 pessoas), mas a segunda mais comum da traqueia. Caracteriza-se por crescimento indolente com aparecimento tardio de sintomas como dispneia, tosse, estridor e/ou hemoptises, dificultando o seu diagnóstico precoce.

Sexo masculino, 62 anos, não fumador, sem antecedentes de relevo, recorreu ao serviço de urgência por tosse e expectoração hemoptoica com 2 meses de evolução. Neste contexto realizou em ambulatório, tomografia computadorizada torácica (TC-Tórax) que revelou uma lesão polipoide do 1/3 médio da traqueia com 15mm de maior eixo.

À admissão, hemodinamicamente estável, sem sinais de dificuldade respiratória, SpO₂ (ar ambiente) de 97%. Sem alterações ao exame objetivo. Radiografia Torácica sem alterações a nível traqueal ou do parênquima pulmonar. Na inspeção por videobroncofibroscopia, observou-se lesão polipoide na parede lateral esquerda do 1/3 médio da traqueia. Programada abordagem por broncoscopia rígida (BR), realizou-se extensa cauterização a laser, seguida de desbridamento mecânico, com excisão total da lesão. Avaliação histopatológica compatível com carcinoma adenoide quístico da traqueia, Ki67 15%, sem mutação do gene MDM2. Estadiamento pós-procedimento sem lesões loco-regionais ou à distância sugestivas de doença neoplásica ativa.

Em discussão multidisciplinar entre a Cirurgia Torácica e Oncologia Pneumológica, considerando a excisão total da lesão por BR, ausência de doença ativa em PET-CT e elevada morbidade associada à ressecção cirúrgica com anastomose traqueal, optou-se por uma abordagem conservadora de vigilância imagiológica com TC-Tórax e inspeção endoscópica regular.

O doente mantém-se assintomático, sem evidência clínica ou imagiológica de recidiva tumoral aos 12 meses de follow-up.

Apesar da ressecção cirúrgica com anastomose “topo-a-topo” ser recomendada no TACC não metastizado, a excisão completa só é atingida em 42 a 57% dos casos. A raridade da doença e ausência de guidelines para uma orientação uniformizada reforçam a importância da discussão multidisciplinar, ponderando comorbilidades do doente, morbidade do procedimento e a experiência do centro.

Palavras-Chave: Tracheal Neoplasms; Adenoid Cystic Carcinoma; Minimally Invasive Surgical Procedures; Bronchoscopy

142. Pneumonite de Hipersensibilidade: um diagnóstico em construção

JM Bento, J Barata, CL Rodrigues, S Lopes, DM Sousa, AP Craveiro, M Martins, M Baptista, E Magalhães, I Vicente, MJ Valente, MS Valente

ULS da Cova da Beira

INTRODUÇÃO: A Pneumonite de Hipersensibilidade (PH) é uma síndrome mediada imunologicamente, que resulta da inflamação do parênquima pulmonar e das vias aéreas de pequeno calibre. Esta reação é secundária a uma inalação repetida e prolongada de antigénios, para a qual o indivíduo está sensibilizado. Na Europa, a incidência de PH varia entre 0.3-0.9/100.000 habitantes.

CASO CLÍNICO: Mulher, 66 anos, autónoma, empregada doméstica, seguida previamente em consulta de Reumatologia, por antecedentes de fenómeno de Raynaud desde os 60 anos. Referenciada a consulta de Doenças do Interstício Pulmonar, por quadro clínico com cerca de 2 anos de evolução, caracterizada por dispneia de esforço (mMRC1), tosse seca de predomínio matinal, perda ponderal de 6kg em 5 meses (que associa a dieta), anorexia e queixas de pirose. Apresentava exposição a galinhas, pombos, cães e gatos, bem como humidade no interior da sua habitação. Ao exame objetivo, destacase crepitações bibasais. A tomografia computadorizada de tórax mostrou “Padrão reticular de predomínio subpleural com vidro despolido difuso mais evidente e exuberante nos lobos inferiores, lobo médio e língula”. Do estudo realizado destacam-se precipitinas negativas e lavado broncoalveolar com linfocitose de 25%. O painel de autoimunidade evidenciou ANA positivo e ENA positivo fraco. As provas de função respiratória (PFR) eram normais. O caso clínico foi discutido em reunião multidisciplinar de interstício, tendo-se decidido propor a doente para criobiópsia pulmonar transbrônquica, que evidenciou “Parênquima pulmonar com pneumonia intersticial fibrosante com alguns aspetos de PH fibrótica provável”. Foi assumido o diagnóstico de PH fibrótica provável e iniciado o tratamento com Micofenolato de Mofetil. Doente mantém seguimento em consulta de

Pneumologia, mantendo-se estável, sem agravamento da sintomatologia e com melhoria imagiológica do padrão de vidro despolido.

CONCLUSÃO: Neste caso, a suspeita inicial de alterações pulmonares secundárias a patologia reumatológica de base não se confirmou. A colheita de uma boa anamnese, enaltecendo a história de exposições, e os exames complementares de diagnóstico realizados foram fundamentais para o diagnóstico de PH, uma patologia bastante rara.

Palavras-Chave: Pneumonite de Hipersensibilidade; Fenómeno de Raynaud; Dispneia

143. Hidden cause of Hypoxemia - A two case insight

J. Montês; B. Maio; MO. Ramos; M. Grafino; S. Madeira; ST. Furtado

Hospital da Luz Lisboa

The management of hypoxemic patients requires a structured clinical thought, as multiple etiologies may be involved. In some cases, hypoxemia is not fully explained by the initial findings. We present two cases of a usually overlooked and undertreated cause of hypoxemia, underlining the importance of a thorough workup

1-74-year-old non-smoking woman with history of obesity and hypothyroidism reported fatigue and dyspnea over the past 2-3 years. Physical examination was unremarkable. Laboratory tests were normal. Arterial blood gases (ABG) showed isolated severe hypoxemia (partial pressure of oxygen (PaO₂) of 60mmHg) with maintained desaturation on 6-minute walk test (6MWT). Pulmonary function tests (PFT) had weak collaboration but showed a mild diminished DLCO and TLC. Chest CT-scan showed basal-predominant ground-glass opacities with pulmonary trunk ectasia. The baseline echocardiogram was normal. Considering that the severity of hypoxemia was disproportional to the findings, further investigation with echocardiogram with agitated saline solution was done and revealed a patent foramen ovale (PFO) with right to left shunt.

2-66-year-old woman, former smoker (40 pack-years), reported fatigue with moderate exertion and occasional productive cough. Physical examination was unremarkable. ABG showed severe isolated hypoxemia (PaO₂ 58mmHg) and PFTs revealed mild airway obstruction without other alterations (FEV₁/FVC post-bronchodilation 65,2%; FEV₁ post-bronchodilation 75%; DLCO 89%). Chest CT-scan was innocent. 6MWT showed a low mean oxygen saturation (90,8%) without other alterations. Again, the severity of hypoxemia seemed disproportionate to the mild COPD and an echocardiogram with agitated saline showed a PFO with severe right to left shunt.

Both patients underwent PFO percutaneous closure and had clear and sustained improvement of symptoms, ABG

and 6MWT results. Post-intervention echocardiogram on both cases revealed a well-positioned PFO closure device with vestigial shunt.

These cases highlight the importance of a comprehensive evaluation in patients with unexplained isolated hypoxemia, particularly the role of agitated saline echocardiogram for identification of significant right to left shunt through a PFO which can be masked by other causes. Percutaneous closure resolves PFO associated hypoxemia.

Palavras-Chave: Hypoxemia; Patent foramen ovale;

144. Metástase pulmonar de neoplasia mamária oculta: quando o pulmão revela o inesperado

J Freitas, A Monteiro, C Jardim, I Torres, M Emiliano, A Miguel

Hospital Santa Marta

INTRODUÇÃO: O envolvimento pulmonar está presente em cerca de 60% dos tumores metastáticos da mama. Embora incomum, quando há uma regressão da neoplasia primária, este pode ter uma forma de apresentação atípica e desafiadora.

CASO CLÍNICO: Mulher de 67 anos, previamente autónoma, reformada de professora universitária, fumadora de 80 unidades maço-ano, sem outros antecedentes pessoais ou medicação habitual.

Foi levada ao serviço de urgência por alterações comportamentais e perda progressiva de autonomia. Apurou-se, também, perda ponderal não quantificada, desequilíbrios frequentes e diminuição da força muscular dos 4 membros, sem qualquer sintomatologia do foro respiratório. Ao exame objetivo destacavam-se uma hemiparésia grau IV/V dos 4 membros e um murmúrio vesicular globalmente diminuído à auscultação. Analiticamente, apresentava anemia normocítica normocrómica e elevação dos parâmetros inflamatórios. Realizou uma TC e RM cranioencefálicas que identificaram uma lesão no hemisfério cerebeloso direito a condicionar efeito de massa local regional. Face à elevada carga tabágica, pediu-se uma TC-torácica que documentou a presença de uma volumosa massa, com 13,5 x 10,6cm, que ocupava todo o lobo superior do pulmão esquerdo e que invadia as primeiras sete costelas e a crossa da aorta. Realizou uma PET-CT que não identificou outras lesões suspeitas, para além das já mencionadas. Optou-se por realizar uma BATT da lesão pulmonar previamente referida, cujo resultado histológico revelou tratar-se de uma metástase de um carcinoma da mama HER2+ e com recetores estrogénios e progesterona negativos. Efetuamos uma revisão das lâminas e confirmou-se o resultado. Face ao exposto, prosseguiu-se com a realização de uma mamografia e ecografia que não identificaram quaisquer lesões. A doente apresentou uma

deterioração significativa do estado geral, acabando por falecer no decurso do internamento.

CONCLUSÃO: Apesar dos avanços na deteção e tratamento do cancro da mama, esta continua a ser das neoplasias com maior taxa de mortalidade entre as mulheres. A rápida progressão da doença e o desfecho fatal sublinham a necessidade de uma maior consciencialização sobre as apresentações atípicas do cancro da mama e a importância da investigação minuciosa e da colaboração multidisciplinar para otimizar o tratamento e melhorar os resultados.

Palavras-Chave: Neoplasia primária oculta; Cancro da mama; Metástase pulmonar;

145. Mudança de Direção: O Nódulo Muscular que Levou ao Pulmão

JS Guerreiro, A Soveral, JM Correia

Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz

INTRODUÇÃO: A investigação de lesões musculares em doentes com antecedentes de neoplasias deve ser feita de forma meticulosa, dado que, embora pouco frequentes, podem revelar tumores primários em locais inesperados. O diagnóstico de metástases musculares exige uma abordagem diagnóstica multidisciplinar para uma correta avaliação da origem da lesão.

CASO CLÍNICO: Homem de 76 anos, com história de adenocarcinoma do recto alto ressecado em outubro de 2023, e com diversas comorbidades incluindo Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e cirrose hepática. Apresenta-se no serviço de urgência com queixas neurológicas e de marcha, com hemiparesia esquerda e quedas associadas, levando a uma investigação focada na progressão da sua neoplasia rectal. No entanto, durante a avaliação, foi identificado um nódulo muscular e a sua excisão confirmou a metastização por adenocarcinoma pulmonar. Esta descoberta é particular, dado que o doente não apresentava sintomatologia respiratória significativa, o que desafiou a linha diagnóstica inicial que estava orientada para a recidiva do adenocarcinoma do recto. A biópsia revelou um adenocarcinoma pulmonar com PD-L1 positivo, com mutações negativas e o restante estudo desmascarou uma doença metastática extensiva, incluindo lesões cutâneas, adenopáticas e cerebrais múltiplas.

