



17º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico  
50<sup>as</sup> Jornadas de Actualização Pneumológica  
Coimbra, 25 e 26 Junho 2026

**ÍNDICE**

Comunicações orais. . . . .	2
Posters . . . . .	4
Resumos . . . . .	52

17º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico  
Coimbra, Convento de São Francisco - 25 e 26 Junho de 2026

## COMUNICAÇÕES ORAIS

### CO 1. Eventos Cardiovasculares em Doentes com DPOC sob Ventilação Domiciliária Não Invasiva

AM Santos, SF Pinho, RS Ribeiro, L Neves, A Machado, C Nogueira, D Ferreira, Sara Conde, Carla Ribeiro

ULS Gaia Espinho

**Introdução:** A ventilação domiciliária não invasiva (VDNI) é uma terapêutica estabelecida na insuficiência respiratória hipercápnica associada à Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), frequentemente acompanhada por comorbilidade cardiovascular significativa. Neste contexto, foi realizado um estudo observacional retrospectivo de doentes com DPOC sob VDNI, seguidos em consulta de um hospital terciário durante 2025, com o objetivo de caracterizar a ocorrência de eventos cardiovasculares agudos entre janeiro de 2025 e abril de 2026 e avaliar o seu impacto clínico e prognóstico. Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial com recurso ao SPSS®.

**Resultados:**

Foram incluídos 175 doentes (62,3% do sexo masculino), com idade média de  $73,4 \pm 9,4$  anos e tempo mediano sob VDNI de 55 meses [22–86,5]. As comorbilidades mais frequentes foram síndrome de apneia obstrutiva do sono (43,4%), insuficiência cardíaca (42,3%) e bronquiectasias (30,3%). Registaram-se eventos cardiovasculares agudos em 29 doentes (16,6%), predominando episódios de insuficiência cardíaca descompensada (79,3%) e fibrilhação auricular/flutter com resposta ventricular rápida (24,1%). Identificaram-se ainda 2 casos de enfarte agudo do miocárdio e 1 acidente vascular cerebral. Dos doentes com eventos cardiovasculares, 89,7% necessitaram de internamento, com duração mediana de 7 dias [5–10].

Não se observaram diferenças significativas entre doentes com e sem eventos cardiovasculares relativamente à idade, sexo, idade de início de VDNI ou duração da terapêutica. A única variável associada à ocorrência de eventos cardiovasculares foi a presença de insuficiência cardíaca prévia (82,8% vs 34,2%;  $p < 0,001$ ), o que poderá refletir o predomínio de episódios de descompensação cardíaca entre os eventos registados.

Registaram-se 6 óbitos (20,7%) entre os doentes com eventos cardiovasculares: 1 durante o internamento, 4 nos primeiros 3 meses após o evento e 1 aos 9 meses de seguimento, sem diferenças significativas na mortalidade global comparativamente aos restantes doentes da coorte.

**Conclusão:**

Os eventos cardiovasculares agudos são frequentes em doentes com DPOC sob VDNI e associam-se a elevada necessidade de internamento. Estes resultados reforçam a importância da vigilância e otimização cardiovascular no seguimento multidisciplinar desta população.

**Palavras-Chave:** Ventilação Não Invasiva, DPOC

### CO 2. Impacto da variação climática semanal nas exacerbações agudas da DPOC

R Barreiros, TF Pais, T Alfaro

ULS de Coimbra

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível global, sendo as exacerbações agudas determinantes na evolução da doença e no prognóstico dos doentes.

**Objetivos:** Investigar a influência da sazonalidade e de fatores meteorológicos na frequência e gravidade de exacerbações da DPOC num contexto de urgência hospitalar.

**Métodos:** Estudo observacional longitudinal, do tipo coorte retrospectivo, que incluiu doentes admitidos num serviço de urgência com diagnóstico de exacerbação de DPOC, durante o ano de 2025. Foram analisados dados clínicos e sociodemográficos, variáveis meteorológicas (temperatura, humidade, precipitação) e níveis de poluição atmosférica (PM10). A análise estatística incluiu estatística descritiva, testes inferenciais e regressão logística múltipla.

**Resultados:** Foram incluídos 197 episódios de exacerbações de DPOC, com idade média de  $72,1 \pm 10,4$  anos, maioritariamente do sexo masculino (81,2%). Observou-se um padrão sazonal, com maior frequência de exacerbações no inverno ( $p < 0,001$ ). A análise univariada demonstrou associação significativa entre exacerbações e variáveis meteorológicas ( $p < 0,001$ ), mas após o ajuste à sazonalidade estas variáveis perderam significância ( $p > 0,05$ ). No modelo multivariável, o tabagismo ativo e a etiologia infecciosa associaram-se de forma independente a maior probabilidade de internamento ( $p < 0,01$ ), enquanto a idade e o sexo não apresentaram associação significativa. A precipitação associou-se à etiologia infecciosa, enquanto os níveis de PM10 se apresentaram como moduladores da gravidade, dependendo do contexto térmico. As variáveis meteorológicas e de poluição parecem atuar principalmente no contexto de sazonalidade. A associação entre precipitação e etiologia infecciosa poderá refletir a influência das condições ambientais na transmissão de infeções respiratórias.

**Conclusão:** As exacerbações da DPOC apresentam um padrão sazonal, onde o tabagismo e a etiologia infecciosa predominam no seu agravamento. As variáveis meteorológicas não apresentaram um efeito independente consistente no nosso estudo, reforçando a importância de estratégias preventivas centradas no doente e dirigidas aos períodos de maior risco.

**Palavras-Chave:** DPOC; Sazonalidade; Exacerbações; Prevenção

**CO 3. Clinical burden of respiratory syncytial virus in adults hospitalized with acute respiratory infection in Portugal in 2018-2024: A real-world retrospective observational study**

Alfaro T1,2, Lopes R3, Reeves RM4, Pliakas T 5,6, Fonseca MJ7, Coelho A7, Marijam A5

1 Portuguese Society of Pulmonology (SPP), Lisbon, Portugal

2 Department of Pulmonology, Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E, Coimbra, Portugal

3 MTG Research and Development Lab, Porto, Portugal

4 GSK, Philadelphia, United States of America

5 GSK, Wavre, Belgium

6 Impact Epilysis, Thessaloniki, Greece

7 GSK, Lisbon, Portugal

ULS de Coimbra

Respiratory syncytial virus (RSV) is an important cause of acute respiratory infections (ARI) in adults, particularly among older and high-risk populations, but remains under-recognized. Evidence on RSV epidemiology and clinical burden in hospitalized adults in Portugal is limited.

This retrospective observational study used routinely collected hospital data from ULS Coimbra between April 2018 and April 2024. ARI hospital admissions were based on primary and secondary diagnosis coded through ICD-9 and ICD-10. All adults ( $\geq 18$  years) hospitalized with ARI and tested by multiplex RT-PCR for RSV and influenza were included. RSV cohort was defined as ARI hospital admissions that tested positive for RSV and negative for influenza. Index date was defined as the date of hospital admission. A one-year pre-index period was considered for baseline comorbidities and 90 days post-index for complications. Patients were considered high-risk if presented at least one of the following comorbidities at baseline: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), asthma, any chronic respiratory/pulmonary disease, diabetes mellitus Type 1 or Type 2, chronic heart failure, advanced liver or renal disease. Outcomes included seasonal RSV prevalence, patient characteristics, and complications, including in-hospital mortality.

A total of 24,086 ARI admissions were RSV-tested and 2,257 were RSV-positive. Across the study period, the highest RSV seasonal prevalence (16.6%) was observed in season 2022/2023, with minimal activity during 2020/2021. RSV monthly prevalence peaked in January for most seasons, except for 2022/23 where it peaked in December. RSV positive admissions were predominantly among older adults (91.0% aged  $\geq 60$  years), with a high prevalence of baseline comorbidities and most patients classified as high risk (60.3%). RSV was associated with substantial burden, including a high frequency of complications, particularly respiratory failure (48.7%), secondary bacterial infection (43.5%), vascular events (36.5%) in the 90 days post-index and in-hospital mortality (17.8%). RSV is a relevant seasonal cause of hospitalization among adults in Portugal, particularly in vulnerable populations. This burden highlights the need for improved awareness, surveillance, and preventive strategies.

Funding: GSK (VEO-000773)

**Palavras-Chave:** Respiratory Syncytial Virus Infections; Observational Study; Incidence; Respiratory Tract Infections;

17º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico  
Coimbra, Convento de São Francisco - 25 e 26 Junho de 2026

## POSTERS

### 1. EQUILIBRIO TERAPÉUTICO EN HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS: A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Torres, A.G. Salazar, A.M. Martín, E. Prieto, S. Rodríguez, A. González, J.L. Fernández, M.R. Bartol

Hospital Universitario de Salamanca

Introducción: La Histiocitosis de células de Langerhans (HCL) pulmonar es una enfermedad intersticial asociada al tabaquismo que cursa con quistes y una progresiva alteración de la arquitectura pulmonar (Imagen 1). Aunque el cese del tabaquismo es la medida terapéutica principal, los pacientes presentan una predisposición a infecciones respiratorias y exacerbaciones con patrón ventilatorio obstructivo, requiriendo vigilancia estrecha y manejo farmacológico dinámico.

Caso clínico: Varón de 50 años, exfumador (IPA 13), diagnosticado de HCL pulmonar en 2008 mediante biopsia transbronquial (presencia de cuerpos de Birbeck y marcadores S100/CD1a positivos). Desde entonces, ha mostrado una alteración ventilatoria obstructiva grave e hiperinsuflación, con pruebas de función pulmonar variables (FEV1 basal 40-50%), y descenso moderado de la difusión (DLCO 50%).

A partir de 2021, la estabilidad clínica se vio comprometida por exacerbaciones frecuentes (aproximadamente 3 anuales). En octubre de 2024, presentó colonización por *Pseudomonas aeruginosa*, tratada con ciprofloxacino oral durante 21 días y colistina inhalada durante tres meses. Sin embargo, en octubre de 2025, tras una infección por gripe A, sufrió un deterioro agudo con disnea de mínimos esfuerzos, SpO<sub>2</sub> del 88% e imágenes radiológicas de nivel hidroaéreo y bronconeumonía (Imágenes 2 y 3), precisando ingreso.

A los tres días del alta, reingresó por una neumonía nosocomial que respondió favorablemente a antibioterapia de amplio espectro. El TAC de control de abril de 2026 (Imagen 4) muestra estabilidad de las lesiones quísticas bilaterales de predominio en campos medios y superiores, sin nuevas consolidaciones. Actualmente, el paciente se mantiene con triple terapia inhalada y bajo seguimiento en consultas externas.

Conclusiones: Incluso con estabilidad radiológica de los quistes de HCL, el paciente enfrenta un riesgo elevado de complicaciones infecciosas graves. Evoluciona de una enfermedad intersticial "estable" a un fenotipo exacerbador con colonización por gérmenes oportunistas (*P. aeruginosa*). El manejo multidisciplinar y la optimización de la terapia inhalada son críticos para preservar la función pulmonar y prevenir ingresos. Además, la decisión de iniciar tratamiento inmunosupresor o corticoideo ha de ser individualizada.

**Palabras-Chave:** Histiocitosis de células de Langerhans, quistes, sobreinfección, tabaquismo.

### 2. SAOS – pequenos ajustes, grandes resultados

S. Botelho Teixeira, M. Gonçalves Almeida, P. Silva Santos

ULS COIMBRA

Introdução: A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma patologia crónica frequente na população, associando-se ao aumento do risco cardiovascular e diminuição da qualidade de vida dos doentes, pela hipersonolência diurna e sono fragmentado. A sua gestão e tratamento podem, porém, ser desafiantes, exigindo uma abordagem individualizada.

Caso Clínico

Doente do sexo masculino, 67 anos, ex-fumador, com antecedentes pessoais de asma, hipertensão arterial, dislipidémia e enfarte agudo do miocárdio. Seguido em consulta externa por SAOS, sob auto-CPAP, com máscara oronasal, com EPAP máxima 16 cmH<sub>2</sub>O e mínima 6 cmH<sub>2</sub>O.

Apesar de aderente à terapia e apresentar fuga controlada, apresentava IAH residual de 34.7/h, com p95 de pressões de 16 cmH<sub>2</sub>O, referindo marcada hipersonolência diurna e xerostomia.

Do estudo complementar realizado, não apresentava alterações de relevo na TC-torácica ou CE, provas de função respiratória ou gasometria. A TC dos seios perinasais descrevia hipertrofia septal e dos cornetos nasais, tendo sido avaliado em consulta de ORL e cirurgia maxilo-facial.

Nos meses seguintes, procedeu-se à associação de um humidificador ao circuito e ao aumento gradual da EPAP máxima até aos 18 cm H<sub>2</sub>O, tendo posteriormente iniciado modo binível, com EPAP mínima 6 cm H<sub>2</sub>O, EPAP máxima 14 cm H<sub>2</sub>O e pressão de suporte de 8 cm H<sub>2</sub>O.

Apesar das alterações efetuadas e cumprimento da terapêutica, o doente mantinha-se sintomático e apresentava um IAH elevado de 41/h, pelo que realizou um estudo PSG nível I, com split-night. Este estudo, inicialmente sob CPAP com máscara oronasal, evidenciava agravamento do IAH com o aumento da EPAP, com reversão do quadro e correção do IAH após alteração para interface nasal com cinta mandibular e redução da EPAP para 11cm H<sub>2</sub>O.

Após alteração da ventiloterapia e interface, em reavaliação na consulta, apresentava substancial melhoria da sonolência diurna, com noção de sono reparador e IAH controlado de 0.4/h, sem fuga significativa.

Conclusões: Este caso pretende ilustrar a complexidade da gestão do doente com SAOS e como uma abordagem individualizada, em particular na escolha e adaptação da interface, pode impactar as pressões utilizadas e o controlo da sintomatologia.

**Palavras-Chave:** SAOS; ventiloterapia; PSG; interface

### 3. Pneumotórax Recorrente como Manifestação de

**Endometriose Torácica**

AC Grande; P Manso; A.S. Cardoso, J.R. Serra, A. Paiva, R. Costa, C. Pinto, P. Fernandes; F Cadarso; AC Pimenta;

ULSTS

**Introdução:** O pneumotórax catamenial é uma manifestação rara da síndrome de endometriose torácica, caracterizada por pneumotórax direito recorrente em mulheres em idade fértil. O diagnóstico é difícil quando a relação temporal com a menstruação está ausente ou mascarada por terapêutica hormonal contínua.

**Descrição:** Mulher de 43 anos, não fumadora, com antecedentes de endometriose pélvica tratada cirurgicamente há 20 anos e infertilidade. Foi referenciada a Pneumologia após deteção incidental de pneumotórax direito de pequeno volume numa TC torácica, na sequência de uma RM abdominal que sugeria derrame pleural direito. Sem tosse ou dispneia, referindo apenas fadiga e intolerância ao esforço.

Optou-se por vigilância, dada a estabilidade clínica e o pequeno volume do pneumotórax. Contudo, TCs seriadas documentaram pneumotórax direito recorrente e flutuante, posteriormente mais expressivo, com componente anterior de 2,5 cm no hemitórax inferior direito e derrame pleural associado. Não foram identificadas bolhas, enfisema, bronquiectasias, nódulos ou consolidações. Embora o padrão catamenial fosse inicialmente menos valorizado - por ausência de hemorragia de privação sob contração de anel vaginal contínuo - a recorrência e antecedentes de endometriose motivaram referência à Cirurgia Torácica. Em janeiro de 2026, realizou VATS uniportal direita. Observadas fenestrações diafragmáticas e pleura parietal espessada com aspeto paquipleurítico, sem bolhas pulmonares (imagem intraop.). Procedeu-se à excisão das fenestrações e pleurodese por abrasão pleural e talcagem. O exame histológico revelou focos de células fusiformes com positividade para recetores de estrogénio e fraca expressão de CD10, com vasos congestivos e extravasação eritrocitária multifocal, compatíveis com endometriose pleural. O pós-operatório foi complicado por enfisema subcutâneo, com necessidade de reinternamento e drenagem torácica, com evolução favorável.

**Conclusão** Este caso reforça que o pneumotórax catamenial deve ser considerado em mulheres com pneumotórax recorrente e antecedentes de endometriose, mesmo na ausência de ciclicidade menstrual aparente. A VATS é fundamental no diagnóstico e tratamento, nomeadamente pela inspeção cuidadosa do diafragma, excisão das fenestrações e pleurodese. A doente mantém seguimento em Pneumologia e Ginecologia.

**Palavras-Chave:** Endometriose; Pneumotórax; VATS

**4. Quando o tratamento ameaça falhar**

BM Almeida, T Rodrigues, V Durão, R Campanha, M Cunha, R Armindo, P Romão, P Rosa

Hospital Vila Franca de Xira

**Introdução:** O tratamento da tuberculose (TB) pode ser complexo e limitado pela ocorrência de efeitos adversos graves. Os efeitos gastrointestinais (GI) tendem a ser os mais frequentes, com risco de baixa adesão e eficácia terapêutica. A desnutrição e o baixo peso são factores de risco associados a pior prognóstico.

**Descrição:** Mulher, 68 anos, autónoma, não fumadora, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2. Recorreu ao Serviço de

Urgência por quadro com 1 mês de evolução de tosse produtiva com expectoração purulenta, astenia, anorexia e perda ponderal de 8Kg. Tinha sido previamente observada, tendo sido assumido o diagnóstico de traqueobronquite aguda e medicada com azitromicina e amoxicilina/ácido clavulânico, sem melhoria.

À admissão encontrava-se caquética, prostrada, eupneica em ar ambiente, hipotensa e taquicárdica. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios. A radiografia do tórax evidenciava hipotransparência no terço superior do campo pulmonar direito e a tomografia computadorizada revelou volumosa consolidação cavitada no lobo superior direito. A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes na expectoração foi positiva assim como o teste de amplificação de ácidos nucleicos para *Mycobacterium tuberculosis complex*, sem resistência à rifampicina.

Iniciou terapêutica antibacilar de 1ª linha com doses ajustadas ao peso, evoluindo com náuseas, vômitos persistentes e elevação das transaminases 5 vezes o limite superior da normalidade, motivando suspensão da terapêutica durante 11 dias. Após interrupção dos antibacilares manteve agravamento progressivo do estado geral, com intolerância oral total, perda ponderal adicional, e marcada limitação funcional. Iniciou, assim, nutrição parentérica que manteve durante 19 dias. Após estabilização clínica e melhoria analítica, foi feita reintrodução gradual, faseada e protocolada dos antibacilares, com boa tolerância. Teve alta clinicamente melhorada, sob esquema antibacilar completo.

**Conclusão:** A intolerância GI e a hepatotoxicidade associadas aos antibacilares podem ter repercussões clínicas significativas e comprometer o tratamento da TB. Neste caso, a desnutrição grave e o baixo peso parecem ter contribuído para um quadro clínico de maior gravidade, realçando a importância da integração da avaliação nutricional na abordagem destes doentes.

**Palavras-Chave:** Tuberculose pulmonar; intolerância terapêutica, nutrição parentérica, hepatotoxicidade

**5. Lesões pulmonares cavitadas: o desafio de um diagnóstico atempado**

BM Almeida, T Rodrigues, V Durão, J Branco, M Cunha, R Armindo, P Romão, P Rosa

Hospital Vila Franca de Xira

**Introdução:** As lesões pulmonares cavitadas constituem um desafio diagnóstico, podendo ter etiologia infecciosa, neoplásica, autoimune ou vascular. A granulomatose com poliangeíte é uma vasculite associada a ANCA que afeta sobretudo o trato respiratório e os rins. O envolvimento pulmonar isolado pode atrasar o diagnóstico e comprometer o prognóstico.

**Descrição:** Mulher, 58 anos, fumadora (30 UMA), com antecedentes de rinosinusite. Admitida no Serviço de Urgência por fadiga, sudorese, sensação febril, perda ponderal, tosse com expectoração esverdeada e ocasionalmente hemoptoica e cefaleia com 3 meses de evolução. À admissão encontrava-se prostrada, febril, hemodinamicamente estável, com SpO<sub>2</sub> 97% em ar ambiente. Analiticamente destacava-se aumento dos parâmetros inflamatórios. A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes e o teste de amplificação de ácidos nucleicos para *Mycobacterium tuberculosis* foram negativos. A radiografia do tórax evidenciou hipotransparências arredondadas bilaterais e a tomografia computadorizada revelou múltiplas lesões nodulares

bilaterais algumas cavidades. A tomografia crânio-encefálica mostrou polissinusite. Perante suspeita de pneumonia cavitada iniciou antibioterapia empírica com azitromicina e amoxicilina/ácido clavulânico, sem melhoria. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar e biópsias transbrônquicas sem evidência de neoplasia e exames bacteriológico, micobacteriológico e micológico negativos. Do estudo autoimune destacou-se PR3-ANCA positivo e velocidade de sedimentação aumentada. Assumido o diagnóstico de granulomatose com poliangeíte e iniciada corticoterapia sistémica. Apresentou rápida melhoria clínica e imagiológica, contudo evoluiu com lesão renal aguda rapidamente progressiva. A biópsia renal confirmou glomerulonefrite crescêntica pauci-imune. Iniciou Rituximab, sem melhoria da função renal e posteriormente Ciclofosfamida e Avacopan, com controlo clínico e possibilidade de redução progressiva da corticoterapia.

**Conclusão:** Este caso evidencia a complexidade diagnóstica das lesões pulmonares cavitadas e a importância de considerar vasculite associada a ANCA, mesmo na ausência de envolvimento renal inicial. Salienta ainda a necessidade de exclusão sistemática de etiologia infecciosa, nomeadamente tuberculose, antes de iniciar terapêutica imunossupressora.

**Palavras-Chave:** Granulomatose com poliangeíte, lesões cavitadas, diagnóstico diferencial, imunossupressão

## 6. E tudo a vômica levou

CG Silva, P Rodrigues, S Pimentel, S Fontão, L Mateus, I Lopes, M Cavaco, CR Silvestre

ULS Oeste

**Introdução:** A reabilitação respiratória melhora o outcome dos doentes com abscesso pulmonar, a nível de função pulmonar, saturação de oxigénio e tolerância ao esforço.

**Caso Clínico:** Homem, 54 anos, autónomo. Professor. Ex-fumador. Sem antecedentes ou medicação relevantes.

Recorreu ao Serviço de Urgência por dor pleurítica, expectoração hemoptóica, febre, mialgias, anorexia e perda ponderal (5kg em 20 dias).

Ao exame objetivo apresentava febre, murmúrio vesicular diminuído à direita, eupneico em ar ambiente. Analiticamente com leucocitose e PCR aumentada. Antigenúrias negativas. Imagiologicamente objetivou-se consolidação no lobo inferior direito, derrame pleural loculado homolateral.

Iniciou ceftriaxone e azitromicina empíricos. Por agravamento clínico com insuficiência respiratória e descida lenta dos parâmetros inflamatórios, escalou-se antibioterapia para vancomicina e piperacilina-tazobactam. Realizou videobroncoscopia que revelou hemorragia proveniente de B10 à direita. O exame microbiológico, micobacteriológico e micológico foi negativo.

A reavaliação imagiológica revelou aspetos organizativos secundários a pneumonia adquirida na comunidade. Iniciou corticoterapia sistémica, com melhoria clínica e radiológica. Teve alta.

Dois dias depois, na sessão de fisioterapia, apresentou vômica purulenta e hemoptóica. Apresentava-se eupneico em ar ambiente e, à auscultação pulmonar, murmúrio vesicular diminuído no terço inferior do hemitórax direito.

Imagiologicamente verificou-se o surgimento de cavitação

de 9 cm com necrose parenquimatosa nas áreas com aspeto organizativo prévio.

O doente foi internado e iniciou piperacilina-tazobactam e clindamicina empíricos, mantendo corticoterapia. Após isolamento de *Enterobacter cloacae* na expectoração, iniciou ciprofloxacina e clindamicina de acordo com TSA.

O caso foi discutido com a Cirurgia Torácica, tendo indicação para manter terapêutica médica.

Após melhoria clínica, analítica e radiológica, o doente teve alta com indicação para cumprir programa de reabilitação respiratória.

À reavaliação, 2 meses depois, verificou-se resolução imagiológica completa.

**Conclusão:** Este é um caso pouco comum de abscesso pulmonar num doente imunocompetente, que realça o papel da reabilitação respiratória na abordagem conservadora de sucesso apesar do tamanho do abscesso.

**Palavras-Chave:** abscesso pulmonar, vômica, reabilitação respiratória

## 7. Uma lesão mediastínica incomum numa neoplasia comum

P Trindade, M Gaspar, MJ Cavaco, F Félix

ULS Santa Maria

**Introdução:** As lesões do mediastino anterior constituem um desafio diagnóstico, incluindo no diagnóstico diferencial timoma, linfoma, tumores germinativos e metastização secundária [1,2]. A ausência de hiper captação na PET-FDG não exclui malignidade, podendo a timectomia por cirurgia torácica videoassistida (VATS) assumir um papel importante no diagnóstico e tratamento destas lesões [3].

**Caso Clínico:** Mulher de 72 anos, não fumadora, com antecedentes de carcinoma ductal invasivo da mama direita diagnosticado em 2006 (pT2N1, fica RE+ (3), RP+ (3) e HER2 - (+1)), submetida a mastectomia radical modificada, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia, tendo tido alta de seguimento na Oncologia Médica. Apresentava cansaço inespecífico, sem outras queixas respiratórias ou sintomas neurológicos associados. Realizou tomografia computadorizada torácica pedida pelo médico de família que mostrou lesão sólida do mediastino anterior retroesternal, inicialmente descrita em 2022, com crescimento progressivo de 15x20 mm para 22x33 mm. A ressonância magnética confirmou massa circunscrita do mediastino anterior com 2,5x1,5 cm. A PET-FDG não demonstrou atividade metabólica suspeita. Perante o crescimento imagiológico sustentado e ausência de possibilidade de realização de biópsia dirigida por condicionantes anatómicas, foi submetida a timectomia por VATS que decorreu sem intercorrências. O exame anatomopatológico revelou metastização de carcinoma compatível com origem mamária (RE+, RP-, Her2 - (+1)). Posteriormente, o estadiamento identificou lesões metastáticas ósseas da coluna dorsal e grelhas costais, tendo iniciado terapêutica com letrozol e palbociclib.

**Conclusões:** Este caso evidencia uma forma rara de metastização tardia de carcinoma da mama para o mediastino anterior/timo, quase duas décadas após o diagnóstico inicial. Destaca-se a importância da suspeição clínica perante lesões mediastínicas de crescimento progressivo, mesmo sem hiper captação na PET-FDG. A abordagem por VATS foi fundamental para o diagnóstico definitivo e orientação terapêutica multidisciplinar.

**Palavras-Chave:** Carcinoma da mama; Mediastino anterior; Metástase tímica;

## 8. Neoplasia bifásica pulmonar: um desafio diagnóstico

*P Trindade; D Hasnucrai; M Gaspar; M Alvoeiro; AL Machado; F Ferro; AS Vilarça, P Alves*

ULS Santa Maria

**Introdução:** As neoplasias pulmonares bifásicas com componente sarcomatóide são tumores raros, agressivos e de difícil classificação histológica, frequentemente diagnosticados em estádios avançados e associados a elevada taxa de recidiva [1,2].

**Caso Clínico:** Mulher de 67 anos, ex-fumadora com carga tabágica inferior a 1 UMA. Recorreu ao Médico de Família por tosse seca e cansaço mMRC 2-3, tendo realizado uma TC torácica (junho 2023) que identificou massa sólida do lobo inferior direito com 65 mm com contacto pleural. PET-TC demonstrou hipermetabolismo intenso (SUVmáx 13,7). A broncofibroscopia mostrou mucosa atípica em B10 do lobo inferior direito, tendo as biópsias revelado neoplasia pouco diferenciada com expressão heterogénea de marcadores epiteliais, neuroendócrinos e PAX8, não permitindo exclusão de origem extrapulmonar. Perante ausência de diagnóstico definitivo, foi submetida a lobectomia inferior direita e linfadenectomia mediastínica por toracotomia em março de 2024. O exame anatomopatológico revelou neoplasia bifásica com componente sarcomatóide (10,5x8,5x7,4 cm), invasão pleural visceral e linfovascular e metastização num gânglio hilar (pT4N1M0, estadio IIIA; PD-L1<1%). Realizou quimioterapia adjuvante com carboplatino e etopósido (4 ciclos). Em dezembro de 2024 verificou-se recidiva única suprarrenal esquerda, confirmada histologicamente. Após discussão multidisciplinar, realizou radioterapia estereotáxica corporal (SBRT) na dose total de 35Gy/5 frações, não tendo realizado tratamento sistémico subsequente por deterioração funcional, mantendo seguimento em Hospital de Dia. A reavaliação imagiológica demonstrou redução dimensional significativa da metástase irradiada.