CONCLUSÕES: Este caso ilustra a complexidade do diagnóstico diferencial em doentes com antecedentes de neoplasias, onde a evolução de sintomas neurológicos e musculares pode mascarar a presença de uma neoplasia pulmonar. A descoberta de metastização muscular como primeiro indício de adenocarcinoma pulmonar destaca a importância de manter uma abordagem diagnóstica ampla, mesmo em doentes com histórico de neoplasia,

para evitar atrasos na identificação de patologias raras e evolutivas.

Palavras-Chave: Neoplasia Pulmonar, Diagnóstico Diferencial, Metástase Muscular, Marcha Diagnóstica

146. Aspergiloma: um caso com abordagem cirúrgica

L Mendes; C Durão; P Santos; J Nascimento; P Pinto

ULS Santa Maria

INTRODUÇÃO: A Aspergilose Pulmonar Crónica é uma infeção pulmonar causada por fungos do género *Aspergillus*, sendo a espécie *Aspergillus fumigatus* a mais frequentemente envolvida. Esta condição manifesta-se predominantemente em indivíduos imunossuprimidos ou com patologias pulmonares pré-existentes, como a Tuberculose, na qual a presença de cavidades pulmonares pode favorecer a colonização pelo fungo. As hemoptises constituem um dos sintomas mais característicos da doença.

DESCRIÇÃO: Mulher, 26 anos, melanodérmica. A destacar de antecedentes pessoais, tuberculose pulmonar diagnosticada em 2020, tratada com terapêutica antibacilar, e infeção crónica a vírus da Hepatite B. Recorreu ao serviço de urgência por história de hemoptises em abundante quantidade, tendo relatado episódios semelhantes com alguns meses de evolução, apesar de em menor volume. Analiticamente apenas a destacar anemia ligeira de 11,1 g/dL. Gasometricamente sem insuficiência respiratória. Realizada Tomografia Computadorizada do tórax com protocolo de angiografia, tendo-se evidenciado, no segmento ápico posterior do lobo superior esquerdo, imagem cavitada, parcialmente preenchida, com 18 mm, e outra menor, com 12 mm, no segmento posterior do lobo superior direito, sugerindo diagnóstico de aspergiloma. As hemoptises foram controladas com terapêutica médica. Realizada broncofibroscopia com lavado broncoalveolar, evidenciando-se resultado positivo para Galactomanan. Assumida Aspergilose Pulmonar Crónica tendo iniciado terapêutica com Voriconazol. Proposta para embolização da artéria brônquica esquerda que decorreu sem intercorrências, mantendo-se à data atual sem novos episódios de hemoptises.

CONCLUSÃO: Com este caso clínico destaca-se a necessidade de uma vigilância e grau de suspeição maior para infeções oportunistas em doentes com patologia pulmonar prévia. Para além disso, pretende-se evidenciar a relevância de uma abordagem diagnóstica precisa em pacientes com hemoptises, de forma a direcionar o tratamento e prevenir desfechos negativos. A abordagem principal desta condição baseia-se no uso de antifúngicos, contudo, em casos mais graves e/ou recorrentes e com o objetivo de evitar hemorragias fatais, a embolização das artérias brônquicas surge como uma estratégia terapêutica de grande importância.

Palavras-Chave: Aspergiloma; Embolização; Hemoptises; Voriconazol

147. O pulmão hiperlucente - um caso raro de Síndrome de Swyer-James-MacLeod

L Lopes, LV Rodrigues, P Matos, M Santis, L Barradas

ULS Coimbra, IPO Coimbra

INTRODUÇÃO: A síndrome de Swyer-James-MacLeod é uma entidade rara, caracterizada por hiperlucência unilateral pulmonar. Embora a sua patogénese não esteja completamente esclarecida, acredita-se que esteja associada a infeções respiratórias na infância que levam a alterações vasculares e parenquimatosas. O diagnóstico é desafiante devido à apresentação clínica inespecífica, podendo mimetizar outras doenças respiratórias comuns, como DPOC, asma, pneumotórax ou TEP.

CASO: Apresenta-se o caso de uma mulher de 26 anos, não fumadora, com exposição passiva crónica ao fumo do tabaco no domicílio. Foi encaminhada para consulta de Pneumologia devido a achados incidentais em TC torácica, realizada durante a investigação de um nódulo na região clavicular direita. Nos antecedentes pessoais destaca-se uma hérnia diafragmática congénita esquerda, corrigida no período perinatal. Sem história de infeções respiratórias recorrentes na infância. Ao exame físico, encontrava-se eupneica em repouso e em ar ambiente. A auscultação pulmonar revelou discreta diminuição do murmúrio vesicular bilateralmente. As provas de função respiratória evidenciaram mecânica ventilatória e capacidade de difusão preservadas. O doseamento sérico de alfa-1-antitripsina estava dentro dos valores normais. A análise detalhada da TC torácica revelou hiperlucência do parênquima pulmonar esquerdo, com marcada assimetria em relação ao pulmão contralateral. A integração dos dados imagiológicos com os antecedentes clínicos da doente levantou a suspeita de uma malformação congénita de origem vascular pulmonar, compatível com síndrome de Swyer-James-MacLeod. Esta hipótese diagnóstica tornou-se a mais provável, praticamente excluindo etiologia de natureza oncológica.

CONCLUSÃO: Este caso ilustra uma apresentação assintomática da síndrome de Swyer-James-MacLeod em adulto jovem, sublinhando a raridade e o interesse clínico do diagnóstico. A identificação incidental reforça a importância da correlação clínica e imagiológica para evitar diagnósticos errados e intervenções desnecessárias.

Palavras-Chave: Swyer-James-MacLeod, hiperlucência, imagem, raro

148. Tic cough in pediatrics: a challenging diagnosis

L Balanco, C Loureiro

ULS Coimbra

BACKGROUND: Chronic cough in children can be very disturbing, negatively impacting family life, school performance and social interactions. It can also lead to excessive medical care resources, costly diagnostic tests and even overdiagnosis and unnecessary therapeutics. Herein, we describe a case of tic cough that was misdiagnosed for 4 years.

CLINICAL CASE: 8 year-old-male patient was referred to pediatrics allergology appointment for debilitating chronic cough. The patients symptoms had begun 4 years before and were characterized by insidious onset of cough that changed over the years: occasionally, when the patient had other symptoms like fever and coryza it was bitonal and worse at night, but usually it was monotonal and resolved during night time, when the patient was sleeping. There was no wheezing or sputum. There were no other vocal or motor tics. The cough was worse when other family members had a cough and during stressful situations. Preceding medical history was unremarkable. Lung function tests were normal. Allergy screening was negative. Head CT scan was normal. He was on inhaled corticosteroids, salbutamol and montelukast for 2 years without improvement. He was observed at a pedopsychiatry appointment where he was diagnosed with Tourette syndrome and started on aripiprazole. Parents dropped out of medication for fatigue and mood changes. Parents' divorce and patient separation from his siblings overlapped the beginning of symptoms. He was diagnosed with tic cough and started cognitive behavior therapy strategies with improvement during appointment.

CONCLUSION: A careful medical history and physical examination is mandatory for establishing tic cough diagnosis. Raising awareness in medical professionals about tic cough is crucial for distinguishing it from other medical conditions in order to prevent overdiagnosis and harmful therapeutics.

Palavras-Chave: Tic cough, pediatrics, chronic cough

149. Micobacteriose em doente imunossuprimido. Um desafio diagnóstico e terapêutico.

M d'Almeida, S Ferreira, MP Valério, J Duarte, O Santos

Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

INTRODUÇÃO: O desenvolvimento de doença pulmonar por micobactérias não tuberculosas depende da interação entre o agente, o hospedeiro e o ambiente. As alterações estruturais e o estado de imunossupressão constituem os principais fatores de risco. É necessária a existência

de semiologia, alterações imagiológicas e isolamento microbiológico para o diagnóstico.

CASO CLÍNICO: Apresento o caso de uma mulher de 76 anos, não fumadora, funcionária de limpeza, referenciada à consulta externa de Pneumologia após internamento em Nefrologia por vasculite ANCA-MPO com apresentação Síndrome Pulmão-Rim e necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo, hemodiálise e plasmaferese. Tem antecedentes pessoais de asma e tiroidite autoimune; na medicação habitual, salienta-se ciclofosfamida 10mg/kg mensal, prednisolona 5mg diária e cotrimoxazol profilático. Na primeira avaliação em ambulatório encontrava-se assintomática e sem alterações de relevo ao exame objetivo, tendo sido solicitada TC Tórax de reavaliação. O exame de imagem demonstrou resolução quase total de lesões nodulares presentes previamente nos lobos inferiores e lobo médio e persistência de alterações fibrocicatriciais nos ápices dos lobos superiores. Contudo, o exame revelou micronódulos centrilobulares com distribuição em árvore em botão nos lobos inferiores, médio e lóbula que não estavam presentes previamente. Na segunda consulta, a doente apresentava tosse não produtiva e roncos na base direita na auscultação pulmonar. Foi medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e claritromicina, tendo sido solicitada broncoscopia flexível com lavado broncoalveolar e pesquisa do antigénio de *Pneumocystis jirovecii*. Endoscopicamente, identificaram-se secreções mucosas escassas e mucosa friável; no aspirado traqueobrônquico foi isolado *Mycobacterium intracelulare* e o Teste de Sensibilidade aos Antibióticos (TSA) foi sensível a claritromicina. Iniciou tratamento com rifampicina, etambutol e azitromicina; a azatioprina foi suspensa.

CONCLUSÃO: No caso apresentado, a imunossupressão secundária ao tratamento da vasculite pode ter contribuído para o desenvolvimento de Micobacteriose. As alterações imagiológicas podem ser inespecíficas e, frequentemente, motivam a realização de broncoscopia flexível. A decisão de iniciar tratamento não é linear e o esquema deve ser guiado pelo TSA.

Palavras-Chave: Micobacteriose. Vasculite. Imunossupressão.

150. Cavidade oral um local incomum de metastização pulmonar

MI Abreu, S Costa, R Pereira, MJ Moura, J Lourenço, D Perez, L Sousa, F Estevinho, T Amaro, AL Ramos

ULS Matosinhos

INTRODUÇÃO: A maioria dos doentes apresenta, ao diagnóstico de cancro do pulmão, doença em estadio avançado e são comuns sintomas focais de doença metastática. Os locais mais comuns de metastização do adenocarcinoma são: pleura,

pulmão e osso.

DESCRIÇÃO: Homem, 71 anos, ECOG-PS 0, fumador ativo (CT 150UMA), sem outros antecedentes relevantes, recorreu ao SU por agravamento da tosse e expectoração habituais (agora purulenta), febre, perda de 3kg com 3 meses de evolução e sem melhoria após antibioterapia. Aparecimento de lesão na gengiva, com 10 dias, indolor e com drenagem purulenta. Ao exame objetivo destacava-se: diminuição do MV na ½ superior do HT esquerdo e na cavidade oral lesão ulcero-vegetante, mole, friável com exsudado, na arcada inferior, na região dos incisivos à esquerda, com envolvimento da peça dentária. Sem adenopatias supraclaviculares, cervicais ou submandibulares palpáveis. Analiticamente, elevação ligeira dos parâmetros inflamatórios e na TC torácica massa no LSE de 7,7cm. O exame anátomo-patológico da BTT revelou adenocarcinoma (TTF1, Napsin-A, CK20 e p40 negativos; PDL-1>50% e NGS sem mutações alvo). PET-TC destaca-se massa LSE (Q.SUVmáx 27), adenopatia bronco-hilar esquerda (Q.SUVmáx 2) e na janela aorto-pulmonar. BFC/EBUS-TBNA lesão nacarada morulada no segmento medial do BLID, com lavado e escovado brônquico com características de adenocarcinoma e estações 11Rs, 7,4L e 11L (única não puncionada), todas sem malignidade. RMN-CE sem LOE. TC Maxilo-facial: erosão da cortical óssea externa e osso trabecular, sem evidência de realce após contraste ou presença de componente tecidual na arcada inferior esquerda, ao nível dos incisivos. O doente reiniciou antibioterapia admitindo-se granuloma piogénico, verificou-se apirexia, mas a lesão aumentou. Esta foi excisada e o anátomo-patológico revelou metástase de adenocarcinoma pulmonar (cT4,N0,M1b-IVA).

CONCLUSÃO: A metastização do adenocarcinoma pulmonar para a cavidade oral é rara. Aliás, as lesões secundárias representam 1% das neoplasias dessa região. Assemelham-se às infeções odontogénicas e a tumores benignos o que dificulta o diagnóstico. Assim, é essencial a suspeição e a biópsia pois, têm implicações no estadiamento/prognóstico e terapêutica, como enfatizado.

Palavras-Chave: Adenocarcinoma pulmonar; metástase; Cavidade oral; raro

151. Atoll sign e cavitação pulmonar - que doença granulomatosa escolher?

MO Ramos; A Alfaiate; J Montês; VS Martins; ST Furtado;

Hospital da Luz Lisboa

INTRODUÇÃO: A tuberculose pulmonar (TP) continua a representar um desafio de saúde pública em Portugal, devido à sua elevada prevalência. Embora as manifestações clínicas e radiológicas clássicas sejam bem descritas, as apresentações atípicas podem tornar

o diagnóstico desafiante. Na TC de tórax, a presença do sinal do halo invertido (“atoll sign”)-opacidade central em vidro despolido rodeada por anel de consolidação-pode estar presente na TP, no entanto, existe uma ampla variedade de diagnósticos diferenciais como a pneumonia organizativa, infeções fúngicas, enfarte pulmonar, sarcoidose e granulomatose com poliangéite.

CASO CLÍNICO: Homem, 44 anos, fumador (18 UMA), hipertenso e obeso. Internado por quadro de tosse seca, dispneia (mMRC 2) e febre há 1 semana, sem resposta ao antibiótico empírico iniciado em ambulatório. Negava perda ponderal, sudorese noturna ou hemoptise. Ao exame objetivo, destacava-se polipneia e auscultação com murmúrio vesicular rude. Gasimetria arterial: insuficiência respiratória parcial. Rx tórax: infiltrados nodulares bilaterais. TC torácica: opacidades bilaterais em vidro despolido, algumas com sinal do halo invertido, de predomínio nos lobos superiores, cavitações no lobo superior esquerdo (maior de 23mm) e adenopatias mediastinais e hilares, a sugerir processo granulomatoso. Análises sem alterações, incluindo serologia HIV, estudo da autoimunidade, hemoculturas, antigenúrias *S. pneumoniae* e *L. pneumophila* e vírus respiratórios negativos. Realizou broncofibroscopia com biópsias pulmonares transbrônquicas e EBUS-TBNA (nas estações 4R, 7, 11L e 11R) cuja avaliação anatomopatológica não identificou células neoplásicas ou granulomas. No estudo do LBA, o BAAR, PCR e cultura para *Mycobacterium tuberculosis complex* foram positivas. Perante o diagnóstico de TP, iniciou terapêutica antibacilar (HRZE) em internamento com evolução favorável e posterior seguimento no Centro de Diagnóstico Pneumológico.

CONCLUSÃO: O diagnóstico diferencial de lesões cavitadas e sinal do halo invertido é amplo, especialmente em doentes jovens, imunocompetentes e com sintomas respiratórios agudos inespecíficos. As doenças granulomatosas constituem uma das principais etiologias, e, considerando o contexto epidemiológico nacional, a TP deve ser considerada, a fim de garantir o diagnóstico e intervenções precoces.

Palavras-Chave: tuberculose pulmonar. Sinal do halo invertido.

152. Aspergilose invasiva pulmonar num doente imunocompetente

M Almeida, D Canhoto, L Lopes, M Afonso

ULS Coimbra

INTRODUÇÃO: A aspergilose pulmonar é uma doença causada por invasão das vias aéreas ou pulmão ou disseminação extrapulmonar de fungos do género *Aspergillus*, mais comumente *Aspergillus fumigatus*. Ocorre habitualmente em contexto de imunossupressão associado a neoplasias hematológicas e transplantação,

sendo raro em doentes imunocompetentes.

CASO CLÍNICO: Homem de 39 anos, construtor civil, fumador com antecedentes de asma e consumos tóxicos inalados, com quadro em agravamento de dispneia para pequenos-médios esforços, pieira, febre e tosse produtiva com 15 dias de evolução. Cumpriu amoxicilina e ácido clavulânico durante 7 dias, com resolução isolada da febre. Posteriormente, em TC torácica identificaram-se 4 nódulos nos lobos superiores (diâmetro 1-2 cm), três dos quais cavitados. A baciloscopia e pesquisa de micobactérias por PCR da expectoração foram negativas. Para investigação e estabilização adicional foi internado, sob levofloxacina e corticoterapia sistémica por exacerbação sintomática da patologia de base. Do estudo complementar destaca-se, estudo autoimune, marcadores tumorais e HIV negativos e IgE aumentada (261 UI/ml). Submetido a videobroncoscopia, verificou-se o isolamento em aspirado brônquico e lavado broncoalveolar de *Aspergillus Fumigatus*, assim como positividade para antígeno Galactomannan sérico, pelo que iniciou subseqüentemente terapêutica com voriconazol 300 mg 2 id, com boa resposta clínica e analítica.

CONCLUSÃO: Imagens nodulares cavitadas em TC torácica em doentes imunocompetentes, impõem diagnóstico diferencial entre processos infecciosos, tumorais e vasculíticos. O diagnóstico precoce e confirmado com início de terapêutica dirigida com voriconazol foram determinantes na evolução clínica favorável.

Palavras-Chave: Aspergilose, *Aspergillus fumigatus*, imunocompetente

153. Colangite biliar primária - um caso de envolvimento pulmonar

M Almeida, M Afonso

ULS Coimbra

INTRODUÇÃO: A colangite biliar primária (CBP) é uma doença coleostática crónica progressiva. A doente típica é mulher de meia-idade, com fadiga e prurido ou assintomática com hepatomegalia ou elevação sérica da fosfatase alcalina. Os anticorpos anti-mitochondriais (AMAs) são detectados em mais de 95% dos casos e são considerados patognomónicos da doença. Embora o envolvimento pulmonar seja reconhecido como manifestação extra-hepática da CBP, a frequência de doença pulmonar intersticial (DPI) nestes doentes permanece desconhecida. Apresenta-se um caso de doença pulmonar difusa numa doente com CBP.

CASO CLÍNICO: Mulher de 78 anos, com antecedentes de CBP com AMA positivos e de polisserosite (derrame pleural e pericárdico), apresentava quadro de astenia, dor pleurítica e mialgias com 2 dias de evolução, sem tosse ou febre. Foi diagnosticada com pneumonia

adquirida na comunidade, tendo realizado dois ciclos de antibioterapia (amoxicilina + ácido clavulânico e levofloxacina) em ambulatório, sem melhoria clínica. Por persistência do quadro com tosse seca e astenia, o estudo foi complementado com TC torácica que demonstrou áreas de densificação parenquimatosa pulmonar de predomínio subpleural, sugestivas de pneumonia organizativa. A pesquisa de micobactérias na expectoração e aspirado brônquico foi negativa. Submetida a broncofibroscopia, que não detectou alterações anatómicas; o lavado broncoalveolar revelou predomínio de linfócitos com relação CD4/CD8 de 2,1; abundantes histiócitos e ausência de células neoplásicas no exame citológico. Assumindo-se contexto secundário iniciou corticoterapia com melhoria clínica e radiológica.

DISCUSSÃO: As doenças pulmonares intersticiais, como a pneumonia organizativa, devem ser consideradas como diagnóstico diferencial de pneumonia não resolvida em doentes com CBP e sintomatologia respiratória persistente. A realização de TC de alta resolução e provas de função respiratória para pesquisa de DPI, deve ser regularmente considerada em doentes CBP, principalmente naqueles que apresentam fatores de risco.

Palavras-Chave: Colangite biliar primária, pneumonia organizativa, doença intersticial pulmonar

154. Dispneia e infiltrados pulmonares pós-radioterapia - nem tudo é pneumonite rádica

MI Pereira, C Alves, V Figueiredo, M Anciães, C Pardal

ULS Amadora Sintra

INTRODUÇÃO: A pneumonia organizativa (PO) é uma complicação rara (<3%) da radioterapia (RT) para o cancro da mama. É diagnosticada em doentes que fizeram RT nos últimos 12 meses, que desenvolveram sintomas respiratórios há pelo menos duas semanas, com aparecimento de infiltrados pulmonares fora da área irradiada (por oposição à pneumonite rádica).

A hormonoterapia foi reportada como fator de risco para PO pós-RT, mas o tamoxifeno ainda não foi claramente comprovado como causa de PO.

CASO CLÍNICO: Sexo feminino, 56 anos, não fumadora, com carcinoma invasivo das duas mamas, submetida a tumorectomia mamária bilateral seguida de RT mamária bilateral e hormonoterapia com tamoxifeno. Cerca de três meses após **CONCLUSÃO:** da RT, iniciou quadro de tosse seca e cansaço fácil. As alterações imagiológicas (padrão em vidro despolido anterior nos lobos superiores, lobo médio e língula) eram compatíveis com pneumonite rádica. Analiticamente, não apresentava leucocitose, mas tinha PCR 8,5mg/dL. Foi assumida pneumonite rádica e iniciou corticoterapia (CT). Cumpriu curso de

levofloxacina por possível sobreinfecção bacteriana. Houve melhoria clínica e radiológica inicial. Com o desmame da CT, ocorreu recidiva das queixas com dispneia mMRC3. A reavaliação imagiológica mostrou quase resolução das alterações iniciais e aparecimento de consolidações bilaterais, algumas com broncograma aéreo, com opacidades subpleurais em banda, sugestivas de pneumonia organizativa. Realizou LBA que documentou linfocitose (44%) e criobiópsias pulmonares que não documentaram alterações valorizáveis. Reiniciou CT com melhoria clínica e imagiológica das lesões iniciais, mas surgimento de novas consolidações. A doente iniciou micofenolato mofetil como poupador de corticóide e, se tolerar, iniciará nova tentativa de desmame de CT.

CONCLUSÃO: A PO pós-RT é uma complicação rara da RT para o cancro da mama habitualmente com boa resposta à CT, porém a recidiva é comum com o desmame da CT. Na ausência de resposta à CT, deve considerar-se biópsia pulmonar para confirmar o diagnóstico de PO.