**Conclusões:** Este caso evidencia o desafio diagnóstico e a agressividade biológica das neoplasias pulmonares bifásicas com componente sarcomatóide. Destaca-se a importância da abordagem multidisciplinar e o potencial papel da SBRT no controlo da doença oligometastática.

**Palavras-Chave:** Neoplasia sarcomatóide; Carcinoma bifásico; SBRT;

## 9. Oximetria Versus Realidade: Um Caso de Hemoglobina Cheverly

*AM Santos, SF Pinho, I Sanches, M Dias*

ULS Gaia Espinho

**Introdução:** A Hemoglobina Cheverly é uma variante rara da hemoglobina caracterizada por baixa afinidade para o oxigénio, resultante de uma mutação pontual no gene da  $\beta$ -globina que origina a substituição da fenilalanina por serina. Esta alteração desloca a curva de dissociação da oxi-hemoglobina para a direita, condicionando valores reduzidos de oximetria de pulso ( $SpO_2$ ), apesar de pressão parcial de oxigénio ( $PaO_2$ ) e saturação arterial ( $SaO_2$ ) normais. Clinicamente, pode simular hipoxemia em doentes sem doença cardiopulmonar subjacente.

**Caso clínico:** Mulher de 41 anos, fumadora, com antecedentes de artrite reumatoide não medicada e anemia ligeira, foi referenciada para avaliação de dispneia para esforços moderados e  $SpO_2$  persistentemente baixa (83% em ar ambiente), independente de alterações posicionais. A gasimetria arterial (GSA) demonstrava valores normais ( $PaO_2$  90 mmHg;  $SaO_2$  92%).

A doente referia achados semelhantes desde a adolescência, com GSA repetidamente dentro dos valores de referência e sem evidência de insuficiência respiratória. As provas de função respiratória eram normais e a tomografia computadorizada torácica revelou bronquiolite respiratória associada ao tabagismo, sem justificar a discrepância observada.

O diagnóstico foi estabelecido após o internamento do filho de 1 ano por bronquiolite aguda, que apresentava igualmente  $SpO_2$  persistentemente baixa, com TC torácica, ecocardiograma e broncoscopia sem alterações relevantes. Perante a ausência de causa identificável, foi realizado estudo genético da hemoglobina, que identificou a mutação heterozigótica p.Phe46Ser no gene da  $\beta$ -globina, confirmando hemoglobina Cheverly, posteriormente também detetada na mãe.

**Conclusão:** Valores baixos de  $SpO_2$  nem sempre traduzem hipoxemia. A discrepância com GSA deve levantar a suspeita de artefactos da oximetria de pulso, dis-hemoglobinemias ou variantes com baixa afinidade para o oxigénio. A sequenciação genética é fundamental quando os estudos iniciais são inconclusivos, permitindo evitar exames desnecessários e terapêuticas inadequadas, com repercussão relevante no bem-estar do doente.

**Palavras-Chave:** Oximetria, Gasimetria, Hemoglobina Cheverly

## 10. Estenosis subglótica idiopática: um reto diagnóstico mimetizado como asma bronquial de difícil control

*A. González, M.R. Bartol, E. Prieto, A.M. Martín, S. Rodríguez, M. Corbí, P. Torres, S. Jodra, R. Cordovilla, A.G. Salazar*

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Mujer de 45 años, nunca fumadora, remitida a consultas de Neumología por sospecha de asma bronquial. Refería disnea de moderados esfuerzos de un año de evolución, asociada a tos y disfonía, con escasa respuesta clínica al tratamiento inhalado con LABA/corticoides inhalados y montelukast.

En la exploración física destacaba la presencia de estridor inspiratorio, con murmullo vesicular conservado. La espirometría mostró parámetros dentro de la normalidad (FEV1/FVC 73%; FEV1 2,25 L; test broncodilatador negativo). No obstante, la curva flujo-volumen evidenció un leve aplanamiento de la rama inspiratoria, hallazgo que, en correlación con la clínica, resultó sugestivo de obstrucción variable extratorácica.

Se realizó valoración por Otorrinolaringología y Neumología. La fibrobroncoscopia objetivó una estenosis subglótica fija, simple y concéntrica, de aspecto cicatricial, con diámetro aproximado de 6 mm (obstrucción superior al 50%), localizada a 2 cm de la glotis y con una extensión longitudinal de 1,5 cm. La tomografía computarizada cervical y de nasofaringe confirmó un engrosamiento concéntrico de la pared traqueal subglótica, sin evidencia de compresión extrínseca. Como hallazgo incidental, se detectó una lesión nodular de 12 mm en el techo del cavum, de carácter sólido/heterogéneo pero estable y sin signos de agresividad.

Tras valoración por Cirugía Torácica y dada la estabilidad clínica de la paciente, se consensó actitud conservadora. Se suspendió el tratamiento inhalado al descartarse asma bronquial y se programó seguimiento clínico, endoscópico y radiológico semestral.

Conclusiones:

- La interpretación de la espirometría no debe basarse exclusivamente en los valores numéricos de referencia
- El estridor y la refractariedad al tratamiento inhalado deben obligar a descartar obstrucciones de la vía aérea central.
- La combinación de TC y broncoscopia es fundamental para caracterizar la ESG.
- Un abordaje multidisciplinar es esencial para establecer un diagnóstico diferencial adecuado y evitar tratamientos innecesarios.

**Palavras-Chave:** Obstrucción de vía aérea superior; curva flujo-volumen, diagnóstico diferencial.

### 11. Pneumonia: Uma análise comparativa sobre o perfil demográfico, clínico e comportamental

*P Calvo, B Almeida, M Cunha, J Branco, P Rosa.*

ULSETEJO

Introdução: A pneumonia é uma patologia bastante frequente nos serviços de internamento, com elevada mortalidade e impacto na qualidade de vida e socioeconómica.

Objetivos: Este trabalho visa caracterizar o perfil demográfico, clínico e comportamental dos doentes internados por pneumonia no serviço de Pneumologia do Hospital de Vila Franca de Xira (HVFX), relacionando-o com o tempo de internamento. Pretende-se identificar padrões e tendências, apresentando uma visão comparativa entre 2024 e 2025.

Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva descritiva, dos doentes internados por pneumonia no serviço de Pneumologia do HVFX em 2024 e 2025. Foram recolhidas e analisadas as seguintes variáveis: género, idade, história tabágica, imunossupressão, comorbilidades respiratórias, seguimento prévio, vacinação e duração do internamento.

Resultados: Foram incluídos 173 doentes, com idade média de 68 ( $\pm 15,09$ ) anos. Mais de metade (66%) eram do sexo masculino, e a maioria era fumador (28%) ou ex-fumador (32%). O tempo médio de internamento foi de 13 dias em 2024 e 16 dias em 2025. A percentagem de doentes com >65 anos foi de 59% em 2024 e 66% em 2025. A carga tabágica e a percentagem de imunodeprimidos foram semelhantes em ambos os anos. Em 2024, 53% tinham seguimento prévio, enquanto em 2025 apenas 50%. A percentagem de patologia respiratória prévia foi de 54% em 2024 e 58% em 2025. Em 2025 houve uma maior proporção de doentes vacinados (32% em 2024 e 40% em 2025).

Conclusões: Observou-se que em 2025 houve uma média de dias de internamento superiores ( $16 \pm 9,58$  dias), comparativamente com 2024 ( $13 \pm 9,16$  dias). Verificou-se que em 2025 a média de idades dos doentes foi mais elevada ( $70 \pm 13,54$  anos), assim como a percentagem de doentes nunca fumadores (42%), com patologia respiratória já conhecida (58%) e sem seguimento prévio (50%). Os resultados evidenciam diferenças no perfil dos doentes, nos períodos descritos, demonstrando a importância da monitorização apertada das características das populações, de forma a promover uma maior adequação dos cuidados de

saúde e uma melhor rentabilização de recursos.

**Palavras-Chave:** Pneumonia; Perfil demográfico; Internamento

### 12. Prevalência de Doenças Autoimunes em Doentes com Silicose: análise retrospectiva

*AR Pereira, P Pinto, I Marques, ME Tinoco, AC Ferreira, C Nogueira, S Campainha, S Neves*

ULSRA

Introdução: A exposição crónica à sílica cristalina está associada ao desenvolvimento de doenças autoimunes, nomeadamente esclerose sistémica, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistémico e vasculites de pequenos vasos, com uma prevalência de 3 a 20%. A sílica parece atuar como um imunomodulador em indivíduos suscetíveis, contribuindo para o desenvolvimento e progressão da doença autoimune.

Objetivos: O presente trabalho teve como objetivo determinar a prevalência de doenças autoimunes em doentes com silicose.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo com recolha de dados dos doentes seguidos na consulta de doenças profissionais e patologia do interstício na Unidade Local de Saúde Vila Nova de Gaia/Espinho, entre abril de 2014 e dezembro de 2025.

Resultados: Foram incluídos 83 doentes com silicose, com idade média de  $67.5 \pm 11.5$  anos, sendo 95.2% ( $n=79$ ) do sexo masculino. A prevalência de doenças autoimunes diagnosticadas foi de 16.9% ( $n=14$ ), todos os doentes eram do sexo masculino, com idade média de  $64.6 \pm 10.2$  anos (versus  $68.4 \pm 11.8$  anos nos doentes sem doença autoimune). As patologias diagnosticadas foram artrite reumatóide ( $n=6$ , 42.9%), esclerose sistémica ( $n=4$ , 28.6%), vasculite ANCA ( $n=2$ , 14.3%), artrite psoriática ( $n=1$ , 7.1%) e síndrome antifosfolípídica ( $n=1$ , 7.1%).

Relativamente à sequência temporal, em 7 casos (50.0%) o diagnóstico de silicose precedeu o de doença autoimune, com um intervalo médio de 21.9 meses. Em 6 casos (42.9%) a doença autoimune foi diagnosticada primeiro, com intervalo médio de 51.8 meses até ao diagnóstico de silicose. Num caso, ambos os diagnósticos foram simultâneos.

Conclusões: A prevalência de doenças autoimunes em doentes com silicose (16.9%) e o predomínio de artrite reumatóide e esclerose sistémica estão em concordância com estudos prévios. Não se verificou uma sequência temporal consistente entre os dois diagnósticos, tendo a silicose precedido a doença autoimune em metade dos casos. Estes dados reforçam a importância do rastreio bidirecional entre silicose e patologia autoimune. Estudos prospetivos com amostras maiores são necessários para melhor caracterizar esta associação.

**Palavras-Chave:** Silicose, doença autoimune, prevalência

### 13. ASPERGILOSIS PULMONAR: “cuando los hongos toman el control”

*A. Esteban, N. Aranda, V. Arganda, K. Mejía, JA. Vázquez, EA Pérez*  
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción: El *Aspergillus* es un hongo ubicuo y oportunista del que se han descrito más de 200 especies, aunque sólo unas pocas son capaces de producir enfermedad en el ser humano, siendo el más común el *Aspergillus fumigatus*. El contagio

se produce por la inhalación de esporas, y el desarrollo o no de la enfermedad está muy ligado al estado inmunitario del paciente, con manifestaciones clínicas que pueden abarcar desde reacciones de hipersensibilidad hasta enfermedad invasiva con elevada mortalidad.

Atendiendo a los hallazgos en las pruebas de imagen, podemos establecer cinco patrones diferentes, con división entre formas no invasivas, ligadas a un adecuado estado inmunitario del huésped, y formas invasivas, en relación con estados de inmunosupresión.

Descripción: En el presente trabajo estudiaremos cuáles son los hallazgos de imagen típicos que nos podemos encontrar apoyándonos en una serie de casos clínicos de cada una de sus formas de presentación, y analizaremos la importancia de la TC de tórax para aproximarnos a un diagnóstico correcto. Así, podemos encontrar:

-Aspergilomas dentro de cavidades preexistentes, como hallazgo incidental en paciente con neumonía bacteriana.

-Aspergilosis broncopulmonar alérgica con bronquiectasias e impactación mucosa.

-Formas semiinvasivas consolidaciones lobares o segmentarias.

-Aspergilosis invasiva de la vía aérea y angioinvasiva con nódulos periféricos, infarto y halo hemorrágico en paciente con leucemia aguda linfocítica y fiebre persistente a pesar de antibioterapia.

Conclusión: La aspergilosis pulmonar abarca un amplio espectro de manifestaciones clínico-radiológicas, estableciéndose cinco patrones característicos, aunque no patognomónicos, en las pruebas de imagen. La interpretación de los hallazgos siempre deberá realizarse de manera conjunta con datos analíticos y clínicos del paciente, prestando especial importancia al estado inmunológico del huésped, pues será determinante para orientarnos hacia formas invasiva o no invasivas de la infección.

**Palavras-Chave:** aspergilosis, inmunidad, aspergiloma, angioinvasiva.

#### 14. Para Chegar ao Pico, é Preciso Olhar para o Declive: Impacto dos critérios ERS/ESTS 2025 na PECP pré-operatória

AF Nunes; F Fernandes; M Oliveira

ULS Guarda

Introdução: A prova de esforço cardiopulmonar (PECP) permite uma avaliação integrada da reserva cardiorrespiratória e constitui uma ferramenta na estratificação pré-operatória do risco de mortalidade pós-operatória em doentes candidatos a cirurgia torácica. As guidelines ERS/ESTS 2009 e CHEST/ACCP 2013 valorizam o consumo máximo de oxigénio no exercício ( $VO_2\text{peak}$ ), enquanto a nova guideline ERS/ESTS 2025 passa também a valorizar o  $VE/VC0_2\text{slope}$  ( $VECO_2\text{s}$ ), marcador de ineficiência ventilatória e de maior risco cirúrgico.

Objetivo: Avaliar o impacto da aplicação dos critérios ERS/ESTS 2025 na classificação pré-operatória, comparativamente à classificação clássica baseada no  $VO_2\text{peak}$ .

Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo de doentes submetidos a PECP para avaliação pré-operatória entre 2020-2026. A classificação clássica foi definida pelo  $VO_2\text{peak}$ , em ml/kg/min: baixo risco se  $>20$ , risco intermédio se  $>10$  e  $\leq 20$ , e alto risco se  $\leq 10$ . Por sua vez, pela classificação ERS/ESTS 2025: baixo risco se  $VO_2\text{peak} \geq 15$  e  $VECO_2\text{s} < 35$ , alto risco se  $VO_2\text{peak} < 12$  ou  $VECO_2\text{s} > 40$  e restantes casos risco intermédio. Para

cada doente foi determinada a categoria de risco por ambos os modelos, avaliando-se a frequência e o sentido da reclassificação após aplicação dos critérios ERS/ESTS 2025.

Resultados: Incluíram-se 36 doentes, 31 homens com idade média  $69,5 \pm 9,3$  anos. A amostra incluiu 20 doentes com CPNPC e 16 com lesão pulmonar suspeita. Pela classificação prévia, 9 (25,0%) doentes eram de baixo risco, 25 (69,4%) de risco intermédio e 2 (5,6%) de alto risco. Após aplicação dos critérios ERS/ESTS 2025, 11 doentes (30,6%) foram classificados como baixo risco, 15 (41,7%) como risco intermédio e 10 (27,8%) como alto risco. Verificou-se reclassificação em 18 doentes, incluindo 2 previamente de risco intermédio, reclassificados como baixo risco, e 8 (23,5%) dos 34 inicialmente de baixo/intermédio risco, reclassificados como alto risco.

Conclusão: A aplicação dos critérios ERS/ESTS 2025 modificou a estratificação pré-operatória em metade da amostra, aumentando a proporção de doentes com alto risco cirúrgico de 5,6% para 27,8%. Estes resultados sugerem que a integração do  $VE/VC0_2\text{slope}$  pode identificar doentes com risco acrescido não reconhecidos pela classificação baseada apenas no  $VO_2\text{peak}$ , apoiando uma estratificação pré-operatória mais completa.

**Palavras-Chave:** prova de esforço cardiopulmonar; risco cirúrgico; CPNPC

#### 15. Tuberculose Além do Parênquima: Uma Série de Casos com apresentações atípicas

AP Monteiro; J Freitas; C Figueiredo; D Maia; A Miguel

ULS São José - Hospital Santa Marta

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa de manifestações heterogêneas, podendo envolver não só o parênquima pulmonar, mas também a árvore traqueobrônquica e as cadeias ganglionares. A tuberculose endobrônquica, descrita em 10–37% dos doentes com TB pulmonar submetidos a broncofibroscopia, é potencialmente grave, exigindo elevado grau de suspeição clínica e adaptação da abordagem diagnóstica. Apresentamos uma série de quatro casos clínicos ilustrativos da diversidade de manifestações da TB.

Caso Clínico: Durante o ano de 2025, foram realizadas 60 broncoscopias por suspeita de tuberculose, tendo sido confirmado o diagnóstico em 18 casos. Entre estes, destacam-se quatro apresentações clínicas distintas de TB extraparenquimatosa ou com envolvimento endobrônquico.

O primeiro caso refere-se a uma mulher de 37 anos, com colite ulcerosa sob infliximab, admitida por tosse e febre com um mês de evolução. A broncoscopia revelou múltiplas lesões sésseis envolvendo a traqueia e o brônquio principal direito, cujas biópsias permitiram o isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* complex (MTC).

O segundo caso corresponde a um homem de 46 anos, medicado com infliximab por doença de Crohn, com quadro constitucional, tosse e sudorese noturna. A broncoscopia evidenciou lesões papilares esbranquiçadas dispersas pela laringe, traqueia e pelo brônquio lobar superior direito, tendo o exame microbiológico das biópsias identificado MTC.

O terceiro caso descreve um homem de 29 anos com hemoptises de repetição, cuja investigação broncoscópica demonstrou lesão cavitária no lobo superior direito, com isolamento de MTC no lavado broncoalveolar.

O quarto caso apresenta um homem de 35 anos com conglomerado adenopático supraclavicular, submetido a punção aspirativa ecoguiada, com isolamento de MTC, confirmando tuberculose ganglionar periférica.

Conclusão: Esta série ilustra a heterogeneidade das manifestações da TB, desde o envolvimento endobrônquico até à doença ganglionar periférica. A apresentação clínica inespecífica reforça a necessidade de elevada suspeição diagnóstica, particularmente em doentes imunossuprimidos. A adaptação da abordagem, incluindo broncoscopia e técnicas ecoguiadas, revelou-se determinante para o diagnóstico atempado e orientação terapêutica adequada.

**Palavras-Chave:** Tuberculose endobrônquica; Tuberculose ganglionar; Broncoscopia

### 16. Anos de Rouquidão, um Diagnóstico Inesperado

AP Monteiro; J Freitas; J Rodrigues; C Figueiredo; A Miguel

ULS São José - Hospital de Santa Marta

Introdução: A inespecificidade de alguns sintomas respiratórios pode constituir um importante desafio diagnóstico, particularmente quando correspondem a manifestações raras de doenças sistémicas. A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistémica de etiologia desconhecida, caracterizada por apresentações clínicas heterogéneas. Embora o envolvimento mediastínico seja frequente, a compressão do nervo laríngeo recorrente (NLR) com consequente parésia das cordas vocais constitui uma manifestação rara e frequentemente subvalorizada, podendo contribuir para atraso diagnóstico.

Apresentamos um caso de sarcoidose diagnosticada após vários anos de rouquidão persistente, cuja confirmação histológica foi obtida através de crio-EBUS, técnica emergente na abordagem diagnóstica de doenças granulomatosas mediastínicas.

Caso Clínico: Mulher de 60 anos, não fumadora, referenciada à consulta de Pneumologia por astenia com vários anos de evolução. Referia igualmente rouquidão persistente há mais de cinco anos, tendo sido previamente seguida em Otorrinolaringologia, onde foi documentada parésia da corda vocal esquerda, atribuída a patologia laríngea benigna e sem investigação etiológica adicional.

Por agravamento progressivo da astenia, realizou tomografia computadorizada torácica, que evidenciou múltiplas adenopatias mediastínicas volumosas, envolvendo as cadeias pré-vascular, paratraqueal bilateral, hilar bilateral e infracarinal. Perante a suspeita de doença granulomatosa, foi submetida a crio-EBUS como abordagem diagnóstica de primeira linha, com biópsia das estações 7 e 4R.

O exame histológico revelou granulomas não necrotizantes compatíveis com sarcoidose. Atendendo à coexistência de diabetes mellitus, optou-se por terapêutica poupadora de corticoterapia com metotrexato. Após 12 meses de seguimento, verificou-se melhoria marcada da astenia e resolução completa da rouquidão.

Conclusão: Este caso ilustra como a parésia do NLR pode constituir a manifestação inaugural e isolada de sarcoidose, reforçando a importância de considerar etiologias compressivas mediastínicas perante rouquidão persistente sem causa definida.

Destaca-se igualmente o papel crescente do crio-EBUS no diagnóstico definitivo, bem como a utilidade do metotrexato como alternativa em doentes com comorbilidades que limitam o

uso de corticoterapia.

**Palavras-Chave:** Sarcoidose; Parésia laríngeo-recorrente; Crio-EBUS

### 17. Além da astenia: o diagnóstico improvável de sequestro pulmonar

A Soveral, R Borrego, S André, JM Correia

Hospital de Egas Moniz, ULS Lisboa Ocidental

Introdução: O sequestro pulmonar é uma malformação congénita rara caracterizada por tecido pulmonar sem comunicação com a árvore traqueobrônquica e com vascularização arterial sistémica anormal. A forma extra-lobar, correspondendo a 25% dos casos, é diagnosticada predominantemente na infância. Apresenta-se um caso diagnosticado na idade adulta no decurso da investigação de fadiga pós-COVID-19.

Caso clínico: Mulher de 27 anos, ex-fumadora, com dois episódios prévios de pneumonia — aos 3 e aos 21 anos — foi referenciada à consulta de Pneumologia por astenia pós-COVID-19. A radiografia torácica inicial revelou alterações lineares na base pulmonar esquerda, sugestivas de fibrose. A TC torácica identificou lesões quísticas e densificações parenquimatosas de provável etiologia inflamatória no lobo inferior esquerdo, bem como enfisema parasseptal nos lobos superiores. Analiticamente, sem alterações inflamatórias; alfa-1 antitripsina de 162 mg/dL. Perante a ausência de esclarecimento etiológico, foi realizada TC torácica de reavaliação, que permitiu identificar a presença de uma estrutura multiquística com diâmetro máximo de 2 cm e vascularização originária na aorta abdominal, compatível com sequestro pulmonar extra-lobar. A espirometria não demonstrou alterações. Em discussão multidisciplinar com Radiologia e Cirurgia Torácica, confirmou-se o diagnóstico, sem indicação cirúrgica. Iniciou vacinação pneumocócica e mantém seguimento em Cuidados de Saúde Primários.

Conclusão: O caso salienta a importância de explorar sintomas vagos como astenia, mesmo que comuns após infeções como a COVID-19, particularmente em doentes jovens, podendo esconder alterações estruturais como o sequestro pulmonar, frequentemente responsável por infeções respiratórias de repetição. A TC torácica revelou-se fundamental para o estabelecimento do diagnóstico, evidenciando a importância da reavaliação imagiológica dirigida quando a etiologia permanece por esclarecer. A abordagem multidisciplinar, envolvendo Pneumologia, Radiologia e Cirurgia Torácica, foi determinante na orientação do caso, tendo sido possível investir numa estratégia conservadora com vigilância clínica e prevenção de novas infeções através da vacinação pneumocócica.

**Palavras-Chave:** sequestro, pneumonia, cirurgia, radiologia

### 18. Sarcoidosis, a diagnosis not to be overlooked

MM Antunes; MS Alves; S Morgado; JM Correia

Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental

Introdução: Sarcoidosis is a multisystem inflammatory disease characterized by the formation of noncaseating granulomas in affected organs. Its symptoms are nonspecific, varying from low grade fever, night sweats, weight loss, but lung involvement and lymph node enlargement are very common. Radiologically, it

may present with bilateral and symmetrical lymphadenopathy, micronodules with perilymphatic distribution, ground-glass opacities, consolidations and interlobular septal thickening.

Descrição do Caso Clínico: Female, 57 years old, non smoker, with a history of psoriatic arthritis and rhinosinusitis, on ustekinumab, montelukast and bilastine.

She was referred to our consult due to a two-year history of dry cough. She denied fever, night sweats or weight loss. Prior investigations included pulmonary function tests with no abnormalities and a chest computed tomography (CT) scan showing "multiple subsolid nodular lesions with regular septal thickening and ground-glass opacities, predominantly in the upper lobes, with no evidence of lymphadenopathy."

During follow-up, a series of chest CT scans were performed, showing no progression. Laboratory evaluation showed angiotensin-converting enzyme levels within the normal range. A PET-CT scan was performed, showing abnormal hypermetabolic activity in both supra and infradiaphragmatic lymphadenopathy, pelvic bone and pulmonary parenchymal.

For differential diagnosis between a lymphoproliferative disorder, primary lung malignancy with bone metastases or sarcoidosis, a lymph node biopsy was performed. Histological examination revealed "numerous non-necrotizing histiocytic granulomas, with negative staining for acid-fast bacilli."

After discussion of this case at a multidisciplinary interstitial lung disease meeting, the patient underwent endobronchial ultrasound-guided biopsy (EBUS). Histological analysis demonstrated non-necrotizing granulomas, supporting the diagnosis of sarcoidosis with lymph node, pulmonary and bone involvement.

Conclusões: Sarcoidosis is a very non specific and heterogeneous disease and since it mimicks several diseases, its diagnosis and treatment is a challenge. Bone involvement is rare in this disease, therefore it is important to have a low grade suspicion, to reduce the morbimortality associated.

**Palavras-Chave:** Sarcoidosis; lymphadenopathy;

### 19. A complex case of Mycobacterium abscessus

MM Antunes; I Santos; S Morgado; AM Mendes; C Lopes;

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Mycobacterium abscessus is a nontuberculous mycobacterium (NTM) associated with broncho-pulmonary infections in individuals suffering from cystic fibrosis, bronchiectasis and pulmonary diseases. Symptoms of NTM include chronic cough, fatigue, malaise and weight loss. Due to the non-specific and mild symptoms, diagnosis can be challenging. The treatment of M. abscessus-related pulmonary diseases is demanding due to intrinsic resistance to several antibiotics.

We present a case of a male, 67 years old, former smoker (30 UMAs), with a known personal history of severe eosinophilic asthma on biological therapy with benralizumab since 2023, post-tuberculous bronchiectasis, allergic bronchopulmonary aspergillosis (ABPA) treated in 2022, as well as adrenal insufficiency and osteoporosis secondary to corticosteroid therapy.

He attended the outpatient clinic in november 2025 due to progressively worsening fatigue, daily sputum production and wheeze, with eight exacerbations in the previous year. From the differential diagnosis workup, total IgE of 5,303 U/mL; specific

IgE to Aspergillus fumigatus of 67.9 (class 5). Initial sputum culture was contaminated. A thoracic CT scan revealed multiple bronchiectasis, several of which were filled with endoluminal content, in particular endobronchial mucoid impaction with high attenuation. Given multiple exacerbations whilst on benralizumab, biological therapy was switched to tezepelumab and systemic corticosteroid therapy was initiated for suspected ABPA relapse. In february 2026, due to a lack of improvement, sputum mycobacteriology was collected, isolating Mycobacterium abscessus. The patient was subsequently admitted electively for antibiotic therapy comprising imipenem 500 mg/day, cilastatin 500 mg every 12 hours, amikacin 900 mg/day, linezolid 600 mg/day, clofazimine 100 mg/day, azithromycin 250 mg/day and a gradual corticosteroid taper was initiated.