Palavras-Chave: Radioterapia, pneumonia organizativa, interstício

155. O papel da biópsia pulmonar na doença pulmonar quística

M Tavares, S Ferreira, A Paiva, R Costa, P Fernandes, A Vasconcelos, C Souto-Moura,

ULS Guarda

INTRODUÇÃO: As doenças pulmonares quísticas constituem um grupo de doenças raras que pode representar um desafio diagnóstico. Uma abordagem multidisciplinar que tenha em conta os achados clínicos, laboratoriais e imagiológicos, permite um diagnóstico na maioria dos casos. Contudo, quando a dúvida diagnóstica se mantém e a confirmação é essencial, a avaliação histopatológica é fundamental. **CASO CLÍNICO:** Doente do sexo feminino, 47 anos, não fumadora, assistente dentária, foi referenciada à consulta de Doenças Pulmonares Difusas por quadro de perda ponderal e dispneia com 3 meses de evolução, associados a uma TC Tórax com quistos pulmonares sugestivos de Linfangioleiomiomatose (LAM). Como antecedentes respiratórios destaca-se exposição passiva ao tabaco e periquitos na infância. Nega história de pneumotórax ou derrame pleural. Do estudo analítico, autoimunidade negativa e VEGF-D<800pg/mL; funcionalmente com diminuição da DLCO (71% do previsto). Imagiologicamente a TC-TAP confirmou suspeita de LAM e excluiu angiomiolipomas. Após discussão do caso em RMD, foi decidido realizar biópsia pulmonar, tendo a doente optado pela abordagem cirúrgica por VATS uniportal, onde foram ressecados 2 fragmentos pulmonares. O resultado histológico não identificou achados morfológicos que confirmassem o diagnóstico de LAM, mas sim aspetos compatíveis com Pneumonite de Hipersensibilidade (PH). Dada a disparidade entre

os achados, realizou-se broncofibroscopia com LBA e doseamento de precipitinas. Não foram identificadas alterações na contagem celular do LBA, contudo, as precipitinas de periquito apresentaram resultado positivo. Tendo em conta a dificuldade em estabelecer um diagnóstico definitivo, este caso será novamente discutido em RMD. **CONCLUSÃO:** Devido ao número crescente de patologias que se apresentam sob a forma de doença pulmonar quística, estabelecer um diagnóstico definitivo é, por vezes, uma tarefa árdua. Nestes casos, em que existe uma extensa sobreposição entre as características clínicas e imagiológicas, a biópsia pulmonar e a avaliação histopatológica podem ser cruciais para estabelecer um diagnóstico fiável.

Palavras-Chave: Doenças pulmonares quísticas; Linfangioleiomiomatose; Pneumonite de Hipersensibilidade; Biópsia pulmonar

156. Tuberculose ganglionar com apresentação atípica: a propósito de um caso clínico

M Tavares, I Junqueiro, M Junqueiro, M Seabra, R Reis

ULS Guarda

INTRODUÇÃO: A tuberculose ganglionar é a forma mais frequente de tuberculose extrapulmonar, representando um desafio diagnóstico, sobretudo em jovens imunocompetentes com quadro atípico. A apresentação sob a forma de parotidite com fistulização cutânea é rara e pode atrasar o diagnóstico. Este caso realça a importância de uma abordagem multidisciplinar e de um elevado índice de suspeição clínica, especialmente em doentes oriundos de áreas endémicas.

CASO CLÍNICO: Homem, 20 anos, angolano, estudante, a residir em Portugal há 1 ano, avaliado por ORL por tumefação parotídea direita de crescimento indolente com drenagem cutânea purulenta intermitente com 8 meses de evolução. Sem clínica respiratória ou antecedentes relevantes. Ecografia mostrou globosidade da parótida direita, adenopatias cervicais e intraparotídeas heterogéneas, trajecto fistuloso entre a adenopatia intraparotídea mais superficial e a pele, e colecção abcedada envolvendo o masseter direito. TC e RM cervicotorácicos confirmaram estes achados, bem como o conteúdo necrótico das adenopatias. Parênquima pulmonar sem alterações. Biópsia de adenopatia cervical revelou linfadenite granulomatosa necrotizante e plasmocitose sugestiva de etiologia infecciosa/autoimune mas com pesquisa de DNA de *Mycobacterium Tuberculosis Complex* (MTC) negativa. Realizou exame micobacteriológico de expectoração, serologias e IGRA, sendo este último o único positivo. A excisão ganglionar foi evitada por risco de fístula; realizou-se zaragatoa do exsudato, com exame direto e PCR negativos, mas com cultura positiva para MTC, confirmando o diagnóstico de tuberculose ganglionar. No CDP iniciou esquema

com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. TSA confirmou tuberculose multissensível. Atualmente, encontra-se em fase de manutenção, com boa tolerância à medicação, regressão da tumefação parotídea e encerramento da fistula.

CONCLUSÃO: Este caso ilustra uma apresentação rara de tuberculose, reforçando a importância de considerar esta etiologia perante tumefações cervicofaciais persistentes, mesmo na ausência de sintomas respiratórios/sistémicos, particularmente em indivíduos provenientes de zonas endémicas. A terapêutica antituberculostática levou a resolução progressiva das lesões e ausência de complicações, sublinhando a importância de uma abordagem diagnóstica precoce.

Palavras-Chave: tuberculose ganglionar; parotidite; fistula cutânea

157. *Achromobacter* Xylosoxidans - uma causa improvável de infeção num doente imunocompetente

ML Silva, JM Macedo, LFS Silva, AL Trigueira, C Cruz, J Ferreira

ULS Entre Douro e Vouga

INTRODUÇÃO: *Achromobacter xylosoxidans* é um bacilo Gram negativo que está associado a infeção em indivíduos com imunodepressão e fibrose quística (FQ). Em doentes com FQ, tem uma prevalência entre 2-11%, sendo rara em imunocompetentes sem FQ. O seguinte caso detalha o isolamento desta bactéria num indivíduo imunocompetente com bronquiectasias não FQ.

CASO CLÍNICO: Mulher, 64 anos, seguida na consulta de Pneumologia por bronquiectasias. O estudo etiológico das bronquiectasias, incluindo imunoglobulinas, anticorpos específicos para pneumococo e tétano, e teste VIH, foi normal. Apresentou agravamento clínico com aumento do volume e purulência da expetoração. O exame bacteriológico da expetoração identificou *A. xylosoxidans*. Tratando-se de um isolamento atípico, foi contactado o Centro de Referência de FQ que sugeriu esclarecimento com colheita por broncofibroscopia, que confirmou este isolamento.

Sendo este tipo de microrganismo atípico em doentes imunocompetentes, sem FQ, opta-se por aprofundar o estudo. Para exclusão de FQ, fez teste do suor por método de condutividade com valor intermédio. Realizou teste genético, não tendo sido detetadas variantes potencialmente causadoras de doença no gene CFTR. Realizou também microscopia eletrónica de transmissão do escovado nasal que foi sugestiva de discinesia ciliar primária (DCP), tendo-se assumido este diagnóstico como provável, apesar do teste genético para ciliopatias não ter revelado alterações associadas a esta patologia.

Realizou antibioterapia com sulfametoxazol-trimetoprim durante 21 dias, com melhoria clínica, mantendo

seguimento na consulta de Pneumologia, com mucolítico, broncodilatador em SOS e reabilitação respiratória. Última identificação de *A. xylosoxidans* em exame cultural de expetoração cerca de 2 anos após isolamento inicial, tendo-se assumido colonização, uma vez que se encontrava clinicamente estável, sem exacerbação, pelo que se optou por vigilância.

CONCLUSÕES: O isolamento de *A. xylosoxidans* em doentes com bronquiectasias de etiologia não conhecida deve motivar a exclusão de patologias que afetam o sistema mucociliar, como a FQ e a DCP, bem como outros estados de imunossupressão. Este caso ilustra a importância de um diagnóstico etiológico aprofundado perante infeções respiratórias recorrentes com agentes oportunistas raros.

Palavras-Chave: *Achromobacter xylosoxidans*, bronquiectasias

158. Linfoma de MALT: uma causa rara de nódulo pulmonar solitário

MG Ribeiro, MI Gomes, AL Pinto

Unidade Local de Saúde de São João

INTRODUÇÃO: O nódulo pulmonar solitário é uma alteração tipicamente descoberta como achado incidental em exames de rastreio. A maioria é de etiologia benigna, mas pode ser indicativo de condições potencialmente graves.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO: Doente do sexo feminino, 69 anos, antecedentes de asma controlada, rinossinusite crónica, bronquiectasias e SAOS com hipoventilação noturna sob VNI. Realizou TC torácica de vigilância que revelou nódulo sólido subpleural no lobo inferior esquerdo com 11x7 mm de novo. A TC de reavaliação aos 3 meses mostrou persistência do nódulo com contornos ligeiramente irregulares e ténue halo em vidro despolido, suspeito. Foi submetida a biópsia pulmonar transtorácica e o resultado anatomopatológico revelou tratar-se de linfoma B periférico com características de linfoma MALT pulmonar. A PET apresentou captação de 18-FDG (SUV máximo 2.6) no nódulo pulmonar. A TC de estadiamento revelou, além do nódulo pulmonar já conhecido, adenomegalias até 15 mm de eixo curto no hilo hepático e espessamento da mucosa de revestimento das cavidades perinasais. Foi avaliada em consulta de Hematologia Oncológica, apresentando-se assintomática e sem alterações relevantes no exame físico. O estudo analítico efetuado estava normal (hemograma, função renal e hepática, DHL, beta-2 microglobulina, proteinograma sérico e imunofenotipagem de sangue periférico). Realizou biópsia medular óssea de estadiamento que revelou apenas alterações reativas, sem sinais de envolvimento pelo linfoma. Após discussão em reunião multidisciplinar, e perante ausência de sintomas, foi

decidida vigilância.

CONCLUSÃO: Ao contrário de outros subtipos de linfoma de MALT, o primário do pulmão não está tipicamente associado a agentes infecciosos. Contudo, têm sido descritos casos associados a doenças inflamatórias do pulmão ou a doença pulmonar crónica, como no caso desta doente.

Pretendemos realçar a importância de considerar o linfoma de MALT pulmonar como uma causa rara, mas potencial para um nódulo pulmonar solitário, sobretudo em doentes assintomáticos. A deteção precoce com doença localizada ao pulmão associa-se a bom prognóstico e elevadas taxas de sobrevida.

Palavras-Chave: Linfoma de MALT; Nódulo pulmonar solitário

159. Transudado maligno: um diagnóstico desafiante

M Hipólito-Reis, FS Correia, B Ferraz, SX Azevedo, MI Costa, T Oliveira
ULS Santo António

Os critérios de Light foram pensados para maximizar a deteção de exsudados, apresentando sensibilidade de 98% mas especificidade de 75%, de tal forma que estão descritos vários casos de verdadeiros transudados classificados como exsudados. No entanto, o inverso é muito raro. Apresentamos um caso de um derrame transudativo que, na verdade, se tratava de um derrame maligno.

CASO CLÍNICO: Mulher, 80 anos, autónoma, não fumadora, antecedentes de hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crónica estadio G3b. Referenciada à consulta de Patologia Pleural por Medicina Geral e Familiar por derrame pleural direito e nódulos pulmonares bilaterais identificados incidentalmente em TC de tórax realizada após infeção respiratória baixa. O estudo revelou derrame pleural transudativo e citologia negativa para células malignas, tendo sido assumido derrame pleural em provável contexto de doença renal crónica. Requisitou-se ecocardiograma, reorientou-se para consulta de nefrologia e iniciou-se vigilância dos nódulos pulmonares. Cerca de 3 meses depois, admitida no serviço de urgência por dispneia, agravamento de função renal e recidiva de derrame pleural à direita. Submetida a toracocentese evacuadora, com drenagem de líquido transudativo, tendo tido alta com otimização de terapêutica médica, a aguardar consulta de nefrologia. Posteriormente, episódios recorrentes de admissão hospitalar por recidiva sintomática de derrame pleural, com necessidade de toracocenteses evacuadoras, mantendo características de transudado. Decidido pedir novamente estudo citológico do líquido pleural que demonstrou, desta vez, positividade para malignidade. Após investigação adicional, diagnosticado adenocarcinoma pulmonar com metastização pulmonar bilateral, pleural, pericárdica e cerebral, com mutação

EGFR Del 19, T790M. Submetida a pleurodese química com talco, com sucesso, e iniciada terapêutica com osimertinib, com resposta parcial, sem recorrência de derrame pleural até ao momento.

Este caso clínico mostra que a categorização do derrame pleural como transudado ou exsudado tem limitações clinicamente relevantes; por exemplo, um derrame pleural com características de transudado, mesmo num doente com doença renal crónica, se unilateral e recidivante deve levar à consideração de diagnósticos alternativos.

Palavras-Chave: transudado, adenocarcinoma, metastização pleural

160. Metástase Gástrica de Cancro do Pulmão: Relato de um Caso Raro

MM Castro, D Ferreira, A Fonseca, A Alves, E Silva, A Barroso

ULSGE

O cancro do pulmão é frequentemente diagnosticado em estadios avançados, sendo a metastização gastrointestinal uma apresentação rara (incidência de 0,3-1,77%).

Apresenta-se o caso clínico de um homem de 83 anos, ECOG 0, não fumador, com hipertensão arterial. Foi encaminhado para consulta por suspeita de neoplasia pulmonar, identificada após admissão no SU por SVCS (tratado posteriormente com colocação de stent). O diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão (PD-L1 negativo, com mutação no exão 21 do EGFR e mutação de significado incerto no exão 9 do gene FGFR3) foi confirmado por BTT de lesão nodular de 37mm no LSD. Foram excluídas metástases cerebrais. A PET-CT FDG revelou captação na lesão do LSD, metástases ganglionares e ósseas, além de intensa captação difusa na parede gástrica. Foi realizada uma EDA que revelou lesão infiltrativa neoplásica no corpo gástrico, confirmada por biópsia como carcinoma pouco diferenciado de origem pulmonar. Assim, foi definido o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão cT2N3M1c - estágio IVb. Após discussão em RMD, iniciou-se tratamento com osimertinib. Durante o seguimento, a epigastria foi o principal sintoma apresentado. Após 5 meses de tratamento, verificou-se progressão da doença, com derrame pericárdico e pleural direito sintomáticos, com necessidade de internamento. Após nova RMD, optou-se por iniciar carboplatina e pemetrexedo em 2º linha, com boa tolerância e doença estável, tendo passado a manutenção com pemetrexedo que ainda mantém (8 ciclos). Por reagravamento de epigastria, foi realizada nova endoscopia, que evidenciou achados semelhantes aos prévios, mas sem infiltração neoplásica confirmada na biópsia. Considerando o impacto da epigastria na qualidade de vida do doente, foi proposta a realização de bloqueio do plexo celíaco que aguarda.

Este caso destaca um local de metastização raro, associado

a uma gestão sintomática desafiante, sublinhando a importância de abordagens multidisciplinares individualizadas. Levanta ainda a questão do impacto da presença de comutações na resposta ao TKI.

Palavras-Chave: Cancro Pulmão, Metastase

161. O que esconde uma pneumonia?

M Antunes; R Flores; M Seixas; G Lérias; I Madruga

ULSLO

INTRODUÇÃO: A tuberculose é uma infecção respiratória bacteriana, clinicamente heterogénea, o que contribui para o seu subdiagnóstico ou diagnóstico tardio. Apresentamos um caso de uma pneumonia adquirida da comunidade, refratária a antibioterapia instituída, evidenciando o desafio diagnóstico.

CASO CLÍNICO: Homem, 62 anos, trabalhador da construção civil, com antecedentes de hipertensão arterial, não medicada. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com um mês de evolução de astenia, dispneia, tosse seca, mialgias e febre, com sudorese associada. Analiticamente a destacar, glicose 417 mg/dl, HbA1c 15.3%, hiponatremia 128 mmol/L, PCR 12.2 mg/dl e VIH negativo. Pesquisa de vírus respiratórios, Legionella e Streptococcus pneumoniae negativo. Radiografia do tórax com extensa condensação do hemitórax superior direito, a condicionar insuficiência respiratória parcial. Foi assumido pneumonia adquirida na comunidade sem agente etiológico e diabetes mellitus inaugural, pelo que iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina + ácido clavulânico 1200 mg 8/8h + azitromicina 500 mg/dia e esquema de insulina.

Ao terceiro dia de internamento, por persistência dos picos febris, com agravamento da insuficiência respiratória, associada a maior astenia, a tosse produtiva com expectoração mucopurulenta, com agravamento progressivo dos parâmetros inflamatórios (PCR máxima de 19.2 mg/dl), realizou tomografia computadorizada torácica que evidenciou agravamento imagiológico, com consolidação do lobo superior direito, extensa, ao lobo médio e inferior direito, com pequenas áreas de cavitação e nódulos centrolobulares. Face a este quadro clínico, foi escalada antibioterapia para piperacilina + tazobactam 4,5 mg 8/8h.

Realizou reabilitação respiratória que permitiu colheita de expectoração para estudo bacteriológico, com baciloscopias positivas para BK (exame directo), com PCR positivo para Mycobacterium tuberculosis complex. O doente foi transferido para o serviço de Infeciologia para cumprimento de isolamento respiratório e iniciou terapêutica antibacilar.

CONCLUSÃO: Este caso reforça a necessidade de um alto grau de suspeita para tuberculose, além da importância

de uma investigação ativa dos fatores de risco, como má nutrição, tabagismo, diabetes, VIH e o contexto social e epidemiológico.

Palavras-Chave: Tuberculose; Pneumonia; HIV;

162. Entre o coração e o pulmão: um derrame pleural como apresentação

MS Alves, G Sacramento, A Castanheira, M Antunes

ULSLO

Post-cardiac injury syndrome é caracterizada por inflamação do pulmão, pleura e pericárdio após intervenção ou lesão cardíaca. O derrame pleural pode ser unilateral ou bilateral, normalmente exsudado com predomínio de linfócitos, pode apresentar-se com eritrócitos e eosinofilia. A abordagem passa por anti-inflamatórios ou corticoterapia, e toracocentese para alívio sintomático.

Homem, 92 anos, com antecedentes de exposição a amianto e colocação de pacemaker recente. Recorreu ao serviço de urgência por cansaço, sem febre, dor torácica ou edema dos membros, sem dispneia ou perda ponderal. À avaliação encontrava-se apirético e eupneico em ar ambiente; a nível analítico sem leucocitose ou neutrofilia com Proteína C reativa 14.6 mg/dL e Procalcitonina negativa. Radiograficamente com derrame pleural na metade inferior do hemitórax direito, não presente previamente à colocação do pacemaker. Realizou toracocentese com líquido sero-hemático a evidenciar um exsudado com 51% eosinófilos e eritrócitos 394 847 /mL, microbiologia negativa e relatório anatomopatológico a descrever células inflamatórias com componente eosinofílico significativo, negativo para células neoplásicas e ecocardiograma sem alterações. Regressou uma semana depois por quadro sobreponível com toracalgia ficando internado para estudo.

Realizou TC torácica com derrame pleural, alterações intersticiais bilateralmente difusas e coexistência de imagens quísticas com padrão em favo de mel. Para estudo de derrame exsudativo eosinofílico foram pedidos exames complementares. Analiticamente sem leucocitose, neutrofilia ou eosinofilia, com aumento da velocidade de sedimentação e IgE total, pesquisa de anticorpos antinucleares, anticitoplasma do neutrófilo, anti-MPO e anti PR3 negativos. Realizou biópsia pleural e toracocentese com predomínio de linfócitos e eritrócitos, sem eosinofilia, imunofenotipagem sem detecção de populações linfóides anormais nem células a expressar marcador CD324/EpCAM. Teve alta com resultado posterior da biópsia a relatar alterações reativas/inflamatórias crónicas e inespecíficas, pesquisa de microorganismos e infiltração neoplásica negativas.

Neste caso pretende-se realçar a importância de um alto

grau de suspeição em doentes com contexto relevante, sem alterações prévias ao procedimento cardíaco e sem outras causas identificadas.

Palavras-Chave: Post-cardiac injury syndrome

163. Pneumonia criptogénica com uns pozinhos

MS Alves, G Sacramento, A Castanheira, M Antunes

ULSLO

A pneumonia criptogénica é um padrão de Pneumonia Intersticial Idiopática, sendo um diagnóstico de exclusão. Apresenta-se com tosse, expectoração, dispneia, emagrecimento e febre aumento dos parâmetros inflamatórios e radiologicamente com opacidades alveolares difusas. O diagnóstico definitivo é histológico e o tratamento tem por base corticoterapia.

Mulher, 81 anos com antecedentes de doença do interstício diagnosticada em 2020; hipotireoidismo; hepatoesplenomegalia, adenopatias e trombocitose estudadas em 2020 sem **CONCLUSÃO:** diagnóstica. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro respiratório e febre com prescrição de Amoxicilina/Ácido Clavulânico que cumpriu 7 dias. Em consulta de reavaliação iniciou novo ciclo de antibioterapia, por manutenção das queixas e agravamento dos parâmetros inflamatórios. Mantendo este quadro, recorreu novamente ao SU, apresentando cansaço para pequenos esforços. À avaliação eupneica, com sopro sistólico não descrito previamente e com murmúrio vesicular com crepitações bilateralmente. Analiticamente com aumento da Proteína C reativa, radiografia tórax com infiltrados difusos bilateralmente. Ficou internada para estudo e ciclo de levofloxacina.

No internamento por manutenção de febre sem foco, após vários ciclos de antibioterapia, perda ponderal, anemia, adenopatias e hepatoesplenomegalia realizou ecocardiograma, hemoculturas, esfregaço de sangue periférico, biópsia medular e mielograma sem alterações. Realizou ainda TC toracoabdominopélvica a relatar múltiplas áreas focais “vidro despolido”, espessamento septos interlobulares, multifocais sem fibrose, confirmando-se o diagnóstico de pneumonia organizativa já conhecida e com evidência de lesões maiores e mais densas. Foram descritas adenopatias hilares, mediastínicas, lombo-aórticas e mesentéricas e esplenomegalia homogénea. Neste sentido iniciou corticoterapia com melhoria do quadro respiratório e por se manter suspeita de doença linfoproliferativa realizou posteriormente PET sugestiva deste diagnóstico.

Assim, podemos confirmar a importância no seguimento do doente com doença do interstício e a dificuldade na prática clínica em chegar a diagnósticos conclusivos, dado frequentemente a apresentação não ser a típica e muitas vezes diagnósticos diferenciais, ou concomitantes,

poderem ser fatores confundidores.

Palavras-Chave: Pneumonia Criptogénica; Corticoterapia

164. Diagnóstico inesperado numa apresentação multissistémica: Tuberculose miliar com padrão pseudoneoplásico

MM Guerreiro

ULSLO - Hospital Egas Moniz

INTRODUÇÃO: A tuberculose miliar, decorrente da disseminação hematogénica do *Mycobacterium tuberculosis*, é uma forma rara da doença, com manifestações clínicas e imagiológicas frequentemente inespecíficas. A semelhança com quadros malignos avançados pode atrasar o diagnóstico e comprometer o prognóstico, sobretudo em indivíduos imunocompetentes.

CASO CLÍNICO: Mulher de 52 anos, natural de Angolana, residente em Portugal há cinco anos, sem comorbilidades, não fumadora, recorreu ao SU por mal-estar geral, anorexia e perda ponderal. Referia dispneia para mínimos esforços e dor torácica ocasional. Negava febre ou suores noturnos.

A avaliação analítica revelou anemia normocítica, marcadores inflamatórios elevados e trombocitose. TC tórax identificou múltiplos conglomerados adenopáticos mediastínicos e hiliares, áreas sugestivas de linfangite intersticial, derrame pleural bilateral e discreto derrame pericárdico. Perante a gravidade da apresentação sistémica, realizada PET que mostrou hipermetabolismo em gânglios mediastínicos, abdominais, lesões hepatoesplénicas e múltiplos focos ósseos, sugerindo doença oncológica disseminada.