This case highlights the diagnostic complexity that arises when multiple co-existing pulmonary conditions are present. Prolonged use of corticosteroid therapy may have further contributed to disease progression. Therefore, its essencial a high index of clinical suspicion, an early microbiological diagnosis and a multidisciplinary approach to ensure timely diagnosis and appropriate management.

**Palavras-Chave:** Nontuberculous mycobacteria; Imunossuppression; Ashma; Mycobacterium abscessus;

### 20. Pneumotórax Espontâneo Bilateral: Diagnóstico Inaugural da Síndrome de Birt-Hogg-Dubé

B Ferreira; P Sobral; G Morais; S Lareiro; P Correia; R Pancas

ULS Coimbra

Introdução: A síndrome de Birt-Hogg-Dubé (BHD) é uma doença genética rara causada por variantes patogénicas no gene FLCN e caracteriza-se pela presença de quistos pulmonares bilaterais, manifestações cutâneas - fibrofolículos - e aumento do risco de tumores renais. Dado o envolvimento pulmonar, o pneumotórax espontâneo pode constituir a manifestação inaugural desta doença, sendo o reconhecimento precoce fundamental para orientação terapêutica e rastreio familiar.

Discussão: Homem de 35 anos, operador de máquinas, ex-fumador (17 UMA), com antecedentes familiares de síndrome de BHD na tia materna. Admitido no SU por pneumotórax espontâneo bilateral, de maior volume à esquerda, com necessidade de colocação de dreno torácico e internamento. A TC torácica revelou múltiplos quistos pulmonares bilaterais de parede fina, com predomínio basal e subpleural. Pela suspeita de síndrome de BHD foi pedido o estudo genético. Durante o internamento e após remoção de dreno torácico verificou-se recidiva do pneumotórax à esquerda pelo que foi proposto para tratamento cirúrgico.

Foi submetido a VATS uniportal esquerda com ressecção atípica de bolha do lobo inferior esquerdo e pleurodese mecânica e química com talco tipo poudrage, sem intercorrências pós-operatórias. O exame anatomopatológico mostrou doença pulmonar quística subpleural, sem inflamação significativa ou fibrose, compatível com síndrome de BHD.

O estudo genético identificou a variante patogénica heterozigótica c.573\_574delinsT p.(Lys192Argfs\*31) no gene FLCN, confirmando o diagnóstico de Síndrome de BHD. Realizou TC Torácica de reavaliação após 6 meses, onde mantinha quistos pulmonares basais e periféricos, sem presença de pneumotórax.

Realizou provas funcionais respiratórias com valores dentro da normalidade. O doente cessou o consumo tabágico e iniciou seguimento em consulta de Pneumologia, Genética Médica e Nefrologia.

**Conclusão:** O pneumotórax espontâneo bilateral pode ser a manifestação inaugural da Síndrome de BHD. A presença de quistos pulmonares basais e subpleurais, associada a história familiar, deve motivar investigação genética dirigida. O diagnóstico atempado permite instituir medidas preventivas, orientar o rastreio de tumores renais e identificar familiares em risco.

**Palavras-Chave:** Síndrome de Birt-Hogg-Dubé; Pneumotórax espontâneo; Quistos pulmonares; Gene FLCN

## 21. Desafio Diagnóstico de Hemoptises Persistentes na Gravidez – Uma Causa Rara

BR Ângelo, L Veiga, T Santos, MI Nóbrega, I Barreto, E Fragoso, A Lopes, P Esteves, P Pinto

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

**Introdução:** As hemoptises durante a gravidez constituem um desafio diagnóstico significativo. Embora frequentemente associadas a etiologias benignas e autolimitadas, podem representar manifestação inaugural de patologia potencialmente grave. A interpretação clínica é dificultada pelas alterações fisiológicas da gestação, podendo contribuir para atraso no diagnóstico etiológico.

**Caso Clínico:** Mulher de 32 anos, grávida de 29 semanas, com episódios recorrentes de hemoptises desde o primeiro trimestre de gestação, inicialmente atribuídos a exacerbação asmática e epistaxis. A persistência da sintomatologia, apesar de avaliação otorrinolaringológica e realização de quatro cauterizações nasais, motivou a realização de angio-TC torácica, que revelou massa endobrônquica de 3,4 cm localizada no brônquio lobar inferior direito. A broncofibroscopia evidenciou lesão endoluminal vegetante, associada a obstrução do brônquio intermédio por coágulo hemático. A biópsia foi complicada por hemorragia endobrônquica significativa, controlada com adrenalina tópica e terapêutica antifibrinolítica. O exame histopatológico revelou tumor carcinoide típico, com positividade para AE1/AE3, sinaptofisina e cromogranina, sem evidência de necrose ou atividade mitótica. Durante o internamento, sob perfusão de ácido aminocapróico (25 g/24h), registaram-se episódios de hipotensão sintomática, com resolução após suspensão do fármaco, sugerindo efeito adverso farmacológico. Considerando o comportamento indolente da neoplasia e a estabilidade materno-fetal, foi adotada uma estratégia conservadora de vigilância clínica até ao termo da gestação, com resseção cirúrgica diferida para o período pós-parto. A definição da via de parto permanecia, à data, sob discussão multidisciplinar.

**Conclusão:** O tumor carcinoide brônquico constitui uma entidade rara na gravidez. Este caso reforça a importância de uma investigação precoce e dirigida perante hemoptises persistentes neste contexto, mesmo na presença de diagnósticos alternativos plausíveis. O reconhecimento atempado e a abordagem multidisciplinar foram fundamentais na definição de uma estratégia terapêutica que equilibrasse segurança materna e otimização da maturidade fetal. Salienta-se ainda a necessidade de monitorização hemodinâmica rigorosa durante terapêutica antifibrinolítica nesta população.

**Palavras-Chave:** Carcinoide Brônquico; Gravidez; Hemoptises; Ácido

Aminocapróico

## 22. Desafios no tratamento da Aspergilose Pulmonar Cavitária Crónica: um caso de desfecho fatal

CM Araújo, I Estalagem, S Quaresma, RE Gomes, C Couto, AC Vieira, M Lopes

ULS Almada-Seixal

**Introdução:** A aspergilose pulmonar cavitária crónica (APCC) é uma doença progressiva, com mortalidade de 23% aos 5 anos. A hemoptise é uma complicação frequente e potencialmente fatal, sendo a embolização da artéria brônquica (EAB) o tratamento de eleição. O enfarte medular é uma complicação rara da EAB, com uma prevalência de 0,19%.

**Caso Clínico:** Homem de 47 anos, com antecedentes de tuberculose pulmonar tratada em 2006. Seguido por quadro de dispneia, perda ponderal e expectoração hemoptóica com 6 meses de evolução. Do estudo efetuado: TC-torácica (setembro de 2024) com bronquiectasias nos lobos superiores e aspergiloma apical esquerdo; IgG Aspergillus fumigatus 101 mgA/L; galactomannan sérico 3,75; Broncofibroscopia com LBA com isolamento de Aspergillus flavus. Foi assumida APCC e iniciou itraconazol.

Após 6 meses, agravamento clínico, com insuficiência respiratória parcial e progressão com múltiplas cavitações bilaterais. Assumida falência terapêutica e foi alterada para voriconazol (agosto de 2025), com melhoria clínica progressiva.

Em março de 2026, internamento por agravamento com hemoptises, dispneia em repouso e insuficiência respiratória global de novo. Por hepatotoxicidade ao voriconazol, alterou-se para anfotericina B lipossómica. Ao 4.º dia de internamento iniciou quadro de hemoptises moderadas, tendo realizado EAB com embolização da 5.ª artéria intercostal esquerda. Por persistência, foi avaliado por cirurgia torácica que considerou mau candidato a pneumectomia pela caquexia e destruição pulmonar bilateral. Deste modo, realizou nova EAB com oclusão de artérias intercostais (2ª–9ª bilateralmente), mamárias internas e torácica suprema esquerda.

O procedimento complicou com mielopatia torácica aguda (nível D5), compatível com enfarte medular por embolização da artéria espinhal anterior.

O doente evoluiu desfavoravelmente com insuficiência respiratória global com acidemia, verificando-se óbito dias depois.

**Conclusão:** Este caso ilustra a evolução devastadora da APCC, apesar de terapêutica antifúngica adequada e otimizada. As hemoptises refratárias constituem uma emergência médica, sendo a EAB o tratamento de eleição, embora com risco de complicações graves, nomeadamente enfarte medular. Salienta-se a importância do diagnóstico precoce, da referenciação cirúrgica atempada em doença localizada e da ponderação dos riscos da EAB.

**Palavras-Chave:** Aspergilose pulmonar cavitária crónica; Hemoptise; Embolização da artéria brônquica; Enfarte medular

### 23. Múltiplos exames, um diagnóstico: A Tuberculose que mimetizou Cancro do Pulmão

CM Araújo, I Estalagem, S Quaresma, RE Gomes, M Lopes

ULS Almada-Seixal

O nódulo pulmonar solitário é desafio diagnóstico quando coexistem fatores de risco para neoplasia e tuberculose (TB). Em áreas endémicas, a tuberculose pulmonar pode apresentar-se como nódulo solitário com características imagiológicas indistinguíveis de malignidade. A PET 18F-FDG, usada na estratificação de risco do nódulo pulmonar, tem uma taxa de falsos positivos elevada nestas regiões, com especificidade de apenas 61% vs 77% em áreas não endémicas, dado que os granulomas ativos captam intensamente FDG. A imunossupressão associada à doença renal crónica (DRC) terminal aumenta o risco de TB disseminada com apresentações atípicas e baixa carga bacilar, dificultando o diagnóstico microbiológico. Assim, os TAAN em amostras teciduais assumem um papel determinante, com sensibilidade de 89,5% e especificidade de 95,8% no diagnóstico de TB com baciloscopia negativa.

Caso Clínico: Mulher de 48 anos, natural de Cabo Verde, com DRC estadio 5 em programa de hemodiálise (HD), apresentou-se com anorexia, perda ponderal e lesão nodular de 20mm no LSD na TC torácica. A PET revelou captação intensa na lesão (SUVmax 7,1), adenopatias mediastínicas (SUVmax 7,9) e múltiplas lesões ósseas, sugestivas de malignidade. A marcha diagnóstica revelou-se desafiante: expectorações com baciloskopias e culturas negativas; BFO com LBA, incluindo PCR MTC e citologia negativas; EBUS-TBNA das adenopatias 4R/4L sem granulomas nem neoplasia. A BPTT guiada por TC revelou inflamação granulomatosa, sem neoplasia, com PCR MTC positivo. Por derrame pleural esquerdo exsudativo, realizou biópsias pleurais com pleurite granulomatosa. Estabelecido o diagnóstico de TB disseminada — pulmonar, ganglionar, pleural e óssea. Iniciou HRZE com posologia ajustada para HD, com seguimento no CDP.

Conclusão: Este caso demonstra que, em doentes de áreas endémicas, com imunossupressão, a TB disseminada pode mimetizar uma neoplasia pulmonar avançada na PET. Resultados negativos dos exames microbiológicos convencionais não exclui TB ativa. A PCR MTC positiva na biópsia pulmonar foi o elemento-chave para o diagnóstico, sublinhando o valor dos TAAN em amostras teciduais quando os restantes exames são inconclusivos. Este caso reforça a importância de manter um elevado índice de suspeição de TB perante quadros atípicos com forte suspeita imagiológica de malignidade.

**Palavras-Chave:** Tuberculose disseminada; Lesão nodular pulmonar; Diagnóstico diferencial;

PCR Mycobacterium tuberculosis

### 24. “Pulmão duplamente agredido: o encontro inesperado entre bolor e sílica”

C Jardim, A Borba, AR Magalhães, JP Rodrigues, M Pinto, A Mineiro, A Miguel

Hospital de Santa Marta- ULS São José

Introdução: A pneumonite de hipersensibilidade (PH) é uma doença pulmonar intersticial imunomediada, associada à inalação de antígenos orgânicos, enquanto a silicose resulta da exposição

crónica à sílica cristalina. A coexistência destas duas entidades pode dificultar a interpretação clínica e imagiológica, sobretudo na presença de nódulos pulmonares suspeitos de malignidade.

Descrição: Homem de 40 anos, trabalhador da construção civil, não fumador, com exposição ocupacional prolongada a jatos de areia, cimento, gesso, pó de mármore e outras poeiras minerais, bem como exposição domiciliária a humidade e bolor. Apresentava dispneia de agravamento progressivo e radiografia torácica sugestiva de doença pulmonar intersticial, o que motivou a realização de tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR). Este exame revelou achados compatíveis com PH não fibrótica, múltiplos micronódulos pulmonares bilaterais e adenopatias mediastínicas calcificadas sugestivas de silicose.

O lavado broncoalveolar evidenciou alveolite linfocítica (linfócitos: 78%), com estudos microbiológico e citológico negativos. O estudo etiológico excluiu doenças autoimunes.

Após instituição de corticoterapia sistémica e evicção antigénica, verificou-se melhoria clínica da dispneia e regressão radiológica do padrão de PH. Contudo, a reavaliação por tomografia computadorizada demonstrou um nódulo espiculado no lobo médio (31 × 24 mm) e crescimento progressivo, apresentando captação semelhante ao parênquima pulmonar circundante na PET. Neste contexto, foi realizado EBUS radial, sem evidência de células neoplásicas, tendo sido proposta vigilância imagiológica.

Conclusão: Este caso ilustra a complexidade diagnóstica das doenças pulmonares intersticiais associadas a exposições mistas, nomeadamente a coexistência de PH não fibrótica e silicose. A presença de um nódulo espiculado em progressão reforça o desafio do diagnóstico diferencial entre processo inflamatório, fibrose associada à pneumoconiose e neoplasia pulmonar. Uma história ocupacional detalhada e uma abordagem multidisciplinar são fundamentais para uma adequada orientação diagnóstica e terapêutica.

**Palavras-Chave:** pneumonite de hipersensibilidade; silicose; doença pulmonar intersticial; nódulo pulmonar.

### 25. Is COMISA Less Hypoxemic? Insights From a Sleep Center Study

C Martinho, T Costa, L Costa, F Barbosa

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introduction: Comorbid insomnia and obstructive sleep apnea (COMISA) is increasingly recognized as a distinct clinical phenotype characterized by disproportionate symptom burden relative to conventional markers of obstructive sleep apnea (OSA) severity. The relationship between COMISA and nocturnal hypoxemia remains poorly defined. This study aimed to compare nocturnal hypoxemic burden and OSA severity between patients with and without COMISA in a real-world sleep center population.

Methods: We conducted a cross-sectional study of patients evaluated at the Sleep Center, ULS Coimbra, between October and December 2024. Patients were stratified according to the presence or absence of COMISA. OSA severity was classified using apnea-hypopnea index (AHI) categories (<5, 5–14.9, 15–29.9, and ≥30 events/h). Nocturnal hypoxemia was assessed using the percentage of total sleep time with oxygen saturation below 90% (T90), dichotomized as ≤20% or >20%. Categorical variables were compared using the chi-square test. Statistical significance was set at  $p < 0.05$ .

Results: A total of 149 patients were included, of whom 42 (28.2%) met criteria for COMISA. The distribution of OSA severity did not differ significantly between COMISA and non-COMISA groups across AHI categories ( $\chi^2 = 6.42$ ,  $p = 0.093$ ).

Regarding nocturnal hypoxemia, patients with COMISA showed a lower prevalence of significant hypoxemic burden (T90 >20%) compared with those without COMISA (2.4% vs 11.2%). Conversely, the majority of COMISA patients had T90 ≤20% (97.6% vs 88.8% in non-COMISA). Although this difference did not reach statistical significance, a clear trend toward reduced nocturnal hypoxemia in COMISA patients was observed ( $\chi^2 = 1.95$ ,  $p = 0.163$ ).

Conclusion: In this sleep clinic population, COMISA was not associated with greater OSA severity or increased nocturnal hypoxemic burden. Instead, COMISA patients tended to exhibit lower levels of hypoxemia despite clinically relevant symptoms. These findings support the concept of COMISA as a phenotype characterized by dissociation between objective physiological severity and clinical expression, underscoring the need for comprehensive, multidimensional assessment beyond traditional respiratory metrics.

**Palavras-Chave:** COMISA, obstructive sleep apnea, nocturnal hypoxemia

## 26. Predictors of COMISA: A Multivariate Analysis in a Sleep Clinic Population

C. Martinho, T. Costa, L. Costa, F. Barbosa

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introduction: Comorbid insomnia and obstructive sleep apnea (COMISA) is increasingly recognized as a distinct clinical entity characterized by heterogeneous symptom expression and variable physiological severity. Identifying independent predictors of COMISA may help refine patient phenotyping and guide personalized management strategies. This study aimed to determine whether conventional clinical, anthropometric, and polysomnographic variables independently predict the presence of COMISA in a real-world sleep clinic cohort.

Methods: We conducted a cross-sectional study of patients evaluated at the Sleep Center, ULS Coimbra, between October and December 2024. COMISA status (present/absent) was the dependent variable. Candidate predictors were selected a priori based on clinical relevance and included daytime sleepiness assessed by the Epworth Sleepiness Scale (ESS), body mass index (BMI), continuous apnea-hypopnea index (AHI), significant nocturnal hypoxemia (T90 >20%), and sex. Multivariate logistic regression analysis was performed to identify independent predictors of COMISA. Model fit was assessed using likelihood ratio testing. Statistical significance was defined as  $p < 0.05$ .

Results: A total of 149 patients were included, of whom 42 (28.2%) met criteria for COMISA. The multivariate logistic regression model was statistically significant overall (likelihood ratio test  $p = 0.026$ ), explaining 7.2% of the variance in COMISA status (pseudo- $R^2 = 0.072$ ).

None of the evaluated physiological or anthropometric variables emerged as independent predictors of COMISA, including ESS (OR 0.96,  $p = 0.306$ ), BMI (OR 1.00,  $p = 0.983$ ), AHI (OR 0.98,  $p = 0.172$ ), or significant nocturnal hypoxemia (T90 >20%; OR 0.36,  $p = 0.355$ ). Male sex showed a trend toward a lower likelihood of

COMISA, although this did not reach statistical significance (OR 0.48,  $p = 0.065$ ).

Conclusion: In this sleep clinic cohort, COMISA was not independently predicted by conventional markers of OSA severity, nocturnal hypoxemia, or anthropometric measures. These findings reinforce the concept of COMISA as a clinical phenotype not primarily driven by objective respiratory or physiological burden, underscoring the need for comprehensive assessment that integrates symptom-based and behavioral dimensions beyond traditional sleep-disordered breathing metrics.

**Palavras-Chave:** Predictors of COMISA, obstructive sleep apnea

## 27. Tosse crónica refratária: uma etiologia neurológica a não esquecer

C. Loureiro1; L. Braz2; I. Carvalho1 1 - Serviço de Pneumologia, ULS São João, EPE, Portugal; 2 - Serviço de Neurologia, ULS São João, EPE, Portugal.

ULS São João

A tosse crónica pode resultar de múltiplas etiologias; perante estudo etiológico negativo e refratariedade terapêutica, devem considerar-se causas menos frequentes, como a Cerebellar Ataxia, Neuropathy, Vestibular Areflexia Syndrome (CANVAS), uma doença neurodegenerativa progressiva com início habitual na quinta década de vida.

Mulher de 53 anos, não fumadora, com antecedentes de hipertensão arterial e síndrome depressiva, referenciada à consulta de Pneumologia por episódios de tosse seca paroxísticos, com mais de 10 anos de evolução, atualmente diária, tendo como fatores desencadeantes identificados o riso e odores intensos. Negava outros sintomas respiratórios ou constitucionais.

Do estudo efetuado: função respiratória dentro dos limites da normalidade e prova de broncoprovocação com metacolina negativa; tomografia computadorizada torácica sem alterações patológicas; testes Prick negativos; broncoscopia sem lesões endobrônquicas. A avaliação por Otorrinolaringologia revelou sinais compatíveis com refluxo gastroesofágico, sem melhoria após tratamento com inibidores da bomba de prótons. Realizou polissonografia cardiorrespiratória com diagnóstico de Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono ligeira e iniciou pressão positiva, sem repercussão clínica na tosse. Manteve tosse refratária após provas terapêuticas com corticoterapia inalatória, anti-histamínicos e suspensão sequencial de inibidores da enzima de conversão da angiotensina.

Face à ausência de etiologia identificada, colocou-se a hipótese de tosse de origem neuropática, pelo que foi referenciada à Neurologia. Apesar da ausência de ataxia, oscilopsia ou alterações sensitivas e de eletromiografia normal, o estudo genético identificou expansão bialélica do gene RFC1, confirmando a CANVAS. A tosse foi interpretada como manifestação precoce de disfunção do reflexo da tosse. Iniciou gabapentina, com resposta clínica parcial, mantendo seguimento em consulta desta especialidade.

A CANVAS deve integrar o diagnóstico diferencial da tosse crónica refratária sem causa aparente, particularmente em mulheres a partir dos 50 anos, podendo constituir manifestação inicial da doença e preceder em anos as manifestações neurológicas típicas. O reconhecimento precoce desta entidade evita investigação e

terapêuticas repetidas e permite uma orientação multidisciplinar adequada.

**Palavras-Chave:** Tosse crónica refratária; tosse neuropática; CANVAS.

## 28. Suspeitos em fuga: nódulos pulmonares em doente de risco

*CL Rodrigues, M Baptista, TG Araújo, JM Bento, S Lopes, A Craveiro, J Barata, MS Valente*

ULS Cova da Beira

A pneumonia organizativa (OP) caracteriza-se por consolidações migratórias e áreas de vidro despolido. Pode ser criptogénica ou secundária a múltiplas causas como infeções, fármacos, doenças do tecido conjuntivo ou aspiração. Embora possa haver resolução espontânea, a maioria dos casos tem resposta eficaz à corticoterapia.

Homem, 58 anos, autónomo, fumador ativo e com história de consumo de heroína inalada. Encaminhado a Consulta de Pneumologia após quadro de pneumonia e derrame pleural à esquerda. Referia tosse crónica com expectoração mucopurulenta com 6 meses de evolução, dispneia (mMRC 2) e perda ponderal progressiva, com agravamento no último mês, além de disfagia, sobretudo para sólidos, e regurgitação de conteúdo alimentar.

Em tomografia computadorizada (TC) de tórax verificou-se resolução da consolidação esquerda, mantendo área de derrame loculado ipsilateral, evidenciando-se nódulo suspeito no lobo inferior direito (LID) e adenopatias subcarinais e laterotraqueais esquerdas. Adjacente ao esófago, observou-se volumoso Divertículo de Zenker (DZ), confirmado posteriormente por endoscopia. Foi solicitada biópsia transtorácica guiada por TC, mas, aquando da realização, o nódulo do LID tinha desaparecido, surgindo um nódulo de novo no lobo inferior esquerdo, que foi biopsado, com histologia compatível com OP. A tomografia por emissão de positrões e TC posterior revelaram lesões nodulares de novo no lobo superior esquerdo e áreas de vidro despolido, favorecendo o comportamento migratório. Após broncofibroscopia com lavado broncoalveolar, que excluiu etiologia infecciosa, o doente realizou ciclo de corticoterapia com desmame em 6 semanas. Foi referenciado a Gastroenterologia em centro de referência, onde realizou diverticulotomia endoscópica, com franca melhoria sintomática. A TC de controlo mostrou resolução dos nódulos pulmonares, mantendo apenas áreas fibrocatriciais.

Apresentamos este caso pelo interessante processo de investigação e múltiplas suspeitas diagnósticas, incluindo neoplasia e tuberculose. A conjugação das pistas levou à identificação da aspiração crónica devido ao DZ como causa principal da OP, resolvida após intervenção minimamente invasiva.

**Palavras-Chave:** Disfagia; Nódulos migratórios; Pneumonia Organizativa; Divertículo de Zenker

## 29. As múltiplas faces da tuberculose: quando o diagnóstico não é óbvio

*CL Rodrigues, M Baptista, TG Araújo, JM Bento, S Lopes, I Vicente, J Barata, MJ Valente, MS Valente*

ULS Cova da Beira

A tuberculose (TB) persiste como importante causa de morbimortalidade. O diagnóstico nem sempre é fácil, quer pela apresentação atípica ou extrapulmonar, quer pela dificuldade de confirmação mesmo com suspeita elevada. Os sintomas e sinais podem ser inespecíficos e confundir-se com outras patologias.

Homem, 60 anos, trabalhador na construção civil em França, toracalgia pleurítica, dispneia para pequenos esforços e anorexia, com várias semanas de evolução, sem febre ou tosse. Excluído tromboembolismo pulmonar em tomografia computadorizada (TC) com angiografia, mas identificados 2 nódulos no lobo superior esquerdo, adenomegalias mediastínicas, derrame pleural bilateral e derrame pericárdico. Suspeita de neoplasia, mas citologia do líquido pleural negativa e doente instável para realizar biópsias. Colheita de expectoração em pequena quantidade e aspeto mucoso, com identificação de bacilos álcool-resistentes e teste de amplificação de ácidos nucleicos positivo para *M. tuberculosis*, confirmando TB pulmonar e pericárdica, com resposta a antibacilares.

Homem, 30 anos, natural da Guiné-Bissau, sem contactos relevantes, clínica de febre e sudorese vespertina, anorexia e dor pleurítica à direita. Evidência de volumoso derrame pleural direito, abordado por várias toracocenteses, com adenosina desaminase aumentada, mas sem identificação micobacteriológica. Lavado broncoalveolar também negativo. Por sintomatologia persistente apesar de antibioterapia, iniciada terapêutica antibacilar empírica com melhoria parcial. Posterior realização de toracoscopia médica com confirmação de TB pleural.

Mulher, 55 anos, sem contexto epidemiológico, quadro de odinofagia e tosse produtiva de expectoração amarelada com 2 semanas de evolução. TC de tórax com opacidades bilaterais e padrão tree-in-bud. Tratamento inicial com antibioterapia empírica com cobertura de agentes atípicos. Destacava-se lesão renal aguda grave com acidemia metabólica e anasarca de difícil controlo. Confirmada suspeita de TB pulmonar e renal, com deteção micobacteriológica na expectoração e urina.

O relato destes 3 casos demonstra que a suspeita diagnóstica é fundamental mesmo quando o contexto socioepidemiológico ou a apresentação clínica não são sugestivos. Os meios complementares de diagnóstico não invasivos constituem ferramentas essenciais e céleres.

**Palavras-Chave:** Derrame pleural; Derrame pericárdico; Lesão renal; Expectorção.

## 30. Infliximab in Refractory Cardiac Sarcoidosis: A Single-Centre Experience

*C Durão, G Moura Portugal, J Rodrigues Barbosa, J Eusébio, A Sofia Oliveira, S Salgado, M Serrado, R Pinto Basto*

ULS Santa Maria

**Objectives:** To characterize the clinical presentation, imaging findings, therapeutic response and safety of infliximab in patients with refractory cardiac sarcoidosis followed at a tertiary centre.

**Methods:** Retrospective case series including patients with cardiac sarcoidosis under treatment with infliximab at the Pulmonary Interstitial Disease Centre, Hospital Pulido Valente. Demographic, clinical, laboratory, imaging, therapeutic, and follow-up data were collected from clinical records.

**Results:** Six patients were included, all female, with a mean age of 56 years. Median disease duration was 3 years. Most patients had

multisystem sarcoidosis with cardiac involvement manifested by conduction abnormalities, ventricular arrhythmias, myocarditis, or heart failure, predominantly with NYHA functional class II symptoms. All patients were receiving systemic corticosteroids at the time of infliximab initiation, with a mean daily dose of 14 mg of prednisolone, and 3 patients were also under methotrexate. Median baseline NT-proBNP and left ventricular ejection fraction were 188 pg/mL and 53%, respectively. Cardiac positron emission tomography frequently demonstrated active myocardial inflammatory uptake, while cardiac magnetic resonance imaging revealed late gadolinium enhancement in most evaluated patients. Following infliximab initiation, most patients demonstrated clinical stabilization, with a median corticosteroid reduction of 12.5 mg at 6 months in patients with available follow-up data. Infectious complications occurred without major cardiovascular adverse events.

**Conclusion:** Cardiac sarcoidosis remains a diagnostically and therapeutically challenging disease requiring multimodal evaluation and multidisciplinary management. In this cohort, infliximab was associated with clinical stabilization and corticosteroid reduction, supporting its role as a therapeutic option in selected patients with refractory cardiac sarcoidosis.