O estudo etiológico inicial, incluindo marcadores tumorais, serologias virais e pesquisa de micobactérias em escarro e lavado broncoalveolar (baciloscopia e MT-PCR), foi inconclusivo. Suspeitas diagnósticas mais prováveis de neoplasia pulmonar metastizada e doença linfoproliferativa, procedendo-se a broncofibroscopia com biópsia da massa mediastínica. A histopatologia revelou granulomas com necrose caseosa, compatíveis com tuberculose.

A doente iniciou terapêutica antituberculosa com rápida melhoria clínica. A tomografia de reavaliação aos três meses demonstrou regressão significativa das lesões ganglionares e viscerais, bem como resolução dos derrames.

CONCLUSÃO: Este caso realça a complexidade do diagnóstico da tuberculose miliar, sobretudo quando mimetiza patologia neoplásica. A persistência diagnóstica e a consideração de tuberculose em doentes provenientes de áreas endémicas, mesmo na ausência de confirmação microbiológica inicial, são cruciais para garantir o início precoce do tratamento e a melhoria do prognóstico.

Palavras-Chave: Tuberculose miliar, mimetização, diagnóstico diferencial

Palavras-Chave: Estenose traqueal, Estridor, Broncoscopia, Patologia subglótica

165. Estridor crónico: Quando a traqueia fecha sem aviso

P Romão, F Guimarães, M Cunha, R Armindo, B Almeida, A Alves, J Pimentel, P Rosa

Hospital Vila Franca de Xira | ULS Estuário do Tejo

A estenose traqueal benigna é uma entidade rara, habitualmente associada a intubação orotraqueal (IOT) prévia ou trauma cervical. Os sintomas são inespecíficos e insidiosos, podendo simular patologia respiratória de outra natureza. O estridor constitui um sinal de alarme fundamental, devendo motivar investigação dirigida.

CASO CLÍNICO: Mulher, 71 anos, autónoma, sem antecedentes pessoais relevantes, não fumadora e sem história de IOT ou refluxo gastroesofágico. Referenciada à consulta de Pneumologia por dispneia de agravamento progressivo com 2 anos de evolução, e estridor nos últimos 3 meses. Negava tosse, rouquidão ou disfagia. Era já portadora de Rx tórax e TC de seios perinasais, cervical e tórax sem alterações significativas relatadas, exceto hipertrofia dos cornetos nasais médios e inferiores. As provas de função respiratória (PFR) mostravam padrão sugestivo de obstrução fixa das vias aéreas centrais. Solicitada avaliação por ORL, que não detetou alterações na orofaringe e laringoscopia indireta, e estudo analítico e autoimune, também sem alterações. Realizou broncofibroscopia que revelou estenose excêntrica 3cm abaixo das cordas vocais, com redução do lúmen traqueal em mais de 50%. Nova TC cervicotorácica com contraste confirmou redução focal subglótica do lúmen traqueal na transição cervicotorácica, com calibre mínimo de 3mm, e espessamento endotraqueal mucoso/submucoso. Encaminhada para o IPO Lisboa, onde realizou broncoscopia rígida electiva com corte e dilatação, com balão e broncoscópio, da estenose que envolvia a cartilagem cricoide (15mm de extensão e 4mm de diâmetro inicial, obtendo calibre final de 10-11mm. No pós-procedimento, registou-se hemoptise ligeira autolimitada, com franca melhoria clínica e resolução do estridor.

A doente mantém seguimento dada a elevada probabilidade de recorrência, podendo necessitar de colocação de prótese até resolução cirúrgica definitiva.

Este caso sublinha a importância de considerar a estenose traqueal como causa de estridor e dispneia de evolução crónica, mesmo na ausência de fatores de risco habituais. As PFR e a broncofibroscopia foram determinantes para o diagnóstico. Esta patologia apresenta elevada taxa de recorrência, podendo requerer terapêutica endoscópica repetida ou cirurgia definitiva, exigindo uma abordagem multidisciplinar e individualizada.

166. Recidiva de linfoma e o papel crucial do quilotórax

PG Santos, P Esteves, RP Câmara, C Durão, L Mendes, AR Silva, P Pinto

Unidade Local de Saúde de Santa Maria - Hospital de Santa Maria

INTRODUÇÃO: O quilotórax é uma forma rara de derrame pleural. O diagnóstico é confirmado através da análise do líquido pleural, tipicamente rico em triglicédeos e o tratamento deve ser adaptado à causa subjacente, sendo muitas vezes necessária uma abordagem multidisciplinar na gestão destes doentes.

CASO CLÍNICO: Mulher de 75 anos com diagnóstico de linfoma não Hodgkin (LNH) folicular em 2022, sob terapêutica com rituximab, suspenso em 2024 por neutropenia persistente sem sinais de recidiva em maio de 2024. Recorre ao Serviço de Urgência com quadro de dispneia e cansaço com 3 dias de evolução. Por derrame pleural bilateral de novo, foi realizada toracocentese e colocado dreno torácico, constatando-se líquido pleural de características compatíveis com quilotórax - aspeto leitoso, triglicédeos 212 mg/dL e colesterol 106 mg/dL. A análise citológica do líquido pleural foi negativa para células neoplásicas, foi iniciado octreótido e dieta hipolipídica. Perante a ausência de trauma e a associação frequente entre quilotórax e doença linfoproliferativa, realizou tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica que revelou múltiplas adenomegalias mediastínicas, abdominais e pélvicas, infiltração retroperitoneal extensa, esplenomegalia e envolvimento ureteral bilateral, achados compatíveis com progressão de doença linfoproliferativa com padrão infiltrativo e compressivo. Observada pela Hematologia que confirmou recidiva de linfoma e propôs início de quimioterapia (R-mini-CHOP) ainda durante o internamento. À data de alta, verificou-se resolução do derrame pleural e ausência de sintomas respiratórios. Realizou PET após o término do 1º ciclo de quimioterapia, com resposta terapêutica completa.

CONCLUSÃO: Embora o trauma e complicações cirúrgicas sejam etiologias frequentes de quilotórax, as neoplasias - nomeadamente os linfomas - representam a principal etiologia não traumática. Este caso demonstra que a identificação precoce do quilotórax como recidiva de linfoma pode ter implicações prognósticas, tendo sido fundamental para a reavaliação imagiológica antecipada e início precoce da terapêutica. Destaca-se também a importância de uma abordagem multidisciplinar na gestão destes doentes, que pode ter um impacto direto na evolução clínica, prognóstico e qualidade de vida do doente.

Palavras-Chave: quilotórax; linfoma não Hodgkin

167. Quando o culpado não é óbvio: sobre um caso de hemoptises

PC Varandas, R Oliveira, I Júlio, D Godinho, D Organista

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

INTRODUÇÃO: A hemoptise pode variar desde estrias de sangue na expectoração até sangue vivo sem expectoração acompanhante. Apresenta um amplo diagnóstico diferencial, mas a causa pode ser determinada na maioria dos casos. É essencial identificar a causa e a localização da hemorragia para iniciar tratamento dirigido precocemente.

Descrição do **CASO CLÍNICO:** Mulher de 74 anos, com história de cardiopatia isquémica medicada com clopidogrel e parestesias nos membros inferiores, que recorreu ao serviço de urgência com história de vômitos com 2 dias de evolução, após o jantar, relatando expulsão de cerca de 200 mL de sangue, não arejado, não precedido de tosse. Mostrou fotografias de copos com sangue, referindo tosse apenas após a emissão de sangue. Referia ainda episódio de melena nos dias seguintes.

Analicamente com queda de hemoglobina de 3 g/dL, sem outras alterações. Foi realizada angioTC toracoabdominopélvica sem alterações no parênquima pulmonar ou hemorragia identificável.

Foi avaliada por Otorrinolaringologia, que excluiu hemorragia das vias aéreas superiores, e foi realizada endoscopia digestiva alta, que excluiu hemorragia digestiva alta.

A doente foi internada no serviço de pneumologia, onde 5 dias depois foi realizada broncofibroscopia, que permitiu observar um coágulo a obstruir o subsegmento posterior do lobo inferior direito (LID), que foi removido.

Foi realizado estudo de autoimunidade com MPO-ANCA positivo e realizada eletromiografia com padrão de mononeuropatia múltipla.

Verificou-se melhoria clínica durante o internamento, sem novos episódios de hemoptises. Realizou Angio-TAC torácica de reavaliação que identificou opacidades em vidro despolido no LID. Alta com reavaliação em consulta externa de Reumatologia.

CONCLUSÃO: Este caso realça a dificuldade do diagnóstico diferencial de hemoptise. Na ausência de uma causa evidente, a pseudo-hemoptise deve ser excluída e as vasculites devem fazer parte do diagnóstico diferencial.

Palavras-Chave: Hemoptise; Vasculite; MPO-ANCA.

168. Amiloidose Nodular Pulmonar - uma entidade rara

R Borrego, A Soveral, S André, JM Correia

ULS Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO: A amiloidose nodular pulmonar é uma entidade rara que se caracteriza por depósitos de extracelulares de proteína amiloide no pulmão. Em muitos casos, pode ser um achado em exames de imagem sendo os doentes assintomáticos. Esta entidade mimetiza muitas vezes outros diagnósticos como neoplasia, sendo por isso o seu diagnóstico histológico.

CASO CLÍNICO: Homem de 61 anos com seguimento habitual em Reumatologia pela Síndrome de Sjögren realizou TC torácica com identificação de múltiplos nódulos pulmonares no pulmão direito com dimensões entre os 0.8-2cm. Perante a evidência destes nódulos e tendo como hipótese diagnóstica a neoplasia foi solicitada PET/TC que apresentou discreta marcação nestes mesmos nódulos (SUVmáx 2.11). Foi ponderada a realização de biópsia pulmonar por via transtorácica, não sendo possível a sua execução técnica. Após discussão multidisciplinar o doente foi proposto para cirurgia, tendo realizado ressecção atípica dos lobos superior e inferior direito com sampling ganglionar por VATS. Parênquima pulmonar analisado revelou nódulos constituídos por substância eosinofílica, amorfa, associada ocasionalmente a calcificações, a pesquisa de substância amilóide foi positiva (evidenciada pela observação de birrefringência verde-maçã da coloração Vermelho do Congo sob luz polarizada), tendo predominio das cadeias Kappa no estudo imunohistoquímico. Assumiu-se assim o diagnóstico de amiloidose nodular pulmonar.

CONCLUSÃO: Quando pensamos em envolvimento pulmonar na Síndrome de Sjögren pensamos principalmente em alterações do interstício pulmonar, no entanto existem outras alterações que pode ocorrer embora mais raras. Os autores apresentam este caso clínico pela raridade do mesmo. No entanto, a amiloidose nodular pulmonar é uma hipótese diagnóstica que deve ser considerada na avaliação do envolvimento pulmonar na Síndrome de Sjögren.

Palavras-Chave: amiloidose nodular pulmonar; nódulos

169. Pneumonite induzida por Osimertinib: a propósito de um caso clínico

AR Barreira, A Pina, C Figueiredo, M Cabral, N Murinello, I Moreira, M Emiliano, A Miguel

ULS São José - Hospital Santa Marta

O osimertinib é um inibidor da tirosina cinase (TKI) que atua sobre o recetor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) com determinadas mutações. É utilizado no

tratamento de doentes com carcinoma do pulmão de não pequenas células (NSCLC), quer como prevenção de recidiva após cirurgia, quer como tratamento de primeira linha em casos metastizados. A pneumonite associada ao osimertinib é rara, no entanto, têm sido reportados alguns casos. Apresentamos o caso de um doente com pneumonite grave associada à terapêutica com osimertinib.

Apresentamos o caso de um homem de 76 anos, com hábitos tabágicos de 9 UMA, diagnosticado com adenocarcinoma do pulmão estadio IV com mutação no exão 19. Iniciou tratamento com osimertinib em junho de 2023. Após 12 semanas de tratamento, verificou-se, através de TC torácica, o aparecimento de opacidades em vidro despolido bilaterais de novo, no entanto, o doente manteve terapêutica diária com osimertinib. Cerca de 8 semanas depois, desenvolveu quadro de dispneia e insuficiência respiratória aguda, com necessidade de internamento e oxigenoterapia suplementar através de cânula nasal de alto fluxo. Uma nova TC torácica demonstrou agravamento das opacidades previamente descritas. Perante suspeita de pneumonite a osimertinib, optou-se pela suspensão imediata deste fármaco e início de corticoterapia sistémica com pulso de metilprednisolona durante 3 dias, seguida de prednisolona com redução progressiva da dose ao longo de 8 semanas. Verificou-se melhoria clínica e radiológica significativa, sendo que o doente encontrava-se sem necessidade de oxigenoterapia suplementar ao fim de 3 semanas.

Este caso ilustra uma possível manifestação pulmonar adversa associada ao osimertinib. Pretende-se alertar os clínicos para a importância do seu reconhecimento precoce, já que o quadro pode mimetizar outras causas de pneumonite. A avaliação do risco-benefício da continuidade da terapêutica representa ainda um desafio.

Palavras-Chave: Osimertinib, Pneumonite

170. *Streptococcus agalactiae*: uma causa pouco comum de nódulo pulmonar solitário

AR Barreira, S Alfarroba, D Maia, AS Santos, B Mendes, F Oliveira, A Mineiro, M Pinto, J Rodrigues, A Miguel

ULS São José - Hospital de Santa Marta

Os nódulos pulmonares solitários representam um achado radiológico desafiante podendo estar associados a diversas etiologias, nomeadamente neoplásicas, infecciosas ou inflamatórias. Entre as causas infecciosas, o *Streptococcus agalactiae* apresenta-se como um agente menos comum de lesão pulmonar focal, estando tipicamente associado a infeções neonatais ou doença invasiva em doentes imunodeprimidos.

Apresentamos o caso de uma mulher de 74 anos, não

fumadora, com antecedentes pessoais relevantes de estenose aórtica com colocação de prótese aórtica mecânica. Referenciada a consulta de Pneumologia por nódulo com 31 mm suspeito no lobo superior direito. Clinicamente, com quadro de perda de apetite e tosse produtiva com expectoração mucopurulenta com cerca de 1 mês de evolução. Perante a suspeita de neoplasia, procedeu-se a estudo adicional com PET-CT que evidenciou captação no nódulo referindo com SUV máximo de 4,5 e RM-CE sem alterações suspeitas de secundarismo. A broncofibroscopia documentou mucosa edemaciada e de aspecto irregular no brônquio segmentar posterior do lobo superior direito, destacando-se positividade para *Streptococcus agalactiae* no lavado brônquico e nas biópsias brônquicas realizadas ao nível do lobo superior direito. O ecocardiograma realizado não demonstrou alterações, nomeadamente vegetações valvulares. A doente cumpriu antibioterapia dirigida com amoxicilina ácido-clavulânico, com imediata melhoria clínica. Repetiu exame de imagem posteriormente, com redução significativa do nódulo previamente descrito.

O *Streptococcus agalactiae* pode manifestar-se como agente etiológico de nódulos pulmonares solitários. O diagnóstico precoce com base em exames de imagem e colheita de material para microbiologia é fundamental para o tratamento adequado com antibioterapia dirigida. Este caso demonstra a importância da consideração de agentes microbiológicos no diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares solitários.

Palavras-Chave: nódulo pulmonar, infeção pulmonar, streptococcus agalactiae

171. From suspicion of malignancy to benign resolution: a case of Organizing Pneumonia

RP Fortes, CF Roquete, C Araujo, C Pardal

ULS Amadora Sintra

INTRODUCTION: Organizing pneumonia (OP) is a clinicopathologic entity characterized by granulation tissue within the distal airspaces. It may present with subacute respiratory symptoms like cough, dyspnea, and fatigue. OP can be idiopathic or secondary to infection, autoimmune disease, or drug exposure. Diagnosis relies on clinical findings, imaging—typically bilateral patchy consolidations with air bronchograms—and histopathology. Corticosteroid therapy usually leads to significant improvement.

CLINICAL CASE: A 62-year-old male with a 30-pack-year smoking history presented with a 3-week history of asthenia, anorexia, productive cough, and 15 kg weight loss. Past medical history included asthma and obesity. Initial evaluation revealed leukocytosis ($22 \times 10^9/L$) and elevated C-reactive protein (13.6 mg/dL); chest X-ray showed right lower lung hypotransparency. Infection was

assumed, and he started ceftriaxone and azithromycin. Chest CT revealed a 6.5x6 cm middle lobe mass and mediastinal lymphadenopathy, raising concern for lung cancer. Staging abdomino-pelvic and cranial CT scans showed no signs of malignancy. Bronchoscopy with radial EBUS and distal bronchial biopsies demonstrated chronic inflammatory infiltrate. EBUS-guided cytology of mediastinal lymph nodes showed no malignant cells. Transthoracic biopsy revealed distorted parenchyma with fibroblast proliferation in alveolar septae (Masson bodies), fibrosis, neovascularization, and chronic inflammation with lymphocytes, plasmocytes, and macrophages—suggestive of OP.

Cryptogenic organizing pneumonia was diagnosed. The patient was not treated; follow-up CTs showed reduced mass size and resolution of consolidation. After one year, lung function tests showed mild obstruction (FEV₁ 63%, FVC 83%, FEV₁/FVC 0.58, TLC 98%, DLCO 90%) with bronchodilator response, compatible with asthma/COPD overlap. The patient's symptoms remitted. After three years he remains stable, with unchanged imaging and lung function.

CONCLUSION: This case highlights the importance of thorough evaluation in patients with nonspecific symptoms and apparent malignancy. It also illustrates the potential for spontaneous remission in OP.

Palavras-Chave: Organizing Pneumonia; Interstitial lung disease

172. Será bilitotórax?

S Costa, M Abreu, R Pereira, MJ Moura, J Lourenço, S Sousa, AP Vaz, I Neves

Unidade Local de Saúde de Matosinhos

INTRODUÇÃO: O bilitotórax é uma causa rara de derrame pleural exsudativo caracterizado pela presença de bilis no espaço pleural. O diagnóstico é confirmado pelo rácio bilirrubina total (BT) no líquido pleural (LP) /soro > 1. As principais causas são cirurgias abdominais ou infeções do trato biliar que podem causar fístulas pleurobilíares.

CASO CLÍNICO: Mulher de 72 anos, antecedentes de fibrilhação auricular hipocoagulada. Internamento prévio por trauma torácico com fratura de arcos costais e hemotórax volumoso à esquerda, com melhoria após drenagem médica. À data de alta realizou radiografia do tórax (RxT) com ligeira hipotransparência do 1/3 inferior esquerdo. Recorreu ao Serviço Urgência, 20 dias após alta, por dispneia para esforços e ortopneia com 4 dias de evolução. Estava febril, hemodinamicamente estável, eupneica e com abolição do murmúrio vesicular à esquerda. RxT com hipotransparência em todo hemitórax esquerdo a sugerir derrame pleural de grande volume. Colocado dreno torácico com saída de LP esverdeado/acastanhado, pH 7.36, hematócrito

<15%, exsudado e com predomínio de mononucleares. Do estudo realizado destaca-se BT aumentada (6.2 mg/dL) à custa da bilirrubina indireta, razão BT LP/BT soro 7.73, citologia do líquido pleural sem células malignas e sem isolamentos microbiológicos. A elevação da BT por elevação da bilirrubina indireta foi um dado a favor da hipótese de hemólise em detrimento de líquido de origem nas vias bilíares. Analiticamente, sem queda de hemoglobina, sem aumento da BT sérica, esfregaço de sangue periférico, estudo imune e imunoeletroforese sem alterações. Tomografia computadorizada abdomino-pélvica sem alterações das vias bilíares. Avaliada por Cirurgia que considerou não existir necessidade de estudo adicional das vias bilíares.

Assim, assumido hemotórax evoluído com hemólise, a condicionar elevação da elevação da bilirrubina indireta. Após drenagem torácica durante 4 dias, apresentou boa evolução clínica e radiológica. Teve alta com reavaliação imagiológica 1 mês depois, sem recidiva do derrame.

CONCLUSÃO: Este caso ilustra um derrame pleural cujo aspeto macroscópico e perfil bioquímico inicial eram falsamente sugestivos de bilitotórax. A história clínica e a quantificação diferenciada das frações de bilirrubina mostraram ser determinantes na definição da etiologia do derrame.

Palavras-Chave: Bilitotórax, hemotórax, derrame pleural exsudativo

173. Derrame Pleural como Manifestação de Linfoma: Importância da Biópsia Pleural

S Fontão, C Silva, S Pimentel, L Mateus, M Cavaco, J Ferra, T Falcão

Unidade Local do Oeste - Hospital de Torres Vedras

O envolvimento pleural por linfomas pode ocorrer por extensão direta, disseminação hematogénica ou linfática, sendo rara a sua forma como apresentação inicial. Os autores apresentam dois casos clínicos cujo derrame pleural foi a apresentação inicial, destacando a importância da biópsia pleural na confirmação diagnóstica.

CASOS CLÍNICOS:

Homem, 86 anos, não fumador, com antecedentes de hipertensão, diabetes e anemia crónica. Recorreu ao SU por dispneia de esforço, ortopneia edema periférico. Radiografia torácica com derrame pleural esquerdo. Sem melhoria do derrame pleural após optimização terapêutica pelo que foi realizada toracocentese com saída de 1500 mL de líquido pleural seroso; biópsias pleurais: estudo imuno-histoquímico da população linfóide com CD20+ e BCL2+ sobreponíveis e CD3 negativa é compatível com agregado linfóide suspeito de linfoma B. Realizou TC TAP com adenopatias supraclaviculares, retroperitoneais e pélvicas. Foi encaminhado para consulta de Hematologia. Homem, 71 anos, belga, ex-fumador, recorreu ao SU por

dispneia, toracalgia direita, anorexia e perda ponderal com 3 semanas. Radiografia de tórax com derrame pleural direito. Toracocentese com saída de líquido pleural serofibrinoso, teve alta encaminhado para consulta externa. Nova vinda ao SU por dispneia agravada e evidência de tromboembolismo pulmonar dos, pelo que foi admitido no Serviço de Medicina Intensiva e posteriormente transferido para a Enfermaria de Pneumologia. Nova toracocentese com saída de 700cc de líquido pleural serohemático e biópsias pleurais, cujo estudo anatomopatológico foi compatível com linfoma difuso de grandes células B. TC TAP com gânglios peri-aórticos em número superior ao habitual, milimétricos, sem outras alterações. O doente foi transferido para seguimento no seu país de origem, a pedido.

CONCLUSÃO: Estes casos destacam uma etiologia rara de derrame pleural unilateral, sendo que a biópsia pleural revelou-se crucial no diagnóstico definitivo de linfoma, permitindo o encaminhamento para tratamento direcionado o mais precocemente possível.

Palavras-Chave: Derrame pleural, linfoma, biópsia pleural

174. Quando a Traqueia Surpreende: Uma Causa rara de Intubação Difícil

T Belo, T Abrantes, J Correia, A Correia, B Dias, A Reis

CHTV

INTRODUÇÃO: Alterações estruturais da via aérea superior são causas raras, mas potencialmente graves, de dificuldades inesperadas na abordagem anestésica. Em particular, algumas patologias da traqueia podem permanecer silenciosas durante anos, manifestando-se apenas em contextos específicos, como durante uma intubação orotraqueal.