**Palavras-Chave:** Cardiac sarcoidosis; Infliximab; Biologic therapy; Cardiac imaging

### 31. Adjuvant osimertinib in EGFR-mutated NSCLC: real-world clinical insights from two cases

*DCora, CMatos, JMCorreia*

Hospital Egas Moniz

**Introduction:** Osimertinib has demonstrated significant survival benefit as adjuvant therapy in resected EGFR-mutated non-small cell lung cancer (NSCLC), as shown in the ADAURA trial. However, real-world data remain limited.

**Objectives:** To describe clinical outcomes and highlight key considerations of adjuvant osimertinib in real-world practice.

**Methods:** We report two cases of resected EGFR-mutated NSCLC treated with adjuvant osimertinib in a single center, including different EGFR mutation subtypes and disease stages.

**Results:** The first case describes a 75-year-old woman with EGFR exon 19 deletion and pathologic stage IIIA disease after resection, who received adjuvant chemotherapy, radiotherapy and osimertinib, completing 3 years of treatment without evidence of disease progression.

The second case describes a 74-year-old woman with EGFR exon 21 L858R mutation and stage IIA disease, who underwent surgical resection followed by adjuvant chemotherapy and osimertinib, remaining progression-free during follow-up.

These cases illustrate the use of osimertinib across different stages and mutation subtypes, with favorable tolerance and sustained disease control. Both cases support the real-world effectiveness of adjuvant osimertinib, consistent with clinical trial data.

**Conclusions:** Adjuvant osimertinib is associated with favorable clinical outcomes in real-world patients with resected EGFR-mutated NSCLC. These findings highlight its role across different disease stages and mutation subtypes, supporting its integration into routine clinical practice.

**Palavras-Chave:** NSCLC; Osimertinib; Adjuvant therapy; Targeted therapy

### 32. Real-world outcomes of durvalumab after chemoradiotherapy in stage III lung cancer

*DCora, CMatos, JMCorreia*

Hospital Egas Moniz

**Introduction:** Durvalumab is the standard treatment after chemoradiotherapy (CRT) in unresectable stage III non-small cell lung cancer (NSCLC), based on improved survival outcomes in clinical trials. However, real-world evidence remains limited.

**Objectives:** To evaluate the effectiveness and safety of durvalumab in a real-world cohort of patients with stage III NSCLC.

**Methods:** A retrospective single-center study including patients with unresectable stage III NSCLC treated with durvalumab after CRT. Clinical, demographic and treatment data were collected from medical records.

**Progression-free survival (PFS)** was defined as the time from durvalumab initiation to disease progression or death from any cause. **Overall survival (OS)** was defined as the time to death from any cause. Patients without events were censored at the last follow-up. Descriptive analysis was performed.

**Results:** A total of 11 patients were included, all male, with a median age of approximately 70 years. Most patients had adenocarcinoma and received concurrent CRT. PD-L1 expression was heterogeneous. Durvalumab cycles ranged from 5 to 15. Treatment discontinuation occurred mainly due to disease progression or completion of planned therapy. Median PFS was 7.2 months and median OS was 8.8 months, with considerable variability, including early progression and prolonged disease control. No cases of pneumonitis were observed. Endocrine toxicity, mainly thyroid dysfunction, was reported, without significant impact on treatment continuation.

**Conclusions:** Durvalumab after CRT showed a favourable safety profile and variable clinical outcomes, reflecting real-world clinical heterogeneity. Larger studies are needed to better characterize outcomes outside clinical trials.

**Palavras-Chave:** Durvalumab; Lung cancer; Immunotherapy; Real-world

### 33. A case report of a migrating oesophageal clip to the pleural space

*D Godinho, M Gaspar, L Maurer, M Alvoeiro, F Santos, F Félix, F Froes ULSSM*

Boerhaave syndrome is a spontaneous esophageal perforation resulting from a sudden increase in intraesophageal pressure combined with negative intrathoracic pressure (e.g., forceful vomiting or straining). Esophageal perforation is rare, with an incidence of approximately 3.1 per 1,000,000 persons per year. Iatrogenic causes are the most frequent etiology. Clinical presentation is often acute, although symptoms may develop weeks after perforation. Pleural effusion may occur secondary to mediastinal inflammation or direct pleural rupture. Perforation of the intra-abdominal esophagus typically causes epigastric pain radiating to the shoulder, back pain, inability to lie supine, or signs of an acute surgical abdomen.

We report the case of a 72-year-old man with significant alcohol consumption and an active smoking history, hospitalized with Boerhaave syndrome involving a perforation of the left lateral wall of the distal esophagus complicated by mediastinitis. Management required multiple endoscopic interventions including placement of an esophageal stent and clips at the cardia and proximal laceration. The stent was subsequently removed and replaced due to distal migration. A concomitant left-sided empyema required pleural drainage. Antimicrobial therapy was guided by microbiological isolates from pleural fluid but three months later, clinical worsening occurred. Imaging revealed a metallic foreign body within the pleural space. Surgical management was discussed with thoracic surgery, and a left empyemectomy was performed. A metallic foreign body was removed and later identified as a migrated esophageal clip. After initial postoperative improvement, the patient developed progressive clinical deterioration leading to multiorgan failure. Comfort measures were instituted, and he died ten days after surgery.

Esophageal perforation remains a life-threatening condition, with an overall mortality of approximately 22%. In this case, persistent symptoms and ominous clinical signs should raise suspicion of a migrating foreign body. Migration may remain undetected, resulting in delayed diagnosis. Surgical removal does not guarantee survival, as illustrated by this case.

**Palavras-Chave:** Boerhaave syndrome; empyema; clip

### 34. Abscesso pulmonar vs Empiema: um dilema pleuro-pulmonar.

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

ULS Viseu Dão-Lafões

**Introdução:** O empiema pleural e o abscesso pulmonar são complicações infecciosas graves que se podem apresentar com alterações clínicas, analíticas e imagiológicas semelhantes, particularmente em situações de lesões volumosas, nas quais a distinção entre origem pleural e parenquimatosa pode ser desafiante.

**Caso clínico:** Homem, 46 anos, fumador ativo (38 UMA), sem antecedentes patológicos, recorre ao serviço de urgência por dispneia para esforços moderados, torcaglia esquerda de características pleuríticas, sudorese noturna e perda ponderal com 2 semanas de evolução, com história de uma infeção dentária uma semana antes do início do quadro. Ao exame objetivo apresentava diminuição dos sons respiratórios à esquerda e, analiticamente, leucocitose, neutrofilia e PCR elevada. A radiografia torácica evidenciou aparente hidropneumotórax esquerdo volumoso e a ecografia torácica revelou hiperecogenicidade/hepatização extensa na janela posterior e lateral.

A TC torácica mostrava cavidade no lobo inferior esquerdo (21 cm), com conteúdo hidroaéreo e espessamento parietal, sem permitir distinguir de forma inequívoca entre abscesso pulmonar e empiema organizado, dada a sua dimensão e efeito compressivo sobre o parênquima adjacente.

Foi iniciada antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam e clindamicina e colocado dreno pigtail guiado por ecografia com saída de conteúdo purulento. Realizou BFO, sem alterações. O estudo microbiológico e a pesquisa de micobactérias do líquido de drenagem, expectoração e lavado broncoalveolar foram negativos. Manteve fuga aérea persistente, sugerindo fístula bronco-pleural,

mas apresentou evolução clínica, analítica e imagiológica favorável, com TC de controlo a demonstrar marcada redução da coleção. O dreno foi removido e doente teve alta sob antibioterapia, completando 5 semanas de tratamento, associada a fisioterapia respiratória regular. TC de controlo aos 3 meses demonstrou resolução completa da coleção, com ligeiras alterações fibrocicatríciais residuais, sem sintomatologia associada.

**Conclusões:** Este caso evidencia a dificuldade diagnóstica na distinção entre empiema e abscesso pulmonar, particularmente em lesões de grande volume. A abordagem inicial baseada na combinação de antibioterapia, drenagem e fisioterapia respiratória foi determinante para uma evolução favorável.

**Palavras-Chave:** Abscesso Pulmonar; Empiema

### 35. Elegibilidade para terapêutica biológica em doentes internados por exacerbação de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

*DS Martins (apresentador), GF Vasconcelos, JC Duarte, MP Valério, MI Luz, OR Santos*

ULS Médio Tejo

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) associa-se a exacerbações frequentes e internamentos recorrentes. As recomendações GOLD 2026 integraram de forma estruturada os fármacos biológicos como opção terapêutica em doentes selecionados com fenótipo eosinófilico, abrindo uma nova perspetiva no tratamento da doença grave. A identificação sistemática de candidatos a esta terapêutica assume uma relevância crescente.

**Objetivos:** Caracterizar os doentes internados por exacerbação aguda de DPOC no Serviço de Pneumologia da ULS Médio Tejo e determinar a proporção elegível para terapêutica biológica à luz das recomendações GOLD 2026.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo incluindo doentes internados entre 15/05/2024 e 15/02/2026, com diagnóstico principal de exacerbação aguda de DPOC. Foram considerados elegíveis os doentes sob terapêutica tripla inalatória otimizada (LABA/LAMA/ICS) e com contagem absoluta de eosinófilos  $\geq 300$  células/ $\mu\text{L}$ , assumindo o internamento hospitalar como exacerbação grave segundo as recomendações GOLD 2026. Recolheram-se dados demográficos, terapêutica prévia e na alta, contagem de eosinófilos e

reinternamentos nos 12 meses subsequentes. Os doentes com fenótipo enfisematoso foram considerados candidatos exclusivamente a Mepolizumab, enquanto que os doentes com bronquite crónica foram considerados candidatos a Mepolizumab ou Dupilumab.

**Resultados:** Foram incluídos 48 doentes, com idade média de 70,4 anos, sendo 75,0% do sexo masculino. Eosinófilos  $\geq 300$  células/ $\mu\text{L}$  verificaram-se em 31,3% dos doentes e 68,8% encontravam-se previamente sob terapêutica tripla. A população estudada apresentava predominantemente doença avançada, compatível com GOLD 3-4. Globalmente, 27,1% preenchiam critérios de elegibilidade para terapêutica biológica segundo as recomendações da GOLD 2026. Entre os candidatos identificados, 5 apresentavam perfil compatível com Dupilumab e 13 com Mepolizumab. Reinternamentos por exacerbação de DPOC nos 12 meses após a alta ocorreram em 47,9% dos doentes.

Conclusão: Uma proporção relevante de doentes internados por exacerbação aguda de DPOC preenchia critérios de elegibilidade para terapêutica biológica segundo a GOLD 2026. A identificação destes doentes após o seu internamento poderá contribuir para a otimização terapêutica na DPOC exacerbadora.

**Palavras-Chave:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; Eosinófilos; Dupilumab; Mepolizumab

### 36. Pneumonia necrosante por MRSA complicada por empiema pleural bilateral, adquirida na comunidade

*D Vieira, MA Marques, AT Cunha, J Couto, LF Mendes, MB Afonso, PS Santos, PG Ferreira.*

ULS Coimbra

Introdução: Nas últimas décadas, aumentaram os casos de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), com prevalência de 3%. A leucocidina de Pantón-Valentine (LPV) é uma exotoxina que confere elevada virulência, e associa-se a formas graves, nomeadamente pneumonia necrosante, com taxas de mortalidade entre 40% e 60%.

Caso Clínico: Homem de 58 anos, previamente saudável, recorreu à urgência por dispneia progressiva, tosse produtiva com expectoração hemopurulenta e febre com 72 horas de evolução. À admissão, apresentava-se polipneico (FR 24 cpm), com diminuição global do murmúrio vesicular, hemodinamicamente estável, com  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  de 333 mmHg, sem outras alterações de relevo. Laboratorialmente, proteína C reativa de 44,84 mg/dL e creatinina de 1,80 mg/dL. RT-PCR para vírus respiratórios positiva para Influenza A, pelo que iniciou oseltamivir. Radiografia de tórax evidenciava opacidades alveolares multifocais bilaterais. Assumido diagnóstico de PAC com provável coinfeção bacteriana e iniciada antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Em exame bacteriológico da expectoração identificou-se MRSA, com hemoculturas negativas. Por ausência de capacidade laboratorial, não foi possível pesquisar a LPV. Posteriormente, realizou TC torácica que mostrou zonas de consolidação parenquimatosa com necrose focal nos lobos inferiores e no lobo superior direito, associada a derrame pleural bilateral organizado. Ecograficamente com padrão “ecogénico complexo”. A antibioterapia foi ajustada para linezolid e metronidazol, com duração de 4 semanas. Paralelamente, realizou-se evacuação pleural por dreno torácico à esquerda e dois drenos torácicos à direita, adjuvada por terapêutica lítica intrapleural combinada (r-tPA e DNase). Apresentou evolução lenta, mas favorável, em termos clínico-radiológicos, com alta para o domicílio.

Conclusão: A pneumonia necrosante por MRSA adquirido na comunidade apresenta elevada mortalidade, sendo a LPV um fator preditivo independente de gravidade e mortalidade. Atualmente existem lacunas na resposta à testagem da LPV em termos hospitalares. A sua deteção precoce permite antecipar uma evolução mais agressiva, justificando monitorização e terapêutica mais agressivas, o que sustenta a sua implementação alargada.

**Palavras-Chave:** Pneumonia necrosante; MRSA adquirido na comunidade; Leucocidina de Pantón-Valentine; Pneumonia adquirida na comunidade

### 37. Lavagem pulmonar total na PAP: do sedimento à melhoria clínica

*E Paiva, DM Vieira, T Alfaro, JO Pereira*

ULS Coimbra

A Proteínose alveolar pulmonar (PAP) é uma síndrome rara caracterizada pela acumulação dentro dos alvéolos de material lipoproteico derivado do surfactante, levando a perturbações nas trocas gasosas e a insuficiência respiratória progressiva. O diagnóstico baseia-se na apresentação clínica, em exames de imagem característicos (nomeadamente o padrão em “crazy paving” na tomografia computadorizada), no lavado broncoalveolar e em testes serológicos ou genéticos.

Os autores descrevem o caso de um homem de 55 anos, com diagnóstico de PAP em 2025. Após infeção respiratória vírica em janeiro de 2026, apresentava pouca tolerância ao esforço e saturações periféricas baixas. Referia também expectoração mucopurulenta. Por este motivo foi decidida a realização de uma lavagem pulmonar.

A lavagem pulmonar direita decorreu após entubação seletiva bilateral com tubo de Carlens esquerdo. O doente foi posicionado com decúbito dorsal e inclinação de cerca de 30° para a direita. Monitorização invasiva com linha arterial. Após desinsuflação do pulmão direito, foi iniciada lavagem neste lado com instilação de 1000mL de SF aquecido a 39°C, seguida de drenagem passiva imediata, sob cinesiterapia e Trendelenburg. Foram realizados 8 ciclos adicionais com 1000 mL/ciclo. Na drenagem inicial apresentava líquido turvo com sedimento significativo, com melhoria progressiva. No último ciclo observa-se líquido minimamente turvo, sem modificação de características entre lavagens.

Após o procedimento, observou-se uma melhoria gasométrica progressiva, e a diminuição das queixas de intolerância ao esforço.

A proteínose alveolar pulmonar é uma perturbação da homeostase do surfactante, com apresentações heterogéneas. Apesar dos avanços na compreensão e na gestão da doença, ainda existem desafios no diagnóstico, nos casos resistentes ao tratamento e nos resultados a longo prazo. Neste momento, a lavagem pulmonar total continua a ser o gold-standard do tratamento para pacientes sintomáticos.

**Palavras-Chave:** Proteínose alveolar pulmonar, lavagem pulmonar, patologia intersticial

### 38. A Persistência de uma Consolidação: A Pista para um Linfoma Raro

*F Barbosa; F Gamboa*

ULS Coimbra

Introdução: O linfoma B marginal extranodal do tecido linfóide associado às mucosas (MALT) de localização pulmonar é uma entidade rara e frequentemente subdiagnosticada. A sua evolução indolente e apresentação clínica pouco específica contribuem para atrasos no reconhecimento, sobretudo quando coexistem fatores de risco respiratório e achados imagiológicos compatíveis com múltiplas etiologias. A deteção precoce depende da valorização de alterações persistentes e da manutenção de um seguimento clínico adequado.

Caso Clínico: Homem de 49 anos, fumador de longa data, com tosse crónica com quatro meses de evolução e perda ponderal

significativa (25 kg no último ano). Em 2022, uma radiografia torácica havia identificado área nodular suspeita, para a qual foi solicitada TC, que nunca efetuou. Reapareceu em 2026, pelas queixas referidas, motivo pelo qual foi novamente solicitado o estudo imagiológico. A TC torácica revelou consolidação no segmento medial do lobo médio, semelhante ao achado prévio, com aspeto inflamatório, pelo que foi referenciado a consulta de Pneumologia.

Face à persistência do achado em radiografia de controlo na consulta, procedeu-se a estudo complementar com PET-CT, que mostrou captação aumentada de FDG na mesma área consolidativa, embora de carácter inespecífico. Foi então realizada biópsia transtorácica, cujo estudo histológico demonstrou neoplasia linfoproliferativa de pequenas células B, cujo perfil imuno-histoquímico, associado ao baixo índice proliferativo, permitiu o diagnóstico de linfoma B marginal extranodal (MALT) do lobo médio direito.

Conclusão: Este caso destaca a importância da valorização de achados imagiológicos persistentes e do impacto do abandono de follow-up na progressão de doenças de evolução silenciosa. Apesar de raro, o linfoma pulmonar MALT deve ser considerado no diagnóstico diferencial de consolidações de carácter atípico ou persistente, sobretudo quando exames funcionais e metabólicos revelam alterações incongruentes com etiologias infecciosas comuns. A biópsia tecidual mantém-se determinante para o diagnóstico definitivo.

**Palavras-Chave:** linfoma MALT; linfoma pulmonar

### **39. Bronquiectasias progressivas como manifestação de défice de alfa-1 antitripsina diagnosticado tardiamente**

*PF Loureiro; DB Coelho*

ULS São João

As bronquiectasias são uma doença respiratória crónica multifatorial, exigindo investigação etiológica sistemática. O défice de alfa-1 antitripsina (A1AT), classicamente associado a enfisema pulmonar e doença hepática, permanece subdiagnosticado e pode também manifestar-se por bronquiectasias, devendo ser considerado na abordagem diagnóstica destes doentes.

Mulher de 70 anos, não fumadora, com antecedentes de enfisema e bronquiectasias difusas, foi referenciada à consulta de Pneumologia após pneumonia tratada com antibioterapia, em contexto de agravamento progressivo de expetoração mucopurulenta espessa diária e dispneia mMRC 2.

A tomografia computadorizada torácica revelou bronquiectasias cilíndricas e quísticas bilaterais, com impactação mucoide, predominantemente nos lobos inferiores, em progressão face a 2022, e enfisema pulmonar estável. A espirometria mais recente demonstrou função respiratória preservada, sem obstrução ao fluxo aéreo (FEV1 2,13 L; 97%) e não se verificaram registos de isolamentos microbiológicos prévios.

A avaliação do processo clínico documentou défice grave de A1AT diagnosticado aos 62 anos (A1AT 29,2 mg/dL; fenótipo ZZ), previamente seguido noutra instituição, tendo tido alta por estabilidade clínica e funcional sustentada, sem critérios para terapêutica de substituição.

O estudo complementar revelou IgE total elevada (531 kU/L), IgE específica para *Aspergillus fumigatus* 4,06 kU/L, IgG específica

10,60 mgA/L, eosinofilia ligeira e isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* na expetoração.

Neste contexto, iniciou ciprofloxacina como terapêutica de erradicação e foi solicitado novo estudo funcional respiratório para reavaliação funcional e da elegibilidade terapêutica.

Este caso ilustra o diagnóstico tardio de défice grave de A1AT e reforça a necessidade da sua avaliação em doentes com bronquiectasias, independentemente da idade.

Sublinha ainda a importância do seguimento longitudinal, mesmo após estabilidade clínica e funcional prolongada, dado que pode ocorrer deterioração no fenótipo bronquiectásico.

A reavaliação regular permite identificar complicações infecciosas, progressão radiológica e elegibilidade para estratégias terapêuticas dirigidas com impacto no prognóstico.

**Palavras-Chave:** Bronquiectasias; Déficit de alfa-1 antitripsina; Diagnóstico tardio; Investigação etiológica

### **40. Pneumotórax secundário refratário: abordagem em ambulatório**

*PF Loureiro; DB Coelho*

ULS São João

O pneumotórax espontâneo secundário ocorre frequentemente em contexto de doença pulmonar estrutural, nomeadamente enfisema. Esta associação aumenta o risco de recorrência, fuga aérea persistente e morbidade, condicionando maior complexidade terapêutica quando a reserva funcional é limitada.

Homem de 80 anos, autónomo nas atividades de vida diária, fumador ativo (80 unidades maço-ano) e com doença pulmonar obstrutiva crónica GOLD 3 grupo B e extenso enfisema centrilobular confluyente associado a enfisema parasseptal, recorreu ao serviço de urgência por dispneia súbita e toracalgia pleurítica esquerda. Encontrava-se polipneico e com insuficiência respiratória hipoxémica. A radiografia torácica revelou pneumotórax à esquerda, motivando a colocação de dreno torácico pigtail e o internamento no Serviço de Pneumologia.

Após evolução favorável, removeu-se o dreno e manteve-se o doente sob vigilância clínica. O pneumotórax recidivou e colocou-se novo dreno pigtail. Por dreno não funcionante, associado a agravamento radiológico e clínico com insuficiência respiratória de novo, foi substituído por um dreno Jolly 18F e adaptado ao sistema digital Thopaz®. Verificou-se fuga aérea persistente associada a intolerância à interrupção da aspiração e tentativas prévias de clampagem sem sucesso. Realizou ainda pleurodeses química por dreno, mas sem eficácia evidente.

Após discussão com Cirurgia Torácica, privilegiou-se abordagem médica pelo elevado risco cirúrgico. Por fuga aérea persistente refratária, realizou três pleurodeses autólogas com sangue, embora sem resolução sustentada.

Em conjunto com a Cirurgia Torácica, decidiu-se alta com drenagem torácica acoplada a um sistema adaptado ao ambulatório com válvula unidirecional. Reavaliado em consulta de Pneumologia e Cirurgia torácica com estabilidade clínica. Confirmou-se resolução da fuga aérea, expansão pulmonar mantida e drenagem residual, permitindo remoção do dreno duas semanas após a alta.

Este caso ilustra a complexidade na gestão do pneumotórax secundário refratário em doentes com enfisema extenso e elevado

risco cirúrgico. Nestes contextos, a drenagem ambulatória pode constituir uma opção válida, permitindo reduzir o tempo de internamento, sem comprometer a vigilância clínica adequada.

**Palavras-Chave:** Pneumotórax espontâneo secundário; Fuga aérea persistente; Enfisema pulmonar; Drenagem em ambulatório

#### 41. Resultados de um programa de reabilitação respiratória: experiência de um centro

*F Modesto, I Miranda, G Gomes, P Martins, M Miguel, AR Duarte, S Clemente, A Borges, FT Bom*

Hospital São Bernardo, ULSArrábida

**Introdução:** A reabilitação respiratória (RR) é uma componente central nos cuidados integrados do doente com doença respiratória crónica, com benefício demonstrado na melhoria da capacidade de exercício, sintomas e qualidade de vida. A avaliação sistemática dos resultados de um programa de RR é essencial para a monitorização da sua qualidade.

**Objetivos:** Analisar os resultados do programa de RR de um centro hospitalar ao longo de quatro anos.

**Métodos:** Análise retrospectiva de doentes integrados num programa de RR de 16 sessões, entre julho de 2021 e julho de 2025, incluindo treino de exercício, educação e orientação psicológica e nutricional. A avaliação pré e pós-programa incluiu a Prova de Marcha de 6 Minutos (PM6M) e os questionários London Chest Activity of Daily Living (LCADL), Modified Medical Research Council (mMRC), COPD Assessment Test (CAT), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). Os resultados foram interpretados com base na diferença mínima clinicamente importante.

**Resultados:** Foram avaliados 82 doentes, com idade média 68,4±10,2 anos, 56,1% do sexo masculino (n=46), referenciados por: doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (n=52; 63,4% -GOLD A=1,9%; B=51,9%; E=46,2% e graus espirométricos 1-2=32,7%; 3=44,2%; 4=23,1%); doença pulmonar intersticial (n=26; 31,7%); e asma de difícil controlo (n=4; 4,9%). Após o programa, observou-se melhoria clinicamente relevante em: HADS 56,1% (-2,5±5,4 pontos); LCADL 55,6% (-5,6±7,7 pontos, n=81); SGRQ 62,5% (-6,0±9,4 pontos, n=56); mMRC 42,7% (-0,8±1,1 pontos); e PM6M 33,3% (+15,3±40,1 metros, n=72). Os doentes DPOC apresentaram maiores taxas de resposta do que o grupo de doença intersticial, como na LCADL (68,6% vs 30,8%) e PM6M (38,0% vs 15,4%). No grupo DPOC, 61,5% responderam ao CAT (-6,3±7,3 pontos; n=52).

**Conclusão:** A maioria dos doentes apresentou melhoria clinicamente relevante no domínio psicossocial (HADS) e nas atividades de vida diária (LCADL), reforçando o impacto multidimensional da RR. A menor proporção de respondedores na PM6M, mMRC e SGRQ poderá refletir a aquisição de estratégias de conservação de energia, a sensibilidade limitada à mudança do mMRC e o carácter abrangente da SGRQ. Estes resultados apoiam a aplicabilidade clínica da RR na abordagem integrada da doença respiratória crónica.

**Palavras-Chave:** Reabilitação respiratória; Doença respiratória crónica; Qualidade de vida

#### 42. Quando o Pulmão se Transforma em Osso

*F Henriques, C Costa, AR Martins, AC Gameiro, MB Cabaço, S Silva*  
ULS Região de Leiria

**Introdução:** A ossificação pulmonar é uma entidade rara caracterizada pela formação de osso maduro no parênquima pulmonar, frequentemente detetada incidentalmente e provavelmente subdiagnosticada, sobretudo em idosos com doença cardiopulmonar crónica.

**Caso Clínico:** Apresenta-se o caso de um homem de 73 anos, não fumador, com obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome de apneia obstrutiva do sono grave sob APAP e antecedentes de tuberculose renal há 40 anos. Foi referenciado à Consulta de Pneumologia por dispneia progressiva para esforços (mMRC 1) e alterações na tomografia computadorizada (TC) torácica. Destacava-se exposição ocupacional a poeiras minerais e exposição crónica a fumos de queima de biomassa. Negava outros sintomas respiratórios ou constitucionais relevantes.

Dos meios complementares de diagnóstico, a destacar TC-tórax de alta resolução seriadas (2022–2024) que revelaram alterações intersticiais bilaterais, predominando nos campos pulmonares médios e inferiores, com espessamento septal interlobular, pequenos nódulos, calcificações subpleurais e áreas nodulares calcificadas, sem padrão em favo de mel. As provas de função respiratória mostraram alteração ventilatória mista com compromisso moderado da difusão, estável ao longo do seguimento. A gasometria arterial evidenciou hipoxemia ligeira. O estudo analítico não tinha alterações relevantes.

Nabroncofibroscopia não se observaram alterações macroscópicas e a citologia demonstrou macrófagos pigmentados, sem sinais de malignidade ou infeção. A biópsia pulmonar transbrônquica revelou alterações fibróticas intersticiais e um fragmento de osso maduro, compatível com ossificação pulmonar metaplásica, sem evidência de neoplasia ou doença granulomatosa.

O caso foi discutido em reunião multidisciplinar e, considerando a história clínica, os achados imagiológicos e histológicos assim como a exclusão de diagnósticos alternativos, assumiu-se a ossificação pulmonar como diagnóstico mais provável. O doente manteve estabilidade clínica sob abordagem conservadora.

**Conclusões:** Este caso destaca a ossificação pulmonar como importante diagnóstico diferencial nas doenças pulmonares intersticiais crónicas com calcificações, permitindo evitar diagnósticos incorretos e terapêuticas desnecessárias.

**Palavras-Chave:** Ossificação pulmonar; doença pulmonar intersticial; calcificações pulmonares

#### 43. De uma suspeita de Sarcoidose até ao Síndrome de Erasmus

*F Henriques, C Costa, AR Martins, AC Gameiro, MB Cabaço, I Farinha, S Silva*

ULS Região de Leiria

**Introdução:** A síndrome de Erasmus corresponde à associação entre exposição ocupacional à sílica/silicose e esclerose sistémica, sendo uma entidade rara e de difícil diagnóstico diferencial, sobretudo perante alterações imagiológicas sugestivas de sarcoidose.

**Caso Clínico:** Os autores descrevem o caso de um homem de

71 anos, ex-trabalhador da construção civil durante 40 anos sem utilização de equipamentos de proteção individual, ex-fumador (10 unidades maço-ano), observado por cansaço generalizado, perda ponderal de 7 kg em quatro meses e dispneia (mMRC 1). Referia ainda limitação articular dos membros superiores, sem artralgia, xerostomia ou rash malar. O estudo funcional respiratório mostrou alteração ventilatória restritiva ligeira sem compromisso da difusão. A TC-torácica revelou múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares bilaterais, associadas a micronodulação centrilobular e perilinfática, suspeitando-se inicialmente de sarcoidose.

A broncofibroscopia com lavado broncoalveolar evidenciou linfocitose marcada (76% de linfócitos), com razão CD4/CD8 de 2,3, sem isolamento microbiológico, demonstrando ainda partículas birrefringentes. A biópsia brônquica não revelou granulomas nem sinais de malignidade. Analiticamente destacava-se enzima de conversão da angiotensina elevada, anticorpos antinucleares positivos e anticorpos anti-Scl-70 fortemente positivos. A capilaroscopia mostrou padrão esclerodérmico precoce.

Face ao contexto ocupacional, achados imagiológicos e estudo imunológico, o diagnóstico de sarcoidose foi abandonado e revisto para silicose associada a esclerose sistémica (síndrome de Erasmus). Iniciou terapêutica com prednisolona em baixa dose e metotrexato, mantendo estabilidade clínica, funcional e imagiológica ao longo do seguimento, sem evidência de hipertensão pulmonar no ecocardiograma transtorácico.

Conclusões: Este caso destaca a importância da história ocupacional na abordagem diagnóstica das doenças pulmonares intersticiais e granulomatosas. A silicose pode mimetizar sarcoidose clínica e radiologicamente, dificultando o diagnóstico. A associação com autoimunidade, particularmente esclerose sistémica, deve levantar suspeita de síndrome de Erasmus, permitindo orientação terapêutica e vigilância adequadas.

**Palavras-Chave:** Síndrome de Erasmus; silicose; esclerose sistémica; sarcoidose.

#### 44. Programa Intensivo de Cessação Tabágica: Eficácia Comparada com a Consulta Convencional

C Hilário\*, MG Maciel\*, Al Loureiro, MA Braz, B Conde. \*Autores contribuíram de forma equivalente para a concepção, desenvolvimento e elaboração deste trabalho, devendo ambos ser considerados primeiros autores.

ULSTMAD

**Introdução:** A cessação tabágica é uma intervenção prioritária em saúde pública. Os programas intensivos de acompanhamento têm demonstrado maior eficácia relativamente à consulta convencional. O presente estudo avalia a implementação de um programa intensivo de cessação tabágica num serviço de Pneumologia.

**Objetivos:** Comparar a eficácia de um programa intensivo de cessação tabágica com a consulta convencional em termos de abstinência ao fim de um ano.

**Métodos:** Estudo prospetivo entre junho de 2024 e junho de 2025. Foram referenciados 37 doentes ao programa intensivo (PI) e 54 à consulta convencional (PC). Faltaram à 1.ª consulta 12 doentes do PI e 22 do PC, sendo incluídos 25 e 32 doentes, respetivamente. O PI integrou 6 semanas de seguimento (consulta

presencial com avaliação clínica, definição do dia D e prescrição farmacológica e comportamental, consultas telefónicas de monitorização e consulta de grupo) e contacto aos 6 e 12 meses.

**Resultados:** No PI, 48% dos doentes eram do sexo feminino, com idade média de 53,8 anos e carga tabágica média de 33UMA. A maioria (92%) fumava tabaco convencional, 8% tabaco aquecido e 4% ambos. Trinta e seis por cento tinham antecedentes de doença pneumológica no PI e 41% no PC. A mediana do Fagerström foi 6 (3-8) e do Richmond 9 (8-10) no PI, comparativamente a 6 (5-8) e 7 (6-8) no PC. No PI, 28% tinham consumos alcoólicos ativos, 4% antecedentes de outras substâncias psicoativas e 80% tentativas prévias de cessação, das quais 45% (9/20) com cessação superior a um ano. Apenas 12% compareceram à consulta de grupo. O número mediano de consultas foi 4 (2-5) e 72% concluíram o seguimento intensivo. Dos 18 doentes com seguimento efetivo, 61% cessaram consumos no final do programa. A taxa de abstinência ao fim de um ano foi de 50% nos seguidos e 36% no total de primeiras consultas (n=25) do PI e de 12% (4/32) no PC. A citisiniclina foi o fármaco mais utilizado (33% no PI, 41% no PC).

**Conclusões:** O PI demonstrou taxas de abstinência superiores ao PC ao fim de um ano (36% vs 12%). A não comparência à 1.ª consulta e a baixa adesão à consulta de grupo constituem limitações a considerar. Estes resultados suportam a implementação de programas intensivos de cessação tabágica em Pneumologia.

**Palavras-Chave:** Cessação tabágica, Tabagismo, Programa intensivo.

#### 45. Linfangioleiomiomatose: diferentes apresentações clínicas, do diagnóstico incidental à insuficiência respiratória

I.Torres, A. Barreira, C. Jardim, J. Rodrigues, A. Magalhães, A. Borba

ULS São José - Hospital de Santa Marta

A linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença multissistémica rara, afetando predominantemente mulheres e a nível pulmonar se traduz por doença quística.

Apresentam-se os seguintes casos clínicos: O primeiro caso trata-se de mulher de 54 anos, fumadora, sem antecedentes relevantes, com tosse e dispneia progressiva. Avaliação funcional revelou padrão obstrutivo, redução marcada da DLCO e necessidade de oxigenoterapia durante a deambulação. TC torácica mostrou doença quística difusa e RM abdominal evidenciou leiomiomatose retroperitoneal. Biópsia cirúrgica positiva para SMA, HMB45 e recetores de estrogénio confirmou LAM. VEGF-D sem elevação. Iniciou sirolimus, com melhoria clínica.

O segundo caso corresponde a uma mulher de 29 anos, ex-fumadora, com mutação BRCA1 e sob contraceção oral, por pneumotórax (PTX) espontâneo direito com fuga aérea prolongada, foi realizada TC torácica que documentou doença quística difusa. Foi submetida cirurgia com resolução do PTX. Por insuficiência respiratória mantida, iniciou OLD. Porém, novo agravamento sintomático com documentação de novo PTX contralateral e intervenção cirúrgica. A histologia das peças operatórias confirmou o diagnóstico. A investigação complementar documentou angiomiolipomas renais e VEGF-D não elevado. A avaliação funcional documentou redução da DLCO e obstrução ventilatória. Foi iniciada terapêutica com sirolimus com franca melhoria clínica, traduzindo-se na suspensão

de OLD.

O terceiro caso descreve uma mulher de 64 anos, não fumadora, com antecedentes de adenocarcinoma colorretal, assintomática. TC torácica realizada para estadiamento revelou múltiplos quistos pulmonares e angiomiolipomas renais. VEGF-D não elevado; sem alterações funcionais relevantes ou insuficiência respiratória pelo que se mantém em vigilância.

Estes casos destacam a marcada heterogeneidade clínica da LAM, desde formas esporádicas assintomáticas diagnosticadas incidentalmente até apresentações com pneumotórax recorrente e compromisso funcional respiratório marcado. Apesar da sua raridade, a LAM deve ser considerada quando perante doença quística pulmonar difusa, para um reconhecimento precoce, referenciação atempada e início de terapêutica dirigida.

**Palavras-Chave:** Linfangioleiomiomatose, Doença quística pulmonar, Angiomiolipomas, Pneumotórax

#### 46. Nódulo Pulmonar por *Schaalia odontolytica*? O Desafio diagnóstico

*I Eiró, C Alves*

Hospital Fernando Fonseca

Introdução: A *Schaalia odontolytica* (previamente *Actinomyces odontolyticus*) é uma bactéria anaeróbia facultativa, do género *Actinomyces*. A actinomicose pulmonar é uma infeção rara, de evolução subaguda ou crónica, que pode manifestar-se com clínica respiratória e constitucional. Radiologicamente, pode apresentar-se como consolidação, massa ou nódulo pulmonar, sendo frequentemente indistinguível de uma neoplasia, pelo que esta última deve ser prioritariamente excluída no diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Mulher de 60 anos, ex-fumadora de 20 UMA e com DPOC, avaliada em consulta de diagnóstico rápido de Pneumologia por nódulo pulmonar incidental. Apresentava história recente de infeções urinárias recorrentes e síndrome febril prolongado, com perda ponderal de 5kg, tosse produtiva e dispneia seguido de eritema nodoso e artralhas. A TC torácica evidenciou um nódulo subpleural no lobo inferior direito com 12 mm, associado a micronodulação de distribuição linfática e alterações intersticiais, colocando hipóteses como sarcoidose ou neoplasia.

Fez uma PET-TC que revelou captação moderada no nódulo (SUV 2,4) e em adenopatias mediastínicas (SUV máximo de 17). Realizou EBUS, com biópsias brônquicas e punções aspirativas ganglionares e criobiópsia ganglionar. A biópsia brônquica demonstrou um infiltrado inflamatório com esboços de granulomas sem necrose e com isolamento microbiológico de uma *Schaalia odontolytica*.

Foi assumido o diagnóstico provável de doença granulomatosa infecciosa por *S. odontolytica* e iniciou antibioterapia prolongada com amoxicilina e clavulanato (875+125mg). Em reavaliação 3 meses depois verificou-se melhoria clínica e resolução dos sintomas constitucionais. No entanto, manteve discreto agravamento imagiológico nodular, motivando ajuste para amoxicilina 1000mg e vigilância evolutiva.

Conclusão: Este caso evidencia a dificuldade na interpretação de nódulos pulmonares em contextos clínicos e imagiológicos inespecíficos, nos quais a neoplasia constitui frequentemente a principal hipótese diagnóstica. O isolamento de *Schaalia*

*odontolytica* permitiu assumir um diagnóstico presuntivo de doença granulomatosa infecciosa; contudo, a dissociação entre melhoria clínica e evolução imagiológica desfavorável reforça a necessidade de integração multidisciplinar, vigilância apertada e reavaliação contínua.

**Palavras-Chave:** *Schaalia odontolytica*, actinomicose, nódulo pulmonar

#### 47. Pregnancy-Associated Changes in Severe Asthma Biomarkers: Implications for Biologic Therapy

*IM Júlio, R Fortes, A Mendes, C Lopes*

ULS Santa Maria Severe asthma is a heterogeneous disease characterised by different inflammatory phenotypes, the expression of which may vary over time. The identification of biomarkers such as peripheral eosinophils, total IgE and exhaled nitric oxide (FeNO) allows the inflammatory profile to be characterised and guides the choice of biological therapy. However, physiological and hormonal factors, such as pregnancy and the postpartum period, may influence the immune response and contribute to changes in the disease's inflammatory phenotype.

We describe the case of a 35-year-old woman with severe allergic asthma and concomitant allergic rhinitis, initially presenting with a T2-high phenotype.

Base line evaluation revealed peripheral eosinophilia (310 cells/ $\mu$ L), total IgE 292 U/mL and pulmonary function tests consistent with moderate to severe obstruction and a significant bronchodilator response. Biologic therapy with mepolizumab was started in January 2024 with good response. However, treatment was discontinued in March 2025 following confirmation of pregnancy. During pregnancy, the patient experienced deterioration in disease control, including an exacerbation requiring hospitalization. After delivery, despite transient clinical improvement, she maintained persistent respiratory symptoms and poor asthma control, with an Asthma Control Test (ACT) score of 9.

Reassessment in January 2026 demonstrated persistent bronchial obstruction with air trapping (FEV<sub>1</sub> 69% predicted; residual volume 143%), alongside notable changes in inflammatory biomarkers. Specifically, peripheral eosinophil counts decreased to 80 cells/ $\mu$ L, total IgE increased to 311 IU/mL, and fractional exhaled nitric oxide (FeNO) measured 21 ppb, suggesting attenuation of the previously documented eosinophilic phenotype. Given the sustained lack of disease control and phenotypic variability, treatment with tezepelumab was initiated after multidisciplinary evaluation.

This case highlights the dynamic nature of asthma inflammatory phenotypes with pregnancy and the postpartum period potentially contributing to a shift from an eosinophilic to a non-eosinophilic profile. It reinforces the importance of a longitudinal reassessment of biomarkers and the individualisation of biological therapy in severe asthma according to evolving disease characteristics.

**Palavras-Chave:** Severe asthma; Phenotype switching; Pregnancy; Type 2 inflammation; Tezepelumab.

**48. Late-Onset Immune Checkpoint Inhibitor (ICI) Organizing Pneumonia***IM Júlio, D Godinho, G Portugal, RP Basto*

ULS Santa Maria

Pneumonitis associated with immune checkpoint inhibitors is an increasingly common and clinically significant adverse effect. Organizing pneumonia (OP) is one of its recognized radiological and clinicopathological patterns. Although most cases occur within the first months of treatment, delayed presentations may also arise and represent a diagnostic challenge.

We report the case of a 75-year-old man with metastatic clear cell renal carcinoma, under fourth-line treatment with ICI - Nivolumab - since July 2019. After approximately 5 years of treatment, he developed low-grade fever, dry cough, asthenia, anorexia, and weight loss. Radiological follow-up at this time showed new bilateral multifocal ground-glass opacities and peripheral/brochocentric consolidations, with a lower lobe predominance, findings consistent with an organizing pneumonia pattern. Infectious work-up, including sputum and bronchoalveolar lavage microbiology, mycobacterial studies, and cytology, were negative. Nivolumab was suspended and systemic corticosteroid therapy was started, with marked clinical and radiological improvement. Follow-up imaging in June 2025 confirmed significant regression. However, during corticosteroid tapering, a migratory pattern of subpleural consolidations reappeared on CT in September 2025, reinforcing the diagnosis of organizing pneumonia. Imaging scans carried out subsequently, in February 2026, revealed further radiological improvement, with almost complete resolution of the consolidations and only residual ground-glass opacities, at a time when the patient was undergoing low-dose systemic corticosteroid therapy. The patient remained clinically asymptomatic, with preserved lung volumes, moderate DLCO reduction, and multidisciplinary discussion supporting a probable causal relationship with nivolumab despite the unusually late-onset.

This case highlights that nivolumab-associated organizing pneumonia may occur very late during treatment, even after years of exposure. The diagnosis is one of exclusion and based on the apparent time-relation with drug initiation. Recognition of this delayed immune-related adverse event is essential, particularly to differentiate it from infection or tumor progression, guide drug withdrawal, and optimize corticosteroid management and longitudinal functional-radiological follow-up.

**Palavras-Chave:** Nivolumab; organizing pneumonia; late-onset toxicity; interstitial lung disease.

**49. Doença Reumatológica ou Neoplasia? Abordagem a nódulos de etiologia incerta.***I Estalagem, C Araújo, S Quaresma, AC Vieira, M Lopes*

Hospital Garcia de Orta - ULS Almada Seixal

Introdução: A artrite reumatoide (AR) pode envolver o pulmão, com prevalência variável. Ocorrem mais frequentemente em doença de longa evolução e associam-se habitualmente a nódulos subcutâneos. São geralmente assintomáticos e frequentemente não visíveis na radiografia torácica, sendo a TC de alta resolução o método de eleição. Tipicamente apresentam-se como nódulos subpleurais, múltiplos, bem definidos, podendo cavar. Apesar do seu carácter geralmente benigno, podem cursar com

complicações como pneumotórax ou infeção. O principal desafio diagnóstico reside na diferenciação com neoplasia pulmonar, sobretudo em doentes fumadores, podendo ser necessária imagiologia avançada e/ou confirmação histológica. Apesar do prognóstico favorável, o reconhecimento correto é essencial para orientar a abordagem clínica.

Caso clínico: mulher de 55 anos, fumadora ativa (20 UMA), com AR, referenciada a consulta de diagnóstico rápido torácico. No rastreio de tuberculose latente antes de terapêutica biológica, na avaliação imagiológica foram identificadas duas lesões pulmonares suspeitas: uma espiculada no lobo superior esquerdo e outra cavitada no lobo inferior ipsilateral. Realizou PET-FDG, que mostrou hipermetabolismo em ambas as lesões (SUVmáx 3,6 na lesão superior e 2,2 na cavitada), sem possibilidade de excluir malignidade. Foi realizada biópsia aspirativa transtorácica, que revelou infiltrado inflamatório intenso com agregados linfóides, fibrose, infiltrado linfoplasmocitário e sinais sugestivos de vasculite, compatível com envolvimento pulmonar por AR. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar de pneumologia oncológica e com a Reumatologia, tendo sido iniciado tratamento com rituximab. As lesões mantêm-se estáveis em seguimento, sem evidência de progressão.

Conclusão: os nódulos reumatoides pulmonares representam um importante desafio diagnóstico pela sua semelhança com lesões malignas. A diferenciação é frequentemente complexa, sobretudo em doentes com fatores de risco, podendo exigir uma abordagem escalonada com imagiologia avançada e confirmação histológica. A exclusão de neoplasia é fundamental, com impacto direto na decisão terapêutica e no prognóstico, reforçando a importância de uma avaliação clínica integrada e multidisciplinar para evitar atrasos diagnósticos e intervenções desnecessárias.

**Palavras-Chave:** nódulos, reumatóides, artrite, neoplasia

**50. Para além da classificação: o desafio de distinguir Hipertensão Pulmonar Grupo 1 do Grupo 3***I Estalagem, C Araújo, S Quaresma, JM Luz, AC Vieira, F Ferreira, M Lopes*

Hospital Garcia de Orta - ULS Almada-Seixal

Introdução: a hipertensão arterial pulmonar idiopática (HAPI) é uma doença rara, progressiva e potencialmente fatal. A apresentação inespecífica, com dispneia, fadiga ou síncope, contribui para atrasos diagnósticos, sendo essencial um elevado índice de suspeição e encaminhamento precoce para centros de referência.

Caso clínico: mulher de 32 anos, com antecedentes de Tuberculose Pulmonar tratada, com alterações parenquimatosas sequelares, gravidez mal vigiada, admitida por dispneia e hipoxemia, interpretada como edema agudo do pulmão e pré-eclâmpsia grave, tendo sido submetida a cesariana emergente e internamento em cuidados intensivos. Evoluiu com insuficiência respiratória grave, múltiplas intercorrências e necessidade de ventilação invasiva. O estudo, incluindo investigação autoimune e infecciosa, foi negativo. Realizou TAC tórax com evidência de extensas alterações parenquimatosas, incluindo cavitação do lobo superior direito e exuberantes bronquiectasias do lobo médio. Realizou ecocardiograma transtorácico sugestivo de Hipertensão Pulmonar - PSAP 69 mmHg, dilatação das cavidades direitas, função sistólica global do ventrículo direito deprimida. Realizado

estudo genético da Hipertensão Pulmonar que foi negativo. O cateterismo cardíaco direito confirmou hipertensão pulmonar pré-capilar com critérios de gravidade ( $SvO_2$  55%; IC 1.1 ml/min/m<sup>2</sup>). O internamento prolongado foi marcado por sucessivas descompensações - choque cardiogénico e necessidade de suporte com ECMO veno-arterial por disfunção biventricular grave. Após início de prostanóide endovenoso, verificou-se melhoria hemodinâmica progressiva. Posterior otimização com terapêutica tripla (prostanóide, inibidor da fosfodiesterase 5 e antagonista de receptores da endotelina). Apesar das alterações pulmonares importantes, considerou-se como mais provável HAPI dada a melhoria importante com terapêutica vasodilatadora pulmonar.

**Conclusão:** Este caso ilustra a dificuldade diagnóstica da HAPI, frequentemente associada a múltiplos internamentos e atraso na instituição de terapêutica adequada. Este percurso tem impacto negativo significativo, com agravamento clínico progressivo e risco de vida. Reforça-se a importância de suspeição clínica precoce e referência atempada para centros especializados, determinantes na melhoria do prognóstico.

**Palavras-Chave:** Hipertensão, pulmonar, diagnóstico

### 51. Mais do que uma Pneumonia: Um caso de adenocarcinoma lepidico e micropapilar

*I Eiró, C Alves*

Hospital Fernando Fonseca

**Introdução:** O adenocarcinoma do pulmão é o subtipo mais frequente de neoplasia pulmonar, caracterizado por heterogeneidade histológica, incluindo padrões como o lepidico e o micropapilar, este último associado a maior agressividade e pior prognóstico. A coexistência destes padrões pode originar apresentações clínicas e imagiológicas inespecíficas dificultando o diagnóstico.

**Caso clínico:** Homem de 60 anos, não fumador, com antecedentes de Tetralogia de Fallot corrigida, insuficiência cardíaca e asma, recorre ao serviço de urgência por dispneia e tosse produtiva com um mês de evolução, associadas a hipoxemia ( $SpO_2$  82% em ar ambiente) e perda ponderal não quantificada. Exames realizados 7 meses antes evidenciavam áreas de consolidação pulmonar e opacidades dispersas, inicialmente interpretadas como infecciosas, sem resolução após antibioterapia. À admissão, apresentava insuficiência respiratória parcial grave, com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo (ONAF), sem elevação de parâmetros inflamatórios ou evidência microbiológica de infeção. A TC torácica revelou extensas opacidades em vidro despolido e áreas de consolidação bilateral com broncograma aéreo.

O caso foi discutido em reunião multidisciplinar, considerando-se diagnósticos diferenciais como vasculite, pneumonia eosinofílica crónica, proteinose alveolar pulmonar, pneumonia lipóide e neoplasia. Perante agravamento clínico sob corticoterapia e estudo imunológico negativo, realizou broncoscopia rígida com criobiópsia pulmonar, complicada por pneumotórax iatrogénico, que permitiu o diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar com padrão lepidico e micropapilar.

Iniciou em internamento quimioterapia com carboplatina e paclitaxel, com evolução desfavorável e manutenção da dependência de ONAF, tendo iniciado imunoterapia com pembrolizumab 15 dias depois. Apesar das medidas instituídas,

verificou-se progressão da doença e óbito.

**Conclusão:** Este caso ilustra a complexidade diagnóstica do adenocarcinoma do pulmão com padrões mistos, cuja apresentação pode mimetizar entidades infecciosas e inflamatórias, atrasando o diagnóstico. A persistência de alterações imagiológicas e a ausência de resposta terapêutica devem motivar investigação invasiva precoce, frequentemente já em contexto de doença avançada e prognóstico reservado.

**Palavras-Chave:** neoplasia, adenocarcinoma, lepidico, micropapilar

### 52. Para além do linfoma: o desafio diagnóstico das adenopatias generalizadas

*IL Santos, M Seixas, J Leão, K Lopes, JM Correia*

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

**Introdução:** A presença de adenopatias múltiplas e hipercaptantes em PET-TC com 18F-FDG é frequentemente interpretada como doença linfoproliferativa. Contudo, entidades benignas podem mimetizar malignidade de forma convincente, constituindo um desafio diagnóstico e exigindo reavaliação contínua dos achados clínicos, imagiológicos e histológicos.

**Descrição:** Mulher de 37 anos, sem antecedentes relevantes, referenciada a Hemato-Oncologia por adenopatias cervicais surgidas após o parto. A TC cervical e toracoabdominopélvica (02/2025) revelou adenopatias generalizadas e hepatoesplenomegalia. O PET-TC com 18F-FDG (04/2025) reforçou a suspeita de doença linfoproliferativa, demonstrando envolvimento ganglionar extenso (cervical bilateral, periclavicular direito, axilar bilateral, retroperitoneal, pélvico e inguinal bilateral) e micronódulos pulmonares, destacando-se lesão na língula com SUV<sub>máx</sub> 4,7.

A CAAF ganglionar (03/2025) mostrou, em citometria, população B monoclonal compatível com linfoma não Hodgkin. Contudo, a evolução revelou-se inesperada, biópsias ganglionares subsequentes — incisional (04/2025) e excisionais (06/2025 e 08/2025) — evidenciaram apenas linfadenite granulomatosa não necrotizante, sem sinais de malignidade; o estudo microbiológico foi negativo.

Perante a discordância entre imagiologia, citometria e histologia, e considerando o envolvimento pulmonar, foi orientada para Pneumologia por suspeita de sarcoidose. A TC torácica (08/2025) revelou espessamento peribroncovascular, bronquiectasias escassas e vidro despolido. A revisão dirigida da história clínica trouxe um dado aparentemente secundário, mas decisivo: infeções respiratórias de repetição. O estudo imunológico demonstrou hipogamaglobulinemia marcada, com diminuição de IgG, IgA e IgM, confirmando posteriormente o diagnóstico de imunodeficiência comum variável (IDCV).

Iniciou terapêutica de substituição com imunoglobulina G, mantendo seguimento em Hemato-Oncologia pelo risco acrescido de linfoma associado à IDCV.

**Conclusão:** Este caso ilustra como a IDCV pode mimetizar de forma exuberante doença linfoproliferativa e sarcoidose. Salienta-se a importância de reconsiderar o diagnóstico perante achados discordantes e de valorizar sinais aparentemente inespecíficos, como infeções recorrentes, que podem revelar uma imunodeficiência subjacente.

**Palavras-Chave:** Imunodeficiência comum variável; Infeções de repetição; Adenopatias generalizadas; granulomatose

**53. Tuberculose Disseminada: Persistir para Diagnosticar**

JT Felgueiras, JN Mascarenhas, FJ Gonçalves, J Diogo, C Alves, C Boinas, HG Marques, MJ Simões

UILSAR

Introdução: A tuberculose (TB) extrapulmonar, especificamente a forma peritoneal, permanece um desafio diagnóstico major devido à sua apresentação inespecífica e mimetismo de patologia oncológica. O atraso no diagnóstico e início da terapêutica é o principal determinante de um prognóstico reservado. Este caso clínico destaca a importância de um elevado índice de suspeição e da perseverança na investigação microbiológica e molecular perante quadros sugestivos.

Caso Clínico: Feminino, 19 anos, natural de Angola (em Portugal há 17 anos), sem antecedentes ou fatores de risco conhecidos. Apresentou-se com distensão abdominal e ascite volumosa. A avaliação por TC e RMN abdomino-pélvica revelou uma lesão expansiva complexa anexial esquerda, ascite e espessamento micronodular do grande epíloon, aspetos sugestivos de carcinomatose peritoneal. No estadiamento, a TC torácica evidenciou condensações parenquimatosas e pequenas cavitações apicais bilaterais, levantando a hipótese de TB disseminada. Realizou-se uma paracentese diagnóstica e evacuadora (líquido exsudativo, predomínio mononuclear, ADA elevado: 87.8 U/L). Contudo, a pesquisa de BAAR e o teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) foram inicialmente negativos no líquido ascítico e no lavado broncoalveolar (LBA). Apesar do elevado valor preditivo negativo dos testes moleculares iniciais, a especificidade das lesões apicais e o valor do ADA motivaram a repetição dos procedimentos. Numa segunda amostragem, o TAAN confirmou a presença de *M. tuberculosis* no líquido ascítico e no LBA, com exclusão de resistência à rifampicina. Sob esquema HRZE, a doente apresenta marcada melhoria clínica, aguardando-se os resultados definitivos das culturas.

Conclusão: Este caso ilustra a dificuldade diagnóstica das formas extrapulmonares de TB, que podem ocorrer mesmo na ausência de fatores de risco clássicos. A ausência de confirmação microbiológica imediata não deve excluir o diagnóstico perante achados imagiológicos sugestivos e marcadores indiretos positivos (ADA). A perseverança na investigação molecular foi determinante para evitar procedimentos cirúrgicos invasivos desnecessários, permitir o início célere da terapêutica e excluir precocemente variantes multirresistentes.