CASO CLÍNICO: Apresentamos o caso de uma paciente de 68 anos, previamente assintomática, admitida para cirurgia ortopédica eletiva. Durante a indução anestésica, constadas protusões imediatamente subglóticas, dificultando a intubação orotraqueal. Perante este achado, foi realizada broncofibroscopia para estudo complementar, que revelou protuberâncias de aspeto polipoide e consistência elástica, dispersas ao longo de toda a traqueia. Estas lesões condicionavam uma estenose com estenose mais marcada no terço superior, estendendo-se pela árvore brônquica com diminuição gradual até os brônquios segmentares.

Foram feitas biópsias das referidas lesões que mostravam metaplasia epidermoide. Foram isolados agentes microbiológicos e tratados de acordo com TSA. O estudo foi negativo amiloidose e etiologia neoplásica. Repetiu broncofibroscopia, com pesquisa de HPV e microbiologia na amostra histológica, que revelou células do epitélio respiratório, sem atipia. A discussão multidisciplinar

concluiu tratar-se provavelmente de traqueopatia osteocondroplástica, com indicação para vigilância clínica face à estabilidade.

CONCLUSÃO: Este caso ilustra a relevância da avaliação endoscópica sistemática perante dificuldades imprevistas na via aérea, permitindo a identificação de uma patologia traqueal rara e frequentemente subdiagnosticada.

Palavras-Chave: traqueia osteocondroplasia broncoscopia anestesia

175. Biópsia Pleural Cega como Chave Diagnóstica: Caso Clínico de Adenocarcinoma Pulmonar

T Machado; T Sá; N Fernandes; AC Ferreira; C Ribeiro; S Conde, T Shiang; M Vanzeller; A Oliveira; E Silva

Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

INTRODUÇÃO: As biópsias pleurais às cegas têm sido progressivamente desvalorizadas na literatura recente ferramenta diagnóstica, com crescente preferência por técnicas como a toracoscopia médica e a biópsia guiada por imagem.

DESCRIÇÃO: Doente masculino, 75 anos, com antecedentes de fibrilação auricular sob hipocoagulação, hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2.

Encaminhado para a consulta de Pneumologia por agravamento de dispneia aos médios esforços e identificação de um nódulo pulmonar de 3.5 cm de contornos irregulares no lobo superior esquerdo.

Realizou tomografia computadorizada com PET (18F-FDG) que revelou hipercaptação da lesão pulmonar referida, nas formações ganglionares bronco-hilares esquerdas e mediastínicas, e imagem osteodensa no colo do fémur direito.

Realizou-se broncofibroscopia com biópsias aspirativas guiadas por EBUS nas estações ganglionares 11R superior, 4R, 2R, 7, 4L e 11L, com obtenção de material representativo em todas as punções, sendo a anatomia patológica negativa para células malignas.

Foi efetuada biópsia transtorácica da lesão pulmonar, com colheita de fragmentos representativos, sendo novamente a anatomia patológica negativa para malignidade.

Dada a persistência da suspeita clínica de malignidade, foi realizada biópsia da lesão óssea no colo do fémur esquerdo, com anatomia patológica negativa para malignidade. Foi solicitada nova tomografia computadorizada para reavaliação das lesões e seleção de novo local para biópsia.

O doente apresentou-se no serviço de urgência com agravamento progressivo da dispneia, sem alterações nos parâmetros inflamatórios, com derrame pleural esquerdo de novo, ficando internado. Realizaram-se toracocentese

e biópsias pleurais cegas, com a anatomia patológica a revelar adenocarcinoma.

O doente foi referenciado para a consulta de Pneumologia Oncológica, mas acabou por falecer devido ao agravamento do estado clínico.

CONCLUSÃO: Apesar da menor valorização atual, as biópsias pleurais cegas mantêm um papel diagnóstico importante, como ilustrado neste caso, em que permitiram o diagnóstico definitivo após várias abordagens inconclusivas. O caso clínico reforça a importância da persistência diagnóstica e do seguimento clínico em contextos de forte suspeita de malignidade.

Palavras-Chave: biópsias pleurais, nódulo pulmonar, derrame pleural

176. A Cutaneous Clue to Lung Cancer: Cervical Metastasis Revealing TTF-1 Negative Adenocarcinoma

V Maione, T Abreu, A Dias, P Pinto

ULS Santa Maria

INTRODUCTION: Non-small cell lung cancer (NSCLC), particularly adenocarcinoma, is a leading cause of cancer-related death and is frequently diagnosed at an advanced stage. Thyroid transcription factor-1 (TTF-1) is commonly expressed in lung adenocarcinomas and assists in confirming pulmonary origin. However, TTF-1 negative tumors are less common and can complicate diagnosis, especially when presenting with uncommon metastatic sites.

CLINICAL CASE: A 48-year-old woman, active smoker (20 pack-year history), with no relevant past medical history, was referred to our Pulmonology Unit (Hospital Pulido Valente - ULS Santa Maria, Lisbon) after a chest X-ray—requested for progressive dyspnea—showed a unilateral pleural effusion. Bedside thoracic ultrasound confirmed the effusion, and diagnostic thoracocentesis was planned. During evaluation, the patient reported a month-long history of a progressively enlarging cervical skin lesion, previously assumed to be a sebaceous cyst. Physical examination revealed a firm, erythematous subcutaneous nodule. Dermatology consultation and biopsy identified adenocarcinoma TTF-1 negative, suggesting pulmonary origin. Cytologic analysis of the pleural fluid confirmed the same histology. Chest CT revealed a right upper lobe lung mass. CT-guided biopsy confirmed TTF-1 negative lung adenocarcinoma. A complete staging work-up (PET-CT and brain imaging) was conducted. A comprehensive molecular panel (EGFR, ALK, KRAS, ROS1, among others) showed no actionable alterations. The patient was referred to oncology to initiate systemic therapy.

CONCLUSIONS: This case highlights the diagnostic challenges of TTF-1 negative NSCLC, particularly when presenting with atypical metastases such as cutaneous

lesions. A multidisciplinary approach is essential for early detection and accurate diagnosis. Clinicians should maintain a high index of suspicion when evaluating persistent skin lesions, especially in the presence of respiratory symptoms or abnormal imaging findings.

Palavras-Chave: pleural effusion, cutaneous metastasis, lung cancer, TTF-1

177. Neoplasia ou Infecção, Eis a Questão

V Figueiredo, CF Roquete, JP Boléo-Tomé, M Anciães, M Major

Hospital Doutor Professor Fernando Fonseca

Infecções são causas benignas que podem mimetizar uma neoplasia do pulmão, sobretudo infecções fúngicas ou a micobactérias granulomatosas.

Homem de 60 anos, internado por síndrome febril indeterminado com semanas de evolução.

Apresentava dificuldade respiratória, febre, mialgias, artralgias e perda ponderal com 2 meses de evolução. Referia ainda queixas urinárias e de obstipação recentes.

Laboratorialmente com leucocitose 18.600µL, PCR 40.12mg/dL. A imagem torácica mostrava no ápex pulmonar direito e mediastino superior uma estrutura expansiva hipodensa (9X6x4cm), relativamente definida, a contactar a pleura.

Admitida provável neoplasia primária do pulmão, e pedidos exames diagnósticos e de estadiamento.

Na TC corpo destaca-se lesão expansiva infiltrativa supraclavicular com extensão ao mediastino, heterogénea, a traduzir conglomerados adenopáticos eventualmente no contexto de doença linfoproliferativa; lesões semelhantes no músculo psoas, ilíaco e piriforme esquerdos com possível compromisso do nervo ciático e ureteres com dilatação dos mesmos.

Por manutenção de febre sob antibioterapia empírica, realizou estudo etiológico exaustivo: biópsia ecoguiada da massa pulmonar, com aspetos sugestivos de necrose; ecoendoscopia brônquica e esofágica com punção aspirativa e criobiópsias com amostras insuficientes; punção de nódulo retromandibular esquerdo, sugestivo de lesão benigna.

À data, estudo inconclusivo, exceto hemoculturas positivas para *Staphylococcus aureus* metilina sensível (MSSA) e exames micobacteriológicos e anatomopatológicos em curso. Assumiu-se como hipóteses diagnósticas mais prováveis: tuberculose ganglionar, doença linfoproliferativa ou infecção estafilocócica invasiva.

Para continuação do estudo, optou-se por abordar coleção do músculo psoas guiado por TC, com drenagem de pus, com isolamento bacteriológico de MSSA.

Admitiu-se assim doença estafilocócica invasiva focalizada em abscesso pulmonar, dos músculos psoas e piriforme; artrite séptica, espondilodiscite e bacteriemia. Iniciou antibioterapia dirigida com flucloxacilina com evolução favorável.

CONCLUSÃO: Este caso ilustra a complexidade diagnóstica perante achados clínicos e radiológicos inespecíficos, justificando múltiplos exames invasivos, com diagnóstico definitivo estabelecido apenas um mês após a admissão hospitalar.

Palavras-Chave: infeção, neoplasia, diagnóstico diferencial

Por suspeita de embolização de etiologia cardíaca realizou ecocardiograma para exclusão de comunicação interauricular ou Foramen Ovale patente que, ao contrário do esperado, mostrou massa tumoral no ventrículo esquerdo (24x14mm), sugestiva de metastização, identificada como provável foco de embolização.

CONCLUSÃO: Este caso clínico retrata um diagnóstico raro e não expectável (in vivo) de metastização intra-cardíaca a condicionar embolização tumoral contínua para vários territórios arteriais, a implicar agravamento significativo da morbimortalidade.

Palavras-Chave: carcinoma de não pequenas células do pulmão, embolização, morbimortalidade

178. Um Caso Raro de Embolização Tumoral

V Figueiredo, CC Couto, RP Fortes, M Anciães

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

INTRODUÇÃO: A incidência da metastização cardíaca não é verdadeiramente conhecida, sendo muitas vezes um diagnóstico post mortem. É um local raro de metastização à distância do cancro do pulmão, associado a mau prognóstico.

CASO CLÍNICO: Mulher de 62 anos com DPOC GOLD 2E e tabagismo ativo (20 UMA), internada por suspeita de pneumonia obstrutiva e provável neoplasia primária do pulmão.

Apresentou-se com clínica de infeção respiratória e parâmetros inflamatórios elevados (leucocitose 17.200 μ L e PCR 39.05 mg/dL).

A TC torácica revelou um nódulo suspeito no lobo superior esquerdo com 22 mm de contornos espiculados e massa heterodensa no lobo médio (93 x 71 mm) a envolver a emergência do brônquio lobar inferior, com obstrução parcial por eventual envolvimento tumoral. Destacam-se outras lesões nodulares de menores dimensões no lobo inferior.

A videobroncofibroscopia apresentava sinais diretos com massa de aspeto necrótico no brônquio intermediário a condicionar obstrução do lobo médio. As biópsias brônquicas confirmaram carcinoma de não pequenas células do pulmão com padrão imunohistoquímico inconclusivo (sarcomatóide/pleomórfico). O estadiamento revelou metástases hepáticas, suprarrenais, pleural e peritoneais (estadio IV T4 N2 M1c).

Durante o internamento, registaram-se várias intercorrências com múltiplos eventos isquémicos: isquemia aguda do membro inferior esquerdo, submetida a tromboembolectomia, e quadro abdominal agudo explicado por isquemia mesentérica aguda com tromboembolectomia por Fogarty e laparotomia exploradora. Na TC de estadiamento verificaram-se também enfartes renais e esplénico e na RM-CE lesão occipital de natureza isquémica subaguda.