**Palavras-Chave:** Tuberculose Disseminada Persistência Diagnóstico

**54. Falência vacinal: caracterização dos internamentos por Influenza A num serviço de Pneumologia em 2025**

JS Amado, AP Monteiro, B Abreu, J Freitas, A Magalhães, A Miguel

ULS São José - Hospital de Santa Marta

Introdução: A gripe sazonal associa-se a elevada morbidade e mortalidade, especialmente em grupos de risco. Nesta população, a eficácia da vacinação pode ser inferior, tornando relevante a avaliação da falência vacinal.

Objectivos: Caracterizar os doentes internados por infeção a Influenza A no Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Marta em 2025, considerando estado vacinal, subtipos e comorbilidades respiratórias.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo de todos os doentes internados por Influenza A no Serviço de Pneumologia em 2025. Foram recolhidos dados clínicos e realizada uma análise estatística descritiva.

Resultados: Foram incluídos 21 doentes, com uma idade média de 65,9 anos (min. 23, max. 89). O diagnóstico foi feito por TrAg em 12 doentes (57,1%) e PCR em 9 doentes (42,9%). O tempo médio de internamento foi de 15,3 dias (mediana de 10 dias), verificando-se uma taxa de mortalidade de 9,5%.

Quanto à vacinação, 9 doentes (42,9%) encontravam-se vacinados, 10 (47,6%) não vacinados e 2 (9,5%) com estado vacinal desconhecido. Considerando falência vacinal a existência de infeção confirmada por influenza A em doentes com vacinação contra a gripe na respetiva época, verificou-se então uma taxa de falência de 42,9%. Nos casos de diagnóstico por PCR, identificaram-se nos doentes vacinados 2 casos de Influenza A H1N1/2009 (n=2) e 2 casos de Influenza A H3N2 (n=2). Ambos os subtipos são cobertos pela vacina. Nos restantes doentes, foram identificados os subtipos Influenza A H1N1/2009 (n=2), Influenza A H3N2 (n=2) e Influenza A H1N1 (n=1).

No total, 16 doentes (76,2%) apresentavam comorbilidades respiratórias: DPOC (n=6), Asma (n=3), Bronquiectasias (n=3), Fibrose Pulmonar Idiopática (n=1), Pneumonia de Hipersensibilidade (n=1), NSIP (n=1) e Esclerose Lateral Amiotrófica (n=1). A presença de comorbilidades respiratórias foi mais frequente nos doentes com falência vacinal (n=9, 100%) comparativamente com os doentes não vacinados (n=5, 50%).

Conclusão: Nos doentes internados, verificou-se uma taxa de falência de vacinação de 42,9%, dos quais todos apresentavam comorbilidades respiratórias subjacentes, podendo refletir uma resposta imunitária inferior nesta população. Os resultados reforçam que, para além da vacinação, não se devem descurar estratégias preventivas adicionais nos doentes de maior risco.

**Palavras-Chave:** Influenza A; Vacinação; Comorbilidades respiratórias; Internamento

**55. Envolvimento pulmonar na Artrite Reumatoide: experiência real-world de uma coorte portuguesa**

J Duarte, A Daniel, MA Santos, T Martin, R Rosa, S Clemente

ULS Loures-Odivelas - Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A Artrite Reumatoide (AR) é uma das doenças reumatológicas crónicas mais prevalentes. O envolvimento pulmonar representa uma das suas manifestações extra-articulares mais frequentes e um importante determinante prognóstico.

Metodologia: Estudo observacional, retrospectivo, com avaliação de processos clínicos informáticos. Foram identificados e caracterizados doentes com envolvimento pulmonar associado à AR seguidos em Consulta de Doença do Interstício num hospital distrital português, entre abril de 2013 e janeiro de 2026.

Resultados: Vinte e dois doentes apresentaram diagnóstico multidisciplinar de envolvimento pulmonar associado à AR, com predomínio do sexo feminino (63,6%) e idade mediana de 67,5 anos ao início do seguimento (IQR 9,7). Cerca de metade dos doentes eram fumadores ou ex-fumadores (45,5%). À avaliação inicial, 81,8% apresentavam sintomas respiratórios. Num caso, a doença pulmonar foi a manifestação inaugural da AR. O tempo mediano entre o diagnóstico de AR e do envolvimento pulmonar

foi de 45 meses, parecendo verificar-se tendência para redução desde 2021. Observou-se seropositividade em títulos elevados para anti-CCP e/ou fator reumatóide (segundo os Critérios de Classificação ACR/EULAR 2010) em 81,8% dos casos. A Doença Pulmonar Intersticial (DPI) foi a forma de doença mais frequente (81,8%), predominando nos restantes casos o envolvimento da via aérea. O padrão radiológico mais identificado foi a UIP (45,5%). Dez doentes (45,5%) não apresentavam alterações funcionais respiratórias em repouso; predominou nos restantes o fenótipo restritivo (58,3%). Em 54,5% dos casos verificou-se necessidade da otimização de terapêutica imunossupressora em uso ao diagnóstico. Dois doentes iniciaram terapêutica antifibrótica. Não ocorreram admissões hospitalares por exacerbação de DPI durante o follow-up; registaram-se dois óbitos por pneumonia.

Conclusão: Nesta coorte, apesar da sua pequena dimensão, predominaram fenótipos radiológicos fibróticos e seropositividade em títulos elevados de biomarcadores associados à atividade da AR. A identificação mais precoce de casos em anos recentes poderá refletir a maior sensibilização clínica e da referência multidisciplinar, ressaltando a importância da vigilância respiratória proativa e sistemática, e da estratificação de risco precoce nestes doentes.

**Palavras-Chave:** Artrite Reumatóide; Doença Intersticial Pulmonar; UIP

### **56. Aspergilose Pulmonar Invasiva num hospedeiro não-clássico: a propósito de um caso clínico**

*J Duarte, F Neri, R Rosa, F Todo Bom*

ULS Loures-Odivelas - Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A incidência reportada de doença pulmonar por *Aspergillus* spp., incluindo Aspergilose Pulmonar Invasiva (IPA), tem aumentado em indivíduos com doença pulmonar crónica sem fatores de risco classicamente associados, incluindo imunossupressão grave. Alterações estruturais das vias aéreas e disfunção da clearance mucociliar, uso de corticoterapia e antibioterapia recorrentes, hospitalizações frequentes e desnutrição contribuem para uma maior suscetibilidade à IPA.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 41 anos, nunca fumador. Seguido em Consulta de Pneumologia por bronquiectasias cilíndricas difusas (enquadráveis em história de prematuridade extrema, infeções respiratórias e internamentos recorrentes na infância), asma alérgica grave, infeção crónica por *Pseudomonas aeruginosa* e *Serratia marcescens*, e insuficiência respiratória global crónica, já em avaliação para transplante pulmonar. Medicado com tezepelumab, colistina inalada, oxigenoterapia de longa duração e terapêutica mucoativa, e sob estratégias de otimização da clearance das vias aéreas. Internado em novembro de 2025 por agravamento de dispneia (mMRC 4), aumento de tosse, do volume e da purulência da expectoração. Após exclusão de outras causas de descompensação, admitiu-se exacerbação infecciosa de bronquiectasias, tendo sido iniciada antibioterapia dirigida ao perfil microbiológico conhecido. Ainda assim, verificou-se agravamento clínico rapidamente progressivo, com necessidade de oxigenoterapia nasal de alto fluxo e admissão em Unidade de Cuidados Intensivos. Após estabilização, foi realizada broncofibroscopia com colheita de lavado broncoalveolar, no qual foi isolado *Aspergillus fumigatus*. Em biópsias brônquicas também realizadas, foram identificadas hifas nas camadas mucosa e submucosa, achados compatíveis com infeção fúngica invasiva.

Foi iniciada terapêutica com Voriconazol, mantida posteriormente durante 12 semanas, dado resposta clínica favorável.

Conclusão: A infeção por *Aspergillus* spp., incluindo IPA, deverá ser considerada perante exacerbações graves e agravamento refratário a terapêutica em indivíduos com doença pulmonar crónica. O reconhecimento da infeção e sensibilização fúngica como potencial "treatable trait" poderá permitir abordagens terapêuticas mais individualizadas e potencial otimização prognóstica destes doentes.

**Palavras-Chave:** Bronquiectasias; Aspergilose; Infeção Fúngica

### **57. Enfisema bolhoso na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: benefício da abordagem cirúrgica**

*J Queirós, C Sousa, V Teixeira*

SESARAM

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) avançada associa-se frequentemente a alterações estruturais pulmonares, nomeadamente enfisema bolhoso.

Caso Clínico: Homem de 67 anos, ex-fumador com uma carga tabágica de 40 UMA e antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, gamapatia monoclonal, litíase vesicular e diverticulose. Seguido em consulta de Pneumologia por DPOC desde 2015, com agravamento progressivo das queixas respiratórias apesar de terapêutica broncodilatadora otimizada, com desenvolvimento de insuficiência respiratória global, tendo necessidade de suporte ventilatório com ventilação não invasiva (VNI) no período noturno e oxigenoterapia de longa duração (OLD). Em provas de função respiratória com evidência de obstrução e Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo (FEV1) de 23%. Em exames de imagem com predomínio de enfisema, com bolhas de grande volume à esquerda.

Em abril de 2024, recorreu ao Serviço de Urgência por agravamento da dispneia, cansaço, febre e tosse com 2 dias de evolução. À admissão no SU apresentava-se polipneico e com roncos dispersos bilateralmente na auscultação pulmonar. Em avaliação gasimétrica com evidência de agudização da insuficiência respiratória global crónica a condicionar acidemia respiratória, pelo que iniciou terapêutica com VNI contínuo. Realizou TC torácica que mostrou enfisema centrilobular bilateral e lesões bolhosas bilaterais, a lesão de maiores dimensões localizada no lobo inferior esquerdo com 18 cm de maior eixo, a condicionar desvio do mediastino para a direita. Após estabilização clínica, doente observado por equipa de Cirurgia Cardiotorácica, tendo sido submetido a lobectomia inferior esquerda. A cirurgia decorreu sem intercorrências.

Desde então, com melhoria significativa do estado geral, com capacidade para suspensão de VNI e OLD e melhoria da tolerância ao exercício físico.

Conclusões: Este caso destaca o impacto funcional significativo que o enfisema bolhoso gigante pode ter em doentes com DPOC avançada, bem como o potencial benefício da abordagem cirúrgica em doentes cuidadosamente selecionados.

**Palavras-Chave:** DPOC, Enfisema, Lobectomia

**58. Nódulo pulmonar como mimetizador de malformação vascular: um caso de Rendu-Osler-Weber**

JM Macedo, AL Trigueira, LFS Silva, ML Silva, FT Lopes, R Gomes, J Ferreira

ULS Entre Douro e Vouga

Introdução: O nódulo pulmonar solitário é um motivo frequente de referenciação à consulta de Pneumologia, sendo a sua correta caracterização fundamental para orientar a abordagem diagnóstica. Em doentes com síndrome de Rendu-Osler-Weber (telangiectasia hemorrágica hereditária), as malformações arteriovenosas pulmonares (MAVP) constituem um diagnóstico diferencial relevante, podendo mimetizar nódulos sólidos. A não identificação dessa condição pode levar a procedimentos invasivos desnecessários, como a biópsia transtorácica, com risco de hemorragia, hemotórax e morte.

Descrição: Homem, 71 anos, não fumador, assintomático, com antecedentes de síndrome de Rendu-Osler-Weber, fibrilhação auricular e tromboembolismo pulmonar, referenciado à consulta de Pneumologia após identificação de uma lesão nodular lobulada no lobo superior esquerdo (20×18 mm) em tomografia computadorizada (TC) torácica realizada em contexto de pneumonia adquirida na comunidade. O doente foi referenciado, tendo realizado TC subsequente contrastado, em ambulatório, para melhor caracterização, que não permitiu distinguir entre nódulo pulmonar e malformação vascular, por ter sido realizado apenas na fase venosa. Atendendo ao contexto clínico, foi solicitada TC torácica com contraste endovenoso e protocolo adequado, que demonstrou uma lesão bilobulada justacissural com comunicação entre vasos arteriais e venosos da circulação pulmonar, compatível com malformação arteriovenosa pulmonar. Foram ainda identificadas outras lesões semelhantes de menor dimensão bilateralmente. A correta caracterização imagiológica permitiu, portanto, evitar a realização de biópsia transtorácica, reconhecida como procedimento de elevado risco hemorrágico neste contexto.

Conclusão: As MAVP podem mimetizar lesões pulmonares suspeitas e por isso é essencial o TC com contraste ser adquirido em fase adequada, evitando potencial iatrogenia, sublinhando a importância de possuir conhecimento sobre os achados imagiológicos das MAVP. A existência de casos descritos na literatura de referenciação, mesmo por equipas experientes, para biópsia transtorácica destes doentes, com consequentes complicações graves, sugere que este risco poderá estar subestimado na literatura pelo viés de publicação, devendo a sua exclusão ser prioritária previamente a qualquer procedimento invasivo.

**Palavras-Chave:** Malformação arteriovenosa, Rendu-Osler-Weber, nódulo pulmonar, biópsia transtorácica

**59. Síndrome de Boerhaave: sobrevivência após abordagem conservadora multidisciplinar**

JM Macedo, J Pinto, LFS Silva, AL Trigueira, FT Lopes, MC Silva, J Ferreira

ULS Entre Douro e Vouga

Introdução: Síndrome de Boerhaave é raro (3.1 casos/milhão/ano), com elevada mortalidade (60%), aumentando significativamente com o atraso diagnóstico. Classicamente caracterizado pela

tríade de Mackler (vómitos, toracalgia, enfisema subcutâneo), embora característico, está muitas vezes ausente.

Descrição: Homem de 71 anos, sem antecedentes clínicos de relevo, com recurso ao SU por toracalgia associada a dispneia, após 2 vómitos alimentares com evolução de 4 horas. À admissão SpO<sub>2</sub> (aa) 86% e dor abdominal ligeira, com agravamento clínico posterior e à observação pela Pneumologia polipneico, fácies de dor e SpO<sub>2</sub> (VM 35%) 89%. A telerradiografia torácica inicial evidenciava apenas sútil pneumomediastino. TAC Tórax revelou enfisema subcutâneo (base pescoço e supraclavicular esquerda) e hidropneumotórax esquerdo de moderado volume.

Foi inserido dreno torácico Jolly 18Fr, com drenagem de líquido pleural acastanhado e escasso ar, com melhoria transitória e iniciada antibioterapia. Todavia, dado manter progressivo agravamento respiratório e hemodinâmico, (P/F <100), iniciou vasopressores, e foi sedado e entubado.

O doseamento aumentado de amilase e lipase no líquido pleural foi consistente com a suspeita de perfuração esofágica confirmada por TC em D1 internamento a evidenciar suspeita de solução de continuidade esofágica. A endoscopia digestiva alta, com instilação de azul de metileno e saída pelo sistema de drenagem pleural, estabeleceu o diagnóstico de fístula esófago-pleural. Foi inserida prótese esofagogástrica pela gastroenterologia. No internamento, verificou-se migração da prótese e persistência da fístula, com múltiplos momentos de recrudescimento de febre e empiema, exigindo múltiplas abordagens endoscópicas, com aplicação de clips, e pleurais dirigidas, e antibioterapia prolongada.

Conclusões: O síndrome de Boerhaave é uma emergência médica rara. Apesar da evolução para fístula esófago-pleural e choque séptico, foi possível alcançar a sobrevivência através de uma abordagem multidisciplinar e predominantemente conservadora, baseada na articulação entre Pneumologia e Gastroenterologia. A partilha destes casos poderá contribuir para o reconhecimento precoce desta entidade e para a otimização de estratégias diagnósticas e terapêuticas futuras.

**Palavras-Chave:** Síndrome de Boerhaave, Fístula esófago-pleural, Empiema, Pneumomediastino

**60. Não há 2 sem 3... toxicidade multissistémica à imunoterapia**J Montês; MO Ramos; B Maio; M Grafino; M Felizardo; ST Furtado  
Hospital da Luz Lisboa

introdução: Os inibidores dos checkpoints imunitários revolucionaram o tratamento do cancro do pulmão de não pequenas células, permitindo respostas favoráveis em subgrupos selecionados. Contudo, podem associar-se a efeitos adversos imuno-mediados multissistémicos.

Caso Clínico: Mulher, 66 anos, ex-fumadora 50 UMA, com antecedentes de DPOC GOLD 1B e diabetes mellitus. Observada em consulta de Pneumologia por tosse com expectoração hemoptoica, anorexia e dispneia mMRC 2 com 3 meses de evolução. A TC toráx revelou lesão espiculada de 3 cm no lobo superior esquerdo e adenopatias mediastínicas bilaterais e a RM-CE 3 lesões cerebrais supra e infratentoriais. O estudo diagnóstico/estadiamento por biópsia brônquica confirmou adenocarcinoma do pulmão estágio IV, com metastização cerebral, PD-L1 70% e mutação KRAS G12C.

Realizou radiocirurgia às lesões cerebrais em fração única

(24Gy) e iniciou pembrolizumab. Aos 2 meses de terapêutica iniciou quadro de secura ocular, hiperemia e dor ocular bilateral, admitindo-se queratite secundária à imunoterapia (IT), com resolução completa sob corticoterapia tópica. Retomou IT e, ao 4.º mês, desenvolve quadro de vômitos, diarreia e hipotensão sistólica grave, motivando internamento. Analiticamente, destacavam-se ACTH de 2,0 pg/mL e cortisol de 0,60 µg/dL, sem outras alterações hormonais. Assumiu-se hipofisite secundária à IT, tendo iniciado hidrocortisona com recuperação clínica completa.

Atendendo à excelente resposta oncológica pulmonar e cerebral em reavaliação imagiológica, optou-se em reunião multidisciplinar por manutenção da IT, a qual manteve sem intercorrências durante 9 meses, momento em que, em reavaliação imagiológica comparativa, é documentado progressão de doença e agravamento das alterações intersticiais difusas em vidro despolido, compatíveis com pneumonite secundária à IT. Clinicamente assintomática do ponto de vista respiratório. Após re-discussão em reunião multidisciplinar é decidida suspensão definitiva do fármaco e transição para terapêutica sistémica de 2.ª linha. Atualmente, a doente mantém seguimento sob quimioterapia de manutenção.

Conclusão: Este caso evidencia a heterogeneidade dos efeitos adversos associados à IT (oftalmológico/endócrino/pulmonar) pouco frequentes na literatura. Salienta-se a importância de uma alta suspeição, abordagem multidisciplinar e tratamento dirigido.

**Palavras-Chave:** Imunoterapia; Toxicidade farmacológicas; Neoplasia do pulmão;

### 61. Enfermedad tropical como causa de afectación pulmonar en Europa. Un reto diagnóstico.

*JN Aranda, A Esteban, K Mejía, V Arganda, I Jiménez, HR Toala, A Zamudio*

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción: La paracoccidioidomicosis (PCM), causada por el complejo fúngico *Paracoccidioides*, es una de las micosis sistémicas endémicas más prevalentes de América Latina. Su aparición en pacientes residentes en España resulta relevante en los planos epidemiológico, clínico y diagnóstico.

Un rasgo distintivo de *P. brasiliensis* es su gran capacidad de latencia: la infección primaria suele ocurrir por inhalación de conidios en zonas endémicas, frecuentemente de forma asintomática, y el hongo puede permanecer latente en pulmón y ganglios durante décadas, reactivándose ante inmunosupresión, estrés crónico o desnutrición.

El pulmón es el órgano principalmente afectado y concentra la morbimortalidad: se describe afectación pulmonar activa hasta en el 80% de los casos y lesiones fibróticas residuales en el 60%. Puede mimetizar tuberculosis, sarcoidosis, histoplasmosis, neoplasia pulmonar o neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.

Descripción: Las anomalías radiográficas en la PCM crónica son múltiples e inespecíficas: opacidades reticulares lineales, nódulos de distintos tamaños, opacidades parcheadas mal definidas, consolidación del espacio aéreo y cavitación.

En la TC, los hallazgos más frecuentes son vidrio deslustrado (lo más común en no tratados), consolidaciones (formas neumónicas), nódulos variables (miliares o macronodulares), masas, cavitaciones por necrosis, engrosamiento de septos

interlobulares y lesiones fibróticas propias de la evolución crónica que conduce a fibrosis pulmonar. Suelen coexistir varios patrones, con distribución focal, multifocal o difusa, generalmente bilateral y simétrica.

Conclusión: Este caso ilustra un paradigma creciente: la globalización de las enfermedades tropicales. La latencia prolongada de *Paracoccidioides* y otros agentes obliga a mantener un alto índice de sospecha clínica ante cuadros pulmonares subagudos o crónicos en pacientes procedentes de zonas endémicas, con independencia del tiempo transcurrido desde su llegada al país receptor. Un diagnóstico precoz es determinante para instaurar el tratamiento adecuado, prevenir la progresión a enfermedad diseminada y evitar secuelas irreversibles.

**Palavras-Chave:** paracoccidioidomicosis, tropical, pulmonar, TC.

### 62. Nem tudo o que parece é: o grande desafio das reações sarcoid-like.

*J Freitas, A Monteiro, F Canedo, J Rodrigues, M Pinto, A Magalhães, A Borba, MM Emiliano, A Miguel*

Hospital de Santa Marta

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistémica de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença de granulomas não caseosos. Em contextos oncológicos, podem surgir alterações histopatológicas semelhantes, denominadas reações granulomatosas sarcoid-like. Apresenta-se uma revisão de quatro casos clínicos ilustrativos desta condição.

Casos Clínicos: Caso 1: Mulher, 59 anos, com carcinoma da mama tratada com cirurgia e quimioterapia (QT). Catorze meses após QT, surgiram micronódulos pulmonares e adenopatias (ADP) mediastínicas. As biópsias transbrônquicas revelaram granulomas não necrotizantes. Por astenia marcada, iniciou corticoterapia e azatioprina, suspensas após resolução clínica e imagiológica completa. Mantém estabilidade clínica e funcional após 5 anos.

Caso 2: Homem, 55 anos, com adenocarcinoma do pulmão estágio IV, sob nivolumab. Em TC de reavaliação, verificaram-se novas opacidades pulmonares e aumento de ADP mediastínicas. A histologia revelou linfadenopatia granulomatosa não necrotizante. Pela estabilidade clínica, manteve a imunoterapia. No 5.º ano de seguimento, novas lesões revelaram inflamação granulomatosa pulmonar concomitante a metástase suprarrenal do adenocarcinoma original.

Caso 3: Mulher, 69 anos, com carcinoma papilar da tiroide tratada com cirurgia e iodo radioativo. A TC identificou ADP mediastínicas cuja histologia mostrou linfadenite granulomatosa não necrotizante. Cumpriu nove meses de terapêutica antibacilar por suspeita de tuberculose, sem melhoria. Nova biópsia por mediastinoscopia confirmou o padrão granulomatoso. Optou-se por vigilância, mantendo-se assintomática e estável ao fim de 10 anos.

Caso 4: Mulher, 53 anos, com adenocarcinoma do endométrio tratada com histerectomia e QT. Nove meses pós-QT surgiram ADP mediastínicas. A histologia confirmou inflamação granulomatosa não necrotizante. Sem sintomas ou alterações funcionais, manteve vigilância, com resolução imagiológica completa após seis anos.

Conclusão: As reações sarcoid-like podem mimetizar metástases, infeções ou toxicidade terapêutica, podendo coexistir com neoplasia ativa. A sua heterogeneidade reforça a importância

da confirmação histológica para exclusão de diagnósticos diferenciais.

**Palavras-Chave:** Sarcoidose; Reação sarcoid-like; Metastases; Toxicidade terapêutica;

### 63. PEMBROLIZUMAB AND AN UNCOMMON ENDOCRINE DYSFUNCTION: CASE REPORT

JP Correia; T Gomes; L Ribeiro; L Nascimento; C Hilário; E Carção; B Conde

ULS TMAD - Hospital de Vila Real

**Introduction:** Immune checkpoint inhibitors (ICIs) set a new paradigm in Lung Cancer treatment. More often than desired, immune-related adverse events (irAEs) can complicate treatment. Endocrine toxicities can occur in up to 10% of patients, with thyroid and pituitary glands being the most commonly implicated. The diagnostic approach and treatment of ICIs induced toxicity poses a significant challenge in clinical practice, demanding awareness and a stepwise approach for early diagnosis and treatment.

**Case Report:** A 71-year-old male with stage IV lung adenocarcinoma (90-95% PD-L1 expression) with adrenal and bone metastasis on monotherapy with Pembrolizumab 400mg 6/6 weeks presented to the emergency department with a 4-week history of confusion, fatigue and hypotension. At admission a brain computed tomography scan had no evidence of space occupying lesions. Blood work-up revealed low morning cortisol (40.5nmol/L) and adrenocorticotropic hormone (1.6ng/L), a suppressed thyroid-stimulating hormone (0.22mIU/l) with a high free thyroxine 4 (27.80pmol/l). Brain Magnetic resonance was innocent. Thyroid autoimmunity was negative. Thyroid echography revealed hypoechogenic nodules. A thyroid scintigraphy scan did not reveal focal uptake of contrast. A diagnosis of hypophysitis (ESMO grade 3) and destructive thyroiditis secondary to Pembrolizumab was assumed. Tiamazol and hydrocortisone were started during hospital stay, with analytical improvement and gradual resolution of confusion and hypotension. The patient was discharged with low dose hydrocortisone (20+10mg). The case was discussed in a multidisciplinary meeting with a decision to restart Pembrolizumab 200mg 3/3 weeks. Currently in cycle 5 of rechallenge, asymptomatic, with evidence of stable disease.

**Conclusions:** Hypophysitis is a rare irAE associated with PD-1/PD-L1 inhibitors, reported in <0.1% of cases, whilst hyperthyroidism occurs in <2 to 5%. Although not the most common type of toxicity, endocrine dysfunction in patients with ICIs can easily be disregarded, so clinical suspicion is key. The balance between immune tolerance and the avidity required to destroy cancer cells is unpredictable. The use of immunosuppressive drugs is an important tool to restore that balance, allowing, in selected cases, safely restarting a potentially effective cancer treatment.

**Palavras-Chave:** Lung cancer; immune related adverse events (irAEs); endocrine toxicity

### 64. HETEROGENEIDAD CLÍNICA Y RADIOLÓGICA DE LA LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS

KA Mejía, V Arganda, A Esteban, JN Aranda, HR Toala, AG Salazar, EA Pérez

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

**Introducción:** La linfangioleiomiomatosis (LAM) es una enfermedad caracterizada por la proliferación sistémica de células musculares lisas atípicas, con diseminación linfática y hemática. Su patogenia deriva en la formación de quistes pulmonares, angiomiolipomas y colecciones quillosas. Clínicamente cursa con disnea progresiva y neumotórax recidivante con alta morbilidad. Afecta predominantemente a mujeres y está presente en el 60% de pacientes con Complejo Esclerosis Tuberosa. La radiografía simple inicial suele ser anodina; no obstante, la Tomografía de alta resolución (TCAR) es útil al identificar quistes de pared fina.

**Descripción:** Caso 1: Mujer, 66 años, antecedente de nefrectomía por angioliopoma renal. Presenta disnea de grandes esfuerzos de dos años de evolución. La TCAR evidenció múltiples quistes de pared fina, bilaterales y difusos, con ligero predominio en campos superiores y afectación de recesos costofrénicos. Diagnóstico incidental de LAM.

Caso 2: Mujer, 54 años, exfumadora, antecedente de hemocromatosis. Presenta disnea de esfuerzo y patrón ventilatorio obstructivo. La TCAR mostró quistes redondeados de paredes finas con distribución difusa y respeto del parénquima adyacente. Tras confirmación por biopsia quirúrgica de LAM e insuficiente respuesta a sirolimus, requirió trasplante bipulmonar en 2022.

Caso 3: Mujer, 64 años, antecedente de epilepsia, adenocarcinoma de endometrio y angiomiolipomas renales múltiples. Debuta con dolor abdominal. La TC toraco-abdominal reveló múltiples imágenes quísticas intraparenquimatosas bilaterales, angiomiolipomatosis renal bilateral y lesiones óseas esclerosas, hallazgos compatibles con LAM asociada a complejo de esclerosis tuberosa.

Caso 4: Mujer, 71 años, antecedente de carcinoma mamario. En TC de estadije se identifican múltiples espacios quísticos pulmonares bilaterales y angiomiolipoma renal en polo superior derecho. Hallazgos sugestivos de LAM asociada a complejo de esclerosis tuberosa.

**Conclusiones:** La Tomografía de alta resolución es fundamental en el abordaje diagnóstico de la Linfangioleiomiomatosis (sensibilidad/especificidad 90%). Aunque el patrón quístico es característico, el diagnóstico definitivo puede establecerse sin biopsia pulmonar ante la asociación de quistes pulmonares típicos sumados a esclerosis tuberosa, angiomiolipomas o quilotórax.

**Palavras-Chave:** Linfangioleiomiomatosis, Angiomiolipoma, TC, Quistes

### 65. MANEJO CONSERVADOR EXITOSO DE EMPIEMA POSTRAUMÁTICO COMPLEJO: EVOLUCIÓN RADIOLÓGICA Y COMPLICACIÓN DIFERIDA

KA Mejía, L. Gil, S Rodríguez, MJ Corbi, P Torres, A González, V Arganda, M Bartol, E Curto, AG Salazar

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

**Introducción:** El empiema postraumático presenta una incidencia del 2-32% en traumatismos torácicos. Staphylococcus aureus causa el 35-75% y hasta el 90% de los traumatismos moderados-graves requieren toracostomía. Entre los factores de riesgo destacan fracturas costales y contusión pulmonar. Las guías recomiendan abordaje escalonado con tubo de tórax, análisis pleural, antibioterapia precoz ajustada a cultivos y, en casos

seleccionados, cirurgia toracoscópica videoassistida.

Descripción: Varón de 56 años, fumador, que a las 48 h de traumatismo torácico con fisura costal izquierda presentó disnea, fiebre y tos con expectoración purulenta. Al ingreso, insuficiencia respiratoria aguda y derrame pleural izquierdo con signos ecográficos de derrame complicado, compatible con empiema tras toracocentesis diagnóstica. Se inició antibioterapia empírica, drenaje endotorácico e instilación de uroquinasa intrapleural. Al 4º día presentó deterioro respiratorio grave que requirió oxigenoterapia de alto flujo, por lo que se solicitó TC de tórax, evidenciando neumonía intersticial aguda secundaria a infección y colección paramediastínica izquierda. Se añadió corticoterapia sistémica, con resolución posterior de la insuficiencia respiratoria. Por la localización de la colección, Cirugía Torácica desestimó intervención quirúrgica y recomendó manejo conservador continuado. La TC pre-alta mostró disminución de la colección paramediastínica y mejoría del patrón en vidrio deslustrado. Ante estabilidad clínica, analítica y radiológica, se dio alta con fisioterapia respiratoria y antibioterapia durante 6 semanas adicionales. A los 4 meses consultó por disnea súbita de inicio brusco. La TC confirmó tromboembolismo pulmonar agudo de riesgo intermedio-bajo con infarto pulmonar, destacando resolución completa de la colección paramediastínica. Evolucionó favorablemente con heparina de bajo peso molecular y antibioterapia, manteniendo seguimiento en Neumología. Conclusiones: El manejo médico puede ser eficaz en colecciones pleurales complejas seleccionadas. El drenaje pleural, la antibioterapia y el seguimiento por TC pueden evitar procedimientos invasivos mayores. La TC es fundamental para valorar la evolución pleural y confirmar la resolución. Debe considerarse el riesgo de complicaciones diferidas, como el tromboembolismo pulmonar.

**Palavras-Chave:** Traumatismo torácico, infección pleural, antibioterapia, drenaje pleural

### 66. Aspergilose pulmonar crónica: quando os efeitos adversos condicionam a decisão terapêutica

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

ULS Santa Maria

Introdução: A Aspergilose Pulmonar Crónica (APC) caracteriza-se por ser uma patologia de evolução indolente, frequentemente associada a patologia estrutural pulmonar. O tratamento antifúngico prolongado constitui a base terapêutica, mas está frequentemente limitado por efeitos adversos e tolerabilidade variável. A decisão de manter, ajustar ou suspender terapêutica em doentes com resposta clínica favorável, mas toxicidade farmacológica, permanece um desafio clínico.

Caso clínico: Mulher de 81 anos, autónoma, com diagnóstico de asma alérgica. Seguida em consulta de pneumologia por quadro de tosse produtiva com expectoração mucopurulenta e dispneia para pequenos esforços, com vários meses de evolução. A Tomografia Computorizada (TC) de Tórax evidenciou densificações peribrônquicas predominantes no lobo superior esquerdo e língula, associadas a bronquiectasias periféricas e sinais inflamatórios inespecíficos. Para esclarecimento do quadro clínico e achados em TC de Tórax, realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar, com isolamento de *Aspergillus fumigatus* e *Aspergillus terreus*. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios. IgE total, IgE específica e precipitinas

para *Aspergillus* sem alterações. Perante o quadro clínico, imagiológico e microbiológico, foi assumido o diagnóstico de APC e iniciada terapêutica com itraconazol, com melhoria clínica e resolução quase completa das alterações imagiológicas aos três meses. Ao terceiro mês de tratamento desenvolveu vômitos persistentes com elevação ligeira das transaminases. Apesar da otimização de medidas para melhoria da tolerabilidade, manteve sintomatologia, pelo que, após quatro meses de terapêutica e perante estabilidade clínica e imagiológica, optou-se por suspensão terapêutica, com resolução dos efeitos adversos. A TC de Tórax de controlo após suspensão manteve estabilidade imagiológica.

Conclusão: Este caso evidencia a complexidade do tratamento da APC, particularmente no equilíbrio entre eficácia e toxicidade. Em doentes com resposta favorável, mas efeitos adversos relevantes, a suspensão precoce da terapêutica pode ser considerada, desde que acompanhada de vigilância clínica e imagiológica rigorosa. Reforça-se a necessidade de individualização terapêutica e a ausência de critérios rígidos para a duração ótima do tratamento.

**Palavras-Chave:** Aspergilose, Itraconazol, Brocofibroscopia, Toxicidade

### 67. Estenose brônquica pós-tuberculose: quando a terapêutica endoscópica complica

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

ULS Santa Maria

Introdução: A estenose traqueobrônquica benigna constitui uma causa relevante de morbilidade respiratória, podendo associar-se a infeções respiratórias de repetição, dispneia e compromisso funcional significativo. A abordagem endoscópica, nomeadamente através de broncoscopia rígida com dilatação e eventual colocação de prótese, representa frequentemente a primeira linha terapêutica. Contudo, estes procedimentos não estão isentos de complicações, colocando desafios importantes na decisão terapêutica e eventual necessidade de abordagem cirúrgica.

Caso Clínico: Mulher de 67 anos, não fumadora, com antecedentes de tuberculose pulmonar, seguida em consulta de pneumologia por estenose proximal crítica do brônquio principal esquerdo (BPE) sequelar, com uma extensão de 13 mm, apresentando lúmen residual inferior a 3 mm. Clinicamente com tosse produtiva crónica e dispneia para médios esforços, coexistindo compromisso da drenagem pulmonar esquerda e infeções respiratórias de repetição. Neste contexto, foi proposta para abordagem endoscópica. Realizou broncoscopia rígida com tentativa de dilatação e colocação de prótese, sem sucesso, tendo sido identificada estenose crítica (~99%) à entrada do BPE. Após três meses, foi efetuada nova tentativa de dilatação, complicada de laceração do BPE. A Tomografia Computorizada (TC) de Tórax com contraste revelou solução de continuidade da parede posterior do BPE, confirmando laceração brônquica, associada a pneumomediastino moderado de predomínio posterior. A doente iniciou antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam permanecendo sob vigilância clínica e imagiológica. A reavaliação subsequente por TC de Tórax demonstrou resolução do pneumomediastino e das áreas hemorrágicas, com evolução clínica favorável.

Conclusão: A abordagem endoscópica das estenoses complexas pós-tuberculose constitui frequentemente um desafio técnico.

Embora eficazes, os procedimentos de dilatação brônquica podem associar-se a complicações graves, como laceração da via aérea, hemorragia e pneumomediastino. Este caso reforça a importância da avaliação individualizada do risco-benefício destas intervenções, bem como da discussão multidisciplinar precoce de estratégias alternativas, incluindo eventual abordagem cirúrgica, em doentes com anatomia desfavorável ou falência terapêutica endoscópica.

**Palavras-Chave:** Estenose; Tuberculose; Dilatação; Pneumomediastino

### 68. When Heart “Bleeds into the Lungs”: Two Clinical Cases of Diffuse Alveolar Hemorrhage

*L Lopes, PG Ferreira*

ULS Coimbra

**Introduction:** Diffuse alveolar hemorrhage (DAH) may occur secondary to left-sided heart disease with group 2 pulmonary hypertension, particularly in the presence of chronic anticoagulation. We report two cases of DAH in anticoagulated patients with left heart -related pulmonary hypertension, after exclusion of other alternative causes.

**Case 1:** A 50-year-old man with non-ischemic dilated cardiomyopathy due to a TTN mutation, severe biventricular systolic dysfunction, and group 2 pulmonary hypertension, chronically anticoagulated with apixaban for atrial fibrillation, presented with hemoptysis. He had no smoking history, toxic exposures, or autoimmune disease. Chest computed tomography (CT) demonstrated multifocal ground-glass opacities with areas of hyperattenuation, some nodular with central solid components, associated with smooth interlobular septal thickening, predominantly in the lower lobes. Bronchoscopy with bronchoalveolar lavage (BAL) revealed progressively hemorrhagic aliquots, confirming DAH. Autoimmune evaluation, including ANCA, anti-glomerular basement membrane antibodies, and antiphospholipid syndrome serologies, was negative. Extensive microbiological studies were also negative. Follow-up CT after three weeks showed spontaneous partial radiological improvement.

**Case 2:** A 73-year-old former smoker, anticoagulated with apixaban for atrial fibrillation, presented with recurrent blood-tinged sputum and intermittent small-volume hemoptysis since 2021. Multiple emergency department visits documented migratory pulmonary consolidations without inflammatory marker elevation or microbiological identification. Past medical history included obesity, hypertension, dyslipidemia, hyperuricemia, preserved left ventricular ejection fraction, and mild valvular disease. Chest CT revealed residual peribronchovascular ground-glass opacities in the right upper lobe. Bronchoscopy showed no endobronchial abnormalities, while BAL confirmed DAH. Autoimmune and microbiological investigations were negative.

**Conclusion:** Left-sided heart disease with secondary pulmonary hypertension, particularly in the setting of chronic anticoagulation, should be recognized as a potential cause of DAH. Awareness of this association may facilitate timely diagnosis, avoid unnecessary investigations, and support appropriate management.

**Palavras-Chave:** Diffuse alveolar hemorrhage, pulmonary hypertension, left-sided heart disease,

### 69. “Beyond Myositis”: Fibrotic UIP Pattern in Anti-Ku–Associated CTD

*L Lopes, PG Ferreira*

ULS Coimbra

**Introduction:** Anti-Ku–associated connective tissue disease is a rare overlap syndrome that may involve the lungs, occasionally presenting with a fibrotic UIP pattern. Recognition of ILD in this context is essential for timely diagnosis and management.

**Case:** A 73-year-old patient has been followed in the Rheumatology outpatient clinic since 2014 for a systemic autoimmune rheumatic disease characterized by myositis, polyarthritis, Raynaud’s phenomenon, sclerodactyly, and perioral skin sclerosis. Laboratory evaluation revealed lymphopenia, normal anti-dsDNA levels, and strongly positive anti-Ku antibodies. Lupus anticoagulant, anti-CCP antibodies and LAC antibodies were within normal limits. Based on these findings, a diagnosis of anti-Ku syndrome was established. The patient has been treated with hydroxychloroquine 400 mg/day. He was a never-smoker and reported mild exertional dyspnea (mMRC grade 1), without cough. Physical examination revealed bilateral basal inspiratory crackles, with preserved resting oxygen saturation. Chest radiography showed a basal-predominant reticular interstitial pattern with lung volume loss; retrospective review identified subtle interstitial abnormalities as early as 2016. High-resolution computed tomography (HRCT) performed in 2025 demonstrated a definite usual interstitial pneumonia (UIP) pattern, according to ATS/ERS criteria, including peripheral, basal-predominant reticulation with architectural distortion. Pulmonary function testing showed preserved airflow (FVC 78% predicted). A diagnosis of connective tissue disease–associated interstitial lung disease (CTD-ILD) with a UIP pattern, secondary to anti-Ku syndrome, was established. Treatment with mycophenolate mofetil was initiated and up-titrated to 2g/day, in combination with low-dose prednisolone. Also, given the morphological pattern, disease severity and the dominant systemic sclerosis component, nintedanib was also initiated in combination.

**Conclusion:** This case illustrates anti-Ku–associated CTD as a rare cause of fibrotic ILD with a UIP pattern. Early detection using standardized HRCT criteria is crucial to guide prognosis and optimize immunosuppressive and antifibrotic therapy.

**Palavras-Chave:** Anti-Ku, fibrotic UIP pattern, autoimmune rheumatic disease

### 70. Caracterização e evolução clínica de doentes submetidos a traqueostomia por desmame ventilatório difícil

*L Roseta, P Viegas, S Ferreira, C Nogueira*

Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

**Introdução e objetivo:** A traqueostomia é utilizada no desmame ventilatório difícil ou prolongado. Caracterizar a evolução hospitalar e pós-alta pode identificar necessidades de seguimento e suporte respiratório.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de doentes traqueostomizados em UCI durante 4 anos por desmame ventilatório difícil estabelecido ou antecipado, excluindo outras indicações e ausência de seguimento. Recolheram-se dados demográficos, clínicos e desfechos hospitalares/pós-alta.

Resultados: Foram incluídos 133 doentes, com mediana de idade de 64 anos [Q1-Q3 53-74] e predomínio do sexo masculino (70,7%). Os principais motivos de internamento foram patologia neurológica (44,4%) e doença respiratória (24,8%). As comorbilidades mais frequentes foram insuficiência cardíaca (18,8%), DPOC (13,5%) e obesidade (10,5%).

O APACHE II e SAPS II medianos foram 23 [18-27] e 50 [40-60]. A traqueostomia foi percutânea em 56,4%, com mediana de 13 dias [8-20] desde a intubação.

A mediana global sob traqueostomia foi 28,5 dias [16,8-54,0]; 45,1% foram descanulados durante o internamento, 44,4% faleceram traqueostomizados e 10,5% tiveram alta com traqueostomia.

A mortalidade hospitalar foi 49,6%, com 47 óbitos ocorridos em enfermaria. Entre os sobreviventes, a mortalidade a 1 ano foi 26,9%, superior nos doentes com alta com traqueostomia (50,0% vs 20,8%;  $p=0,042$ ). O reinternamento respiratório no primeiro ano ocorreu em 24,2%, sendo numericamente mais frequente nos doentes com alta com traqueostomia (42,9% vs 19,2%;  $p=0,085$ ).

A VNI foi utilizada no apoio ao desmame ventilatório em 26,3% doentes; 12,0% mantiveram necessidade de VNI na fase subsequente e 4 doentes permaneciam sob VNI no último seguimento. Complicações tardias relacionadas com a traqueostomia ocorreram em 5 sobreviventes. No final do seguimento disponível, 15,8% dos doentes permaneciam vivos. O tempo mediano traqueostomia-morte foi 23 dias [10-52] nos óbitos hospitalares e 684 [160-2254] após alta.

Conclusão: Nesta coorte, a traqueostomia associou-se a elevada mortalidade hospitalar e a um percurso de desmame complexo. Entre os sobreviventes, a alta com traqueostomia associou-se a maior mortalidade a 1 ano e tendência para mais reinternamentos respiratórios, identificando um subgrupo com maior vulnerabilidade pós-alta e necessidade de seguimento estruturado.

**Palavras-Chave:** Desmame ventilatório difícil; Traqueostomia

### 71. Pneumonia oportunista após transplante pulmonar: o papel da anatomia brônquica pós-cirúrgica

L Roseta, T Sá, N Fernandes, S Campinha

Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

Introdução: A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (PJP) em transplantados pulmonares associa-se a elevada morbilidade e manifesta-se tipicamente na TC por opacidades bilaterais difusas em vidro despolido (VD). No entanto, em doentes com complicações brônquicas pós-cirúrgicas, podem observar-se padrões radiológicos atípicos.

Caso Clínico: Homem de 58 anos, submetido a transplante bipulmonar 3 anos antes por suberose, sob tacrolimus, micofenolato de mofetil, prednisolona, com enxertos normofuncionantes. Sob profilaxia com cotrimoxazol, valganciclovir e anfotericina B inalada. Apresentava previamente isolamento brônquico de *A. fumigatus*, tratado com voriconazol, e estenose da anastomose brônquica direita, com malácia associada, envolvendo o tronco intermédio (TI) e brônquio lobar médio, submetida a várias dilatações e prótese endobrônquica. Recorreu ao SU por quadro de dispneia progressiva, mialgias, febre e hipoxemia, com aumento dos parâmetros inflamatórios. A TC torácica revelou

extensas alterações em VD, com envolvimento completo dos lobos esquerdos e do lobo superior direito, poupando quase na totalidade os lobos médio e inferior direito. A broncofibroscopia confirmou redução do calibre do TI, impedindo a progressão do broncofibroscópio. A pesquisa molecular de *P. jirovecii* no LBA foi inconclusiva; o restante estudo etiológico, incluindo culturas, painel viral, galactomanano no LBA e DNA sérico de CMV, foi negativo. Perante o contexto clínico-radiológico e ausência de etiologia alternativa, foi assumido o diagnóstico de pneumonia oportunista presumida compatível com PJP, tendo iniciado cotrimoxazol em dose terapêutica e corticoterapia adjuvante. O doente evoluiu para ARDS grave, necessitando de ventilação mecânica invasiva e pronação. Apesar da melhoria do ponto de vista respiratório, a evolução foi fatal por complicação abdominal.

Conclusão: Este caso ilustra uma apresentação tomográfica invulgar de pneumonia oportunista presumida compatível com PJP em transplantado pulmonar sob profilaxia. A distribuição assimétrica das opacidades em VD poderá ter sido influenciada pela estenose do TI, sugerindo modulação regional da ventilação e consequente disseminação do agente infeccioso. Em transplantados pulmonares, padrões imagiológicos atípicos não devem excluir PJP quando há correlação clínico-broncoscópica.

**Palavras-Chave:** *Pneumocystis jirovecii*; transplante pulmonar; estenose brônquica

### 72. Consolidações pulmonares multifocais: febre Q como simulador de neoplasia

B Ângelo, C Barão, F Freitas, MI Nóbrega, T Custódio-Santos, P Pinto, P Monteiro

Unidade Local de Saúde - Hospital de Santa Maria

Introdução: A febre Q é uma zoonose causada por *Coxiella burnetii*, frequentemente com apresentação inespecífica e múltiplas manifestações clínicas, nomeadamente pulmonares. Por poder mimetizar doença neoplásica ou inflamatória, o diagnóstico pode ser exigente.

Caso clínico: Mulher de 57 anos, fumadora, com antecedentes de DPOC GOLD2A, dirigiu-se ao serviço de urgência por persistência de dispneia, tosse seca, febre e cansaço, após antibioterapia em ambulatório. À admissão, apresentava insuficiência respiratória global e aumento dos parâmetros inflamatórios. A TC torácica inicial identificou múltiplos nódulos pulmonares bilaterais, adenopatias mediastínicas e ligeiro derrame pleural direito, sugestivos de etiologia metastática. Com agudização infecciosa de DPOC por *Chlamydia pneumoniae* concomitante. No entanto, com agravamento dos parâmetros inflamatórios e persistência de insuficiência respiratória, apesar de antibioterapia dirigida. Realizou estudo para identificação de neoplasia primária, sem evidência da mesma. Nova angio-TC torácica revelou múltiplos focos de consolidação pulmonar periférica evolutivos, compatíveis com processo infeccioso/inflamatório, tornando a hipótese de neoplasia oculta pouco provável. O estudo etiológico revelou serologia para *Coxiella burnetii* com anticorpos IgM e IgG fases I e II positivos, compatível com febre Q aguda. A broncofibroscopia revelou secreções mucosas bilaterais, sem lesões endobrônquicas suspeitas. O lavado broncoalveolar foi negativo para agentes bacterianos, micológicos, micobacteriológicos e células neoplásicas. O estudo imunológico incluindo ANCA, ANA, anti-dsDNA, MPO e ECA, foi negativo e o ecocardiograma excluiu fonte de embolização

séptica. Após terapêutica dirigida verificou-se melhoria clínica, gasométrica e radiológica, permitindo suspensão da oxigenoterapia e alta com doxiciclina durante 21 dias. A TC torácica de reavaliação, em abril de 2025, demonstrou resolução completa das lesões nodulares pulmonares e do derrame pleural, confirmando a etiologia infecciosa.

Conclusão: Este caso apresenta a febre Q como diagnóstico diferencial perante alterações imagiológicas pulmonares sugestivas de neoplasia. A integração clínica, imagiológica e serológica foi essencial para estabelecer o diagnóstico e orientar a terapêutica adequada.

**Palavras-Chave:** Febre Q, neoplasia, consolidações pulmonares

### **73. Primary Malignant Melanoma of the Lung: A Persisting Diagnostic Dilemma**

*LF Mendes, AF Costa, DF Vieira, J Couto, DM Rodrigues, I Coutinho*  
ULS Coimbra

Introduction: Malignant melanoma is one of the deadliest forms of skin cancer and its incidence is rising worldwide. However, primary malignant melanoma of the lung is an extremely rare entity, accounting for approximately 0.01% of lung tumors. Diagnosis requires histological confirmation and strict exclusion of an extrapulmonary primary site. Its rarity and nonspecific presentation make early recognition challenging, with prognostic implications.

Description: A woman in her 50s, non-smoker, presented with pleuritic chest pain, asthenia, anorexia, and weight loss, with a recent history of respiratory infections refractory to antibiotics. Chest X-ray showed a right basal opacity, and computed tomography angiography revealed a right perihilar mass with pleural effusion. Fiberoptic bronchoscopy identified a vascularized endobronchial lesion. Histological and immunohistochemical analysis showed positivity for SOX10, HMB45, and Melan-A, consistent with melanoma. Positron emission tomography demonstrated a hypermetabolic lung lesion with hypermetabolic homolateral hilar and mediastinal lymph nodes with no other sites of involvement. Head computed tomography and magnetic resonance imaging were performed, showing no alterations suggestive of brain metastasis. Multidisciplinary evaluation (Dermatology, Ophthalmology, and Otorhinolaryngology) found no extrapulmonary primary lesion. Occult primary melanoma was assumed, although primary lung melanoma could not be excluded. The surgical team considered the tumor irresectable and immunotherapy with nivolumab and ipilimumab was initiated.

Conclusions: This case highlights an atypical presentation of melanoma involving the lung. Distinguishing primary lung melanoma from metastatic disease of unknown origin remains challenging and, presently, may not even be possible. As more cases are reported, better knowledge of this rare entity might lead to more appropriate management and better prognosis.

**Palavras-Chave:** Lung melanoma; Rare cancer; Differential diagnosis; Metastatic disease

### **74. PAUCISYMPTOMATIC PULMONARY ACTINOMICOSIS WITH WORSENING RADIOLOGY FINDINGS: A CASE REPORT**

*B Santos, B Cabrita, S Silva*

Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

Introduction: Actinomycosis is a chronic bacterial infection caused by *Actinomyces* spp., often presenting with an indolent course and nonspecific clinical and radiological features that may mimic malignancy, tuberculosis, or other granulomatous diseases. Pulmonary involvement accounts for approximately 15% of cases and is more common in middle-aged men, particularly smokers with poor oral hygiene. We report a rare case of a paucisymptomatic patient with pulmonary actinomycosis, with progressive radiology findings.

Case report: A 72-year-old male non-smoker with a four-week history of asthenia and productive cough was admitted to the emergency department and referred for Pulmonology consultation due to suspected active tuberculosis. His medical history included arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus. On admission, physical examination was unremarkable except for multiple dental caries. During consultation, he denied persistent cough, dyspnea, fever, or constitutional symptoms. Three sputum samples were negative, including for *Mycobacterium tuberculosis*. A thoracic computed tomography (CT) scan revealed areas of ground-glass opacity predominantly in the upper lobes adjacent to the pleura, associated with bronchiectasis. Centrilobular micronodules with a tree-in-bud pattern were also observed, predominantly in the basal regions. Further diagnostic evaluation with bronchoscopy and bronchoalveolar lavage (BAL) analysis revealed isolation of *Actinomyces* spp. As the patient was paucisymptomatic, clinical and radiological surveillance was maintained. Following radiological worsening, he was treated with oral amoxicillin. After six months, he reported significant improvement in nonspecific symptoms such as fatigue and cough (previously undervalued), as well as radiological improvement. He is currently completing a 12-month antibiotic regimen.

Conclusion: This case highlights pulmonary actinomycosis as a challenging diagnosis due to its heterogeneous and nonspecific clinical presentation, variable radiological findings, and difficulty in isolating the causative organism. These factors frequently lead to delayed diagnosis. Effective management relies on prolonged therapy with high-dose beta-lactam antibiotics, combined with clinical and radiological follow-up.

**Palavras-Chave:** Pulmonary Actinomycosis; Bronchoalveolar lavage; Chronic pulmonary infection

### **75. Longitudinal Pacemaker Monitoring Leading to Management of Sleep Apnea: A Clinical Case**

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

ULS Médio Tejo

Introduction: CIEDs with respiratory monitoring algorithms provide continuous physiologic data for long term surveillance of sleep disordered breathing and complement polysomnography (PSG). Evidence shows that CIED derived indices can track clinically relevant sleep apnea patterns over time (1). We report a case in which pacemaker alerts prompted re evaluation and guided management of exclusive positional obstructive sleep apnea (ePOSA).

Clinical Case: A 77 year old man, former smoker (20 pack years) with hypertension, dyslipidemia, sinus node disease, and atrial fibrillation was referred for sleep apnea assessment. Four years earlier, he had received a pacemaker with a transthoracic impedance respiratory monitoring algorithm. At first evaluation, he reported non restorative sleep and snoring, with an Epworth score of 3. The patient had a normal BMI and class 3 Mallampati. Initial Level I PSG demonstrated marked positional dependence, with an apnea-hypopnea index (AHI) of 49 events/hour in the supine position but a global AHI of 4.7 events/hour, consistent with ePOSA. Therefore, postural therapy and sleep hygiene measures were advised. Two years later, repeat PSG showed persistent ePOSA with partial reduction of supine AHI (25 events/hour). Meanwhile, pacemaker reports repeatedly flagged elevated respiratory disturbance, with 15% of nights showing an apnea and respiratory disturbance index >20 events/hour. This triggered a new PSG, which again showed a global AHI <5 events/hour. A later device report showed a further rise, with 29% of nights above threshold.

Given the discordance between PSG and CIED alerts, a trial of auto PAP (6–10 cmH<sub>2</sub>O) was initiated. The patient showed excellent adherence, residual AHI <1, a marked reduction in device alerts, and improved fatigue, previously underestimated. After two years, he remains on auto PAP with sustained clinical and device based improvement.

Conclusion: This case shows how CIED based respiratory monitoring can reveal clinically significant sleep disordered breathing that isolated PSG may underestimate. Continuous device derived surveillance offers a valuable longitudinal perspective that supports timely intervention and optimized treatment.

Citations: (1) Defaye P, et al. Heart Rhythm. 2014;11:842–848.

**Palavras-Chave:** ePOSA, pacemaker, monitoring, treatment

## 76. GET A WAY AND IN THE WAY. A CLINICAL CASE ADDRESSING ENDOBRONCHIAL STENTING CHALLENGES

M d'Almeida, NB Ferreira, A Nunes, IS Pereira, A Szantho; J Dionísio ULS Médio Tejo

Introduction: Endobronchial stents play a critical role in palliating symptomatic malignant central airway obstruction, with dyspnea improvement in most patients (1). Moreover, stenting can serve as a bridge to oncologic therapy. Paradoxically, successful tumor shrinkage can cause stent migration or malposition.

Clinical Case: A 62-year-old female, ECOG 1, with a 50 pack-year smoking history presented with persistent cough, fatigue, and weight loss over one month, followed by thoracic pain, dyspnea, memory impairment, and visual disturbances. Thoracic computed tomography (CT) revealed right upper lobe atelectasis secondary to bronchial occlusion, along with ipsilateral hilar and subcarinal lymphadenopathy. On flexible bronchoscopy, a hypervascular lesion was identified occluding the right upper lobe bronchus and causing 50% obstruction of the bronchus intermedius, while the distal bronchial tree appeared unaffected. Biopsy confirmed PD-L1 negative lung adenocarcinoma without actionable mutations. Brain MRI revealed multiple metastases, establishing TNM stage IVB, and corticosteroid therapy was initiated. Following multidisciplinary evaluation, whole-brain

radiotherapy, carboplatin plus pemetrexed, and immunotherapy were recommended. Concurrently, rigid bronchoscopy was performed to place a bronchial-carinal silicone stent, enabling right lung ventilation. After successful corticosteroid tapering, pembrolizumab was added at the third cycle of chemotherapy, followed by maintenance pemetrexed plus pembrolizumab. At three-month follow-up, imaging demonstrated partial response. However, flexible bronchoscopy raised concern for left main bronchus obstruction related to stent position. Rigid bronchoscopy was therefore performed, and the stent successfully removed.

Conclusion: This case illustrates an important success-related complication of endobronchial stenting. The stent served as a bridge to multimodal therapy, and partial response allowed its removal while maintaining airway patency.

Citations: (1) Simoff, Michael J., et al. "Symptom management in patients with lung cancer: diagnosis and management of lung cancer: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines." Chest 143.5 (2013): e455S-e497S.

**Palavras-Chave:** Endobronchial stent. Adenocarcinoma.

## 77. Insuficiência Respiratória na Infecção por Vírus Sincicial Respiratório: Caracterização de Adultos Hospitalizados

B Maio, MO Ramos, J Montês, M Ribeiro, C Braço Forte, M Grafino, S Tello Furtado

Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A infecção por Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é cada vez mais reconhecida como causa de morbidade e mortalidade no adulto. A insuficiência respiratória (IR) é um dos principais motivos de internamento, sendo fundamental identificar os seus determinantes para estratificação precoce de risco.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo incluindo doentes com infecção por VSR, internados no Hospital da Luz Lisboa entre Novembro/2022 e Fevereiro/2025. Analisadas variáveis demográficas, clínicas, laboratoriais, gasimétricas, imagiológicas, tipo de suporte ventilatório e outcomes. Definiu-se IR como PaO<sub>2</sub><60 mmHg. Compararam-se grupos com e sem IR e os seus subtipos 1 e 2 (p<0,05).

Resultados: Incluídos 42 doentes, com mediana de idade de 82 anos, 24 (57,1%) do sexo feminino. Desses, 28 doentes (66,7%) apresentaram IR, com mediana de idade de 80 anos e igual distribuição por sexo. O rácio PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> mediano foi 228 mmHg, com rácio grave (<200) em 18%, necessidade de ventilação não invasiva (VNI) em 11% e ventilação mecânica invasiva (VMI) em 7%. Os doentes com IR apresentaram maior prevalência de tabagismo ativo ou prévio (50,0%vs14,3%; p=0,025), PCR na admissão mais elevada (mediana 6,4 vs. 3,7 mg/dL; p=0,013) e maior taxa de sobreinfecção bacteriana (78,6%vs21,4%; p<0,001). Todos os óbitos (n=4) e admissões em UCI (n=6) ocorreram neste grupo. Não se verificaram diferenças relevantes nas comorbilidades avaliadas ou na prevalência de alterações agudas em TC de tórax. A duração mediana de internamento foi de 7 dias nos doentes com IR (vs 5 dias; p=0,133). A IR tipo 2 (n=9) associou-se a idade mais avançada (86vs76 anos), maior prevalência de DPOC (55,6%vs15,8%), sobreinfecção (100%vs68,4%), mortalidade (22,2%vs10,5%), uso de VNI (22,2% vs. 5,3%) e VMI (11,1%vs5,3%) e internamento

mais prolongado (mediana 8vs6 dias), sem significância estatística ( $p>0,05$ ). Nenhum doente estava vacinado contra o VSR.

Conclusão: O tabagismo, PCR elevada e sobreinfecção bacteriana associaram-se significativamente ao desenvolvimento de IR na infecção por VSR. A IR tipo 2 identificou um subgrupo com tendência para pior prognóstico, sem significância estatística (reduzida dimensão amostral). Estes resultados reforçam a importância da identificação precoce de risco e de estratégias preventivas, incluindo cessação tabágica e vacinação.

**Palavras-Chave:** Vírus Sincicial Respiratório; Insuficiência Respiratória

### 78. Para além da deformidade: Disfunção Ventilatória na Cifoescoliose

B Maio, MO Ramos, J Montês, M Ribeiro, C Braço Forte, M Grafino, S Tello Furtado

Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A cifoscoliose grave determina restrição progressiva da mecânica ventilatória, podendo culminar em insuficiência respiratória (IR) global crónica de instalação insidiosa. Apresentam-se dois casos ilustrativos desta associação e dos seus desafios diagnósticos e terapêuticos.

Casos Clínicos: Homem, 75 anos, não fumador, com cifoscoliose torácica grave em contexto de Mal de Pott. Internado por insuficiência cardíaca descompensada por fibrilhação auricular de novo. Na admissão documentada IR global com acidemia respiratória: gasimetria (GSA) ( $\text{FiO}_2$  21%): pH 7,17/ $\text{pCO}_2$  96 mmHg/ $\text{pO}_2$  59 mmHg/ $\text{HCO}_3$  39,5 mEq/L. AngioTC tórax revelou exuberante cifose torácica, deformação torácica marcada, ectasia da artéria pulmonar (32 mm) e padrão em mosaico. Ecocardiograma confirmou hipertensão pulmonar (PSAP 88 mmHg). Admitida IR global crónica agudizada, previamente não conhecida, secundária à deformidade torácica. Iniciou BiPAP contínuo (IPAP/EPAP 16/6 cmH<sub>2</sub>O;FR 16 cpm) e oxigenoterapia adjuvante, com melhoria gasimétrica: alta com normalização de pH e  $\text{pCO}_2$  49 mmHg, mantendo indicação de ventiloterapia noturna e oxigenoterapia adjuvante. Em ambulatório, confirmada restrição ventilatória moderada: FEV1 27,6% (z-score -3,71) FEV1/FVC 77,97%; TLC 45,4% (z-score -5,22).

Mulher, 63 anos, não fumadora, natural do Brasil, de férias em Portugal, com cifoscoliose torácica grave. Recorreu ao serviço de urgência por agravamento progressivo de cansaço, sonolência diurna e dispneia. À admissão GSA ( $\text{FiO}_2$  21%) com IR global: pH 7,35/ $\text{pCO}_2$  74 mmHg/ $\text{pO}_2$  35 mmHg/ $\text{HCO}_3$  40,9 mEq/L. TC tórax evidenciou exuberante escoliose dorsal, menor expansão do campo pulmonar direito e proclividade da artéria pulmonar (30 mm). Assumida IR global crónica agudizada, previamente não conhecida, no contexto de cifoescoliose, provavelmente precipitada pela viagem. Iniciou VNI (IPAP/EPAP 16/5 cmH<sub>2</sub>O;FR 16 cpm) e oxigenoterapia, com melhoria clínica e gasimétrica ( $\text{pCO}_2$  58 mmHg). Optimizada terapêutica para retorno em segurança ao país de origem.

Conclusão: Estes casos ilustram o impacto da cifoscoliose grave na ventilação, podendo determinar IR global crónica, identificada apenas em agudização. Salienta-se a necessidade de valorização de deformidades torácicas graves com caracterização funcional respiratória, permitindo diagnóstico e intervenção atempados.

**Palavras-Chave:** Insuficiência Respiratória; Hipercápnia; Cifoescoliose

### 79. Pneumocistose em doentes imunocomprometidos: estudo retrospectivo do nosso centro

M Bandeira, N Caires, M Castanho, F Todo Bom

Hospital Beatriz Ângelo

INTRODUÇÃO

A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* é uma infecção respiratória oportunista em doentes imunocomprometidos, verificando-se aumento da sua prevalência nas últimas décadas, em doentes não infetados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH).

Objectivo: Comparar características clínicas e evolução de doentes com pneumocistose, com e sem infecção VIH.

Métodos: Estudo observacional, retrospectivo e comparativo de doentes internados no nosso centro com diagnóstico confirmado de pneumocistose por método PCR, entre janeiro de 2020 e abril de 2025. Foram analisados dados demográficos, apresentação clínica e imagiológica, terapêutica instituída, evolução para insuficiência respiratória e mortalidade.

Resultados: Incluíram-se 42 doentes, dos 30 aos 81 anos, sendo que 26 (61,9%) tinham infecção VIH e 28 eram homens (66,7%). A mediana de idades foi 48 e 66 anos nos grupos com e sem VIH, respetivamente. Todos os doentes sem VIH tinham pelo menos uma comorbidade além da terapêutica imunossupressora realizada, como quimioterapia citotóxica (n=6), enquanto 14 doentes com infecção VIH (53,8%), não tinham outras doenças conhecidas.

No grupo VIH predominaram quadros insidiosos (n=21) associados a perda ponderal (n=12). No grupo sem VIH predominou sintomatologia respiratória aguda (n=15). A apresentação radiológica foi semelhante entre grupos ( $p>0,05$ ), assim como a evolução para insuficiência respiratória hipoxémica (87,5% sem VIH vs 80,8% com VIH).

A admissão em UCI foi mais frequente nos doentes sem VIH (50% vs 30,8%), bem como a necessidade de ventilação não invasiva/oxigénio de alto fluxo (50% vs 15,4%) e ventilação mecânica invasiva (37,5% vs 11,5%), com uma maior mortalidade no grupo sem infecção VIH, estatisticamente significativa ( $p<0,01$ ). A mediana de internamento foi superior neste grupo (19 vs 16 dias).

Utilizou-se a associação trimetoprim-sulfametoxazol e corticoterapia em 33 doentes (78,6%), com necessidade de mudança para atovaquona em 5 casos, por reações adversas. Apenas um doente com VIH realizava profilaxia prévia.

Conclusão: Os doentes não portadores VIH, têm idade mais avançada, mais comorbidades, além da imunossupressão que caracteriza este grupo, o que lhes confere um pior prognóstico. Não há consenso sobre o benefício da corticoterapia neste grupo e as diretrizes para profilaxia são insuficientes.

**Palavras-Chave:** Pneumocistose; não VIH; VIH

### 80. Terapêutica Biológica na Aspergilose Broncopulmonar Alérgica – Dados Reais

AM Mestre, MJ Lúcio, CI Guimarães, A Mendes, C Lopes, JM Correia HEM - ULSLO

Introdução: A Aspergilose Broncopulmonar Alérgica (ABPA) é causada por uma reação de hipersensibilidade ao *Aspergillus fumigatus* que coloniza as vias aéreas. O tratamento baseia-se na

corticoterapia oral (OCS) e/ou antifúngico, apresentando elevada taxa de recorrência (~50%). Os biológicos têm demonstrado eficácia na doença refratária ou na intolerância.

**Objetivos:** Avaliar o papel dos biológicos no controlo da ABPA, redução dos OCS e na função pulmonar num grupo de doentes acompanhados numa Unidade de Asma Grave em Portugal.

**Métodos:** Análise retrospectiva de uma coorte de 12 doentes com ABPA sob biológico durante o ano de 2025. Os dados foram recolhidos antes e após 12 meses de tratamento. Avaliaram-se os níveis de eosinófilos periféricos, IgE total, óxido nítrico exalado (FeNO), dose de OCS e função pulmonar (FEV1 e FVC). **Resultados:** Na amostra (N=12) predominavam as mulheres (N=7; 58,3%) e a idade média foi de 57 anos. Na sua maioria eram não fumadores (N=9; 75%) com o diagnóstico de asma grave em 92% (N=11). Todos eles eram corticodependentes com exacerbações frequentes. Sete estavam sob Mepolizumab, 4 sob Benralizumab e 1 sob Omalizumab. Observou-se uma redução da eosinofilia periférica (685 para 115,8 células/μL; p=0,016) e do FeNO (76,67 para 21,08 ppb; p=0,0005) ambas estatisticamente significativas. Verificou-se ainda diminuição de OCS de 86,2% (12,08 para 1,67 mg/dia; p=0,0005), com 75% dos doentes a atingirem desmame completo ou doses < 5mg/dia. Relativamente à função pulmonar, obteve-se um ganho significativo no FEV1 (+14,05%; p<0,001) e na FVC (+8,5%; p<0,001). A IgE total não apresentou redução significativa (p=0,438), refletindo a farmacodinâmica de alguns biológicos. Quanto às exacerbações em 10 dos 12 doentes observou-se redução na sua frequência, embora sem significância estatística (p=0,096) devido ao reduzido tamanho da amostra.

**Conclusão:** A terapêutica biológica demonstrou elevada eficácia na redução da inflamação do tipo 2, destacando-se como poupador de corticoides. Embora a redução das exacerbações não tenha atingido significância estatística, observou-se um benefício clínico relevante. Estes resultados reforçam o papel dos biológicos como estratégia segura e eficaz no controlo da aspergilose broncopulmonar alérgica embora análises com amostras maiores sejam necessárias.

**Palavras-Chave:** ABPA; Biológicos

### 81. Síndrome de Pseudo Meigs: Uma causa rara de derrame pleural

M Almeida, S Botelho Teixeira, M Lagarto, S Freitas, J Cemlyn-Jones, P Lopes

ULS Coimbra

**Introdução:** A Síndrome de Pseudo Meigs caracteriza-se pela tríade de derrame pleural (70% direito, 15% esquerdo, 15% bilateral) ascite e um tumor benigno do ovário, como os teratomas. **Descrição:** Doente do sexo feminino, 68 anos, com antecedentes de asma e ex-fumadora, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia em agravamento devido a derrame pleural esquerdo. Nos 3 meses prévios, foi observada por infeções respiratórias de repetição cumprindo vários ciclos de antibioterapia, sem melhoria. Realizou TC torácica 1 mês antes, sendo identificada fina lâmina de derrame pleural bilateral. Por agravamento dos sintomas foi reavaliada mantendo derrame pleural, mas mais volumoso à esquerda sendo medicada com terapêutica diurética. No SU, foi realizada toracocentese diagnóstica cuja citologia foi negativa para células neoplásicas e a doente internada para estudo etiológico. Durante o internamento, foi submetida

a toracocentese diagnóstica e evacuadora, cuja citologia foi semelhante à anterior. Dos exames complementares destacam-se, marcadores tumorais associados a tumores ováricos positivos, bem como a CA-125 aumentada (108 U/ml). É de realçar ainda uma TC toracoabdominopélvica que identificou uma pequena lâmina de derrame no fundo de saco de Douglas e no anexo esquerdo uma imagem lobulada, resultante de três formações arredondadas confluentes constituídas essencialmente por gordura macroscópica, com algum componente de tecidos moles, medindo na globalidade 95 x 42 x 74 mm, sugestivo de teratoma. Foi realizada ecografia ginecológica que confirmou a presença de um teratoma quístico e pequena quantidade de líquido ascítico livre no fundo de saco de Douglas. Dada a suspeita elevada de Síndrome de Pseudo Meigs, o caso foi discutido com a Ginecologia e a doente submetida a anexectomia bilateral. À data de submissão, ainda não foi reavaliada em consulta. **Conclusão:** Este caso clínico aborda uma causa rara de derrame pleural. Esta causa é um desafio diagnóstico, devendo existir suspeita quando doentes do sexo feminino se apresentam com derrame pleural e ascite, porém com citologias do líquido pleural negativas para células neoplásicas. O caso desta doente foi mais desafiante, dada a ausência de sinais clínicos de ascite e um derrame pleural esquerdo.

**Palavras-Chave:** Derrame Pleural, Síndrome de Pseudo-Meigs, Teratoma ovárico

### 82. Manifestações pulmonares na esclerose sistémica: análise retrospectiva de uma série de casos

ML Silva,, JP Macedo, LS Silva, AL Trigueira, JP Pinto, Lucía Mendez, FT Lopes, JC Costa, J Ferreira

ULS Entre Douro e Vouga

**Introdução:** A esclerose sistémica (ES) é uma doença autoimune, em que o envolvimento pulmonar é frequente e constitui a principal causa de mortalidade.

**Objetivos:** Caracterizar as manifestações clínicas, laboratoriais, imagiológicas, funcionais respiratórias e o perfil terapêutico de uma coorte de doentes com ES e envolvimento pulmonar.

**Métodos:** Série de casos retrospectiva de sete doentes com diagnóstico de ES e envolvimento pulmonar, acompanhados entre janeiro de 2019 e maio de 2026 na Consulta de Pneumologia do Hospital de São Sebastião. Analisaram-se características demográficas, perfil de autoanticorpo, padrão na TC-AR, provas de função respiratória (PFR), ecocardiograma, cateterismo cardíaco direito e esquemas terapêuticos.

**Resultados:** A amostra incluiu 6 doentes do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com média de idades de 61,7 anos (mínimo 48 anos; máximo 77 anos); tendo-se registado 1 óbito no período analisado. No perfil imunológico, os anticorpos antinucleares (ANA) foram positivos na maioria dos doentes; 4 apresentaram positividade para anti-Scl-70, 1 para anti-centrómero e 1 para anti-SSA. Na TC-AR, o padrão de pneumonia intersticial não específica (NSIP) foi identificado em 5 doentes e o de pneumonia intersticial comum (UIP) em 2. Nas PFR, evidenciou-se padrão restritivo em 3 doentes e padrão normal em 4. Verificou-se HTP em 3 doentes, dos quais 2 por suspeita ecocardiográfica e 1 com confirmação por cateterismo cardíaco direito. Relativamente à terapêutica, 6 doentes iniciaram micofenolato de mofetil, sendo que 1 suspendeu por efeitos adversos (EA), 4 nintedanib (2 suspenderam por EA), 4 prednisolona (2 descontinuíam após

cumprir protocolo), 2 tocilizumab, 2 rituximab e 1 azatioprina (suspensão por EA). Verificou-se o recurso a estratégias combinadas na maioria dos indivíduos.

Conclusões: Nesta série de casos, o envolvimento pulmonar na ES caracterizou-se pelo predomínio do sexo feminino, do padrão NSIP e do anticorpo anti-Scl-70. O perfil terapêutico reflete a complexidade da doença, com uma utilização expressiva de agentes imunossuppressores, biológicos e terapêutica antifibrótica, sendo que ao longo do período analisado, houve necessidade de ajuste ou suspensão por intolerância ou por mudança de estratégia terapêutica em casos selecionados.

**Palavras-Chave:** Esclerose sistêmica; Doença pulmonar intersticial; NSIP.

### 83. Cavitação Pulmonar por Tromboembolismo Venoso: as consequências da esclerose de varizes

ML Silva, JP Pinto, JP Macedo, AL Trigueira, LS Silva, R Gomes, JC Costa, J Ferreira

ULS Entre Douro e Vouga

Introdução: O enfarte pulmonar é uma complicação isquémica do tromboembolismo pulmonar (TEP), ocorrendo geralmente em áreas com compromisso da circulação colateral. Em casos raros, a zona enfartada pode sofrer necrose central e cavitação, mimetizando um abscesso pulmonar primário.

Caso Clínico: Apresentamos um caso de uma doente do sexo feminino, com 64 anos, profissional de saúde, com antecedentes de múltiplas infeções respiratórias recentes tratadas com vários ciclos de antibioterapia. Recorreu ao serviço de urgência por dor torácica pleurítica intensa à direita e tosse purulenta, com má resposta a antibioterapia prévia por suspeita de pneumonia. Dos antecedentes, destacava-se a realização de esclerose de varizes superficiais no mês anterior. À admissão, apresentava hipoxemia, PCR 178,4 mg/L e D-dímeros elevados (3311 ng/mL). A Angio-TC torácica revelou TEP bilateral, com oclusão da artéria lobar inferior direita, associada a uma condensação de 40 mm com imagem hidroaérea cavitada no mesmo lobo. A investigação etiológica por eco-doppler identificou trombose venosa profunda (TVP) em ramos gemelares do membro inferior intervencionado, estabelecendo-se a relação causal: TVP pós-esclerose seguida de TEP e enfarte pulmonar com subsequente liquefação e sobreinfeção da área necrótica. O estudo de trombofilias e autoimunidade foi negativo. O isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* no esputo corroborou a infeção de uma lesão estrutural prévia. A doente cumpriu 3 semanas de piperacilina/tazobactam e iniciou hipocoagulação com apixabano, apresentando melhoria clínica, analítica e radiológica.

Conclusões: Este caso ilustra uma complicação vascular major com manifestação pulmonar atípica após esclerose de varizes. A sequência entre a esclerose de varizes, a TVP silenciosa e o subsequente enfarte pulmonar cavitado reforça a importância de um elevado índice de suspeição clínica perante opacidades pulmonares refratárias ao tratamento convencional. O enfarte pulmonar ocorre em cerca de 10% dos casos de TEP, podendo evoluir para necrose e cavitação. A sobreinfeção destas lesões, embora rara, pode mimetizar um abscesso pulmonar primário. O reconhecimento da sobreinfeção foi determinante para a estratégia terapêutica e para o prognóstico favorável da doente.

**Palavras-Chave:** Enfarte Pulmonar; Cavitação; Tromboembolismo Venoso.

### 84. Quando a duplicação de exames salva uma vida

MI Fonseca, PV Almeida, B Rodrigues

ULS Região de Aveiro

Introdução: A doença pulmonar crónica, o tabagismo e a exposição ocupacional são fatores de risco para neoplasia pulmonar. O carcinoma neuroendócrino de grandes células (LCNEC) é raro, e representa cerca de 3% das neoplasias pulmonares. O LCNEC combinado caracteriza-se pela coexistência de adenocarcinoma, carcinoma de células escamosas ou carcinoma pleomórfico.

Caso Clínico: Homem de 57 anos, pintor da construção civil, como antecedentes pessoais tuberculose, DPOC, enfisema e bronquiectasias. Fumador com CT de 69 UMA. Encaminhado para a consulta de Pneumologia por exacerbações frequentes de DPOC, com expectoração mucopurulenta, uso recorrente de antibioterapia, e 2 episódios de expectoração hemoptoica. Dos exames solicitados na primeira consulta destaca-se analiticamente hemoglobina 13,6g/dL, leucitose à custa de eosinofilia ( $5,8 \times 10^9$ ), sem aumento de parâmetros inflamatórios, alfa 1 antitripsina e velocidade de sedimentação dentro dos valores normais; exame microbiológico da expectoração evidenciou colonização por *H. influenzae*; provas de função respiratória com obstrução grave (FEV1 30%); e TC tórax a revelar enfisema de predomínio lobar superior, bronquiectasias com espessamento das paredes a condicionar distorção do parênquima em todos os lobos direitos, e densificação do parênquima envolvente, quer em vidro despolido, quer com alguma micronodularidade, no lobo superior direito, formações ganglionares mediastínicas. Dadas as alterações, repetiu TC-tórax após 3 meses, com presença de lesão espiculada no lobo inferior esquerdo de novo. Por engano, feita nova TC-tórax 15 dias depois, que mostrou rápida progressão da lesão, de 15mm para 100mm. Adicionalmente, uma formação lobulada, justa-hilar, de provável natureza tumoral, a condicionar obstrução brônquica. Internado eletivamente, feita biópsia transtorácica, e videobroncoscopia com lesão neoformativa visível que foi biopsada. O resultado histológico revelou LCNEC combinado com carcinoma de não pequenas células, estadio IIB. Referenciado à cirurgia torácica, fez quimioterapia e lobectomia inferior esquerda.

Conclusão: O LCNEC combinado com carcinoma de não pequenas células é um subtipo raro e agressivo, com elevada taxa de metastização e prognóstico muito reservado. Este caso ilustra como lesões pulmonares mesmo em doentes sob vigilância apertada podem progredir rapidamente.

**Palavras-Chave:** carcinoma neuroendócrino de grandes células combinado; carcinoma de não pequenas células; DPOC; tabagismo

### 85. Reescrevendo o prognóstico: a revolução dos Inibidores da Tirosina Cinase nos doentes com rearranjo do gene ALK no cancro do pulmão – estudo de vida real na ULS de Coimbra

MN Pinho, DM Silva, DM Rodrigues

FMUC

Introdução: Cerca de 5% do Cancro do Pulmão de Não Pequenas Células (CPNPC) apresenta alterações no gene Anaplastic Lymphoma Kinase (ALK). A introdução clínica dos tyrosine kinase inhibitor (TKI) aumentou significativamente a sobrevida dos doentes. Não obstante, desenvolvem-se resistências ao tratamento, o que salienta a importância na investigação de

estratégias de otimização terapêutica. Pretende-se explorar a tradução do impacto destes fármacos na prática clínica real.

Métodos: Analisou-se uma base de dados com os doentes diagnosticados com CPNPC ALK+ na Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra entre junho 2014 e março de 2026. Caracterizou-se o perfil sociodemográfico dos doentes, os parâmetros clinicopatológicos dos tumores e as sequências terapêuticas instituídas e motivos de suspensão. Comparou-se o impacto do Crizotinib e dos TKI ALK de 2ª geração como terapêuticas de 1º Linha na Sobrevida Global (SG) e Sobrevida Livre de Progressão (SLP).

Resultados: A progressão foi o principal motivo de suspensão do Crizotinib (55,17%), Brigatinib (50,00%) e Ceritinib (80,00%). A causa mais comum de suspensão do Alectinib foi a morte (40,00%) e no Lorlatinib (45,45%) a toxicidade. O principal TKI usado nos doentes vivos é o Lorlatinib (37,50%). Globalmente, o tempo mediano de follow-up foi de 83,08 meses, a SLP mediana foi de 19,82 meses e SG mediana 79,27 meses. Não existiu diferença estatisticamente significativa nas medianas da SLP e SG nos grupos que realizaram Crizotinib ou TKI ALK de 2ª geração em 1ª linha.

Discussão/Conclusão: A coorte retrospectiva mostrou uma SG de cerca de 6,6 anos. No futuro, espera-se a possibilidade de uma abordagem mais talhada às resistências aos ALK-TKI, potenciando ainda mais a sobrevida destes doentes, alinhando-se com a mudança de paradigma para a Medicina de Precisão

**Palavras-Chave:** Cinase Linfoma Anaplástico; Cancro do Pulmão de Não Pequenas Células; Inibidores de Tirosina Cinase; Análise de Sobrevida

## 86. Insuficiência respiratória e inalação de nitritos de alquile: caso clínico

R Armindo, P Nejo, A Carvalho, A Ramos

Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: O consumo de substâncias aditivas pode ser prejudicial para o pulmão. Neste grupo, inclui-se o consumo de nitritos de alquile ("poppers"). Poppers são drogas recreativas, para relaxamento muscular e melhoria da performance sexual. Quando ingeridos ou inalados, podem causar metahemoglobinemia, que pode cursar com hipoxémia, dispneia, pré-cordialgia e cefaleias. Em casos graves ou não tratados, pode ser fatal.

Caso-clínico: Homem, 50 anos, autónomo. Antecedentes Obesidade, Apneia Obstrutiva do Sono, asma desde a infância, consumo de canabinóides e "poppers". História de dispneia progressiva com uma semana de evolução.

À entrada apresentava insuficiência respiratória global, radiografia de tórax com reforço reticulo-intersticial difuso, analiticamente leucocitose com neutrofilia (sem eosinofilia) e proteína C reativa de 1.05 mg/dl. Antigenúrias para *S. pneumoniae* e *Legionella* negativas, pesquisa de PCR para VSR, SARS-CoV2, Influenza A e B negativos. Tomografia axial de tórax a evidenciar espessamento brônquico, sobretudo dos andares inferiores, sem outras alterações. Admitido no Serviço de Medicina Intensiva por insuficiência respiratória global com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Admitida traqueobronquite aguda versus mal asmático e inicia terapêutica antibiótica empírica e corticoterapia. Sem isolamento de agente nas secreções brônquicas. Ao sexto dia de internamento, a equipa ganha conhecimento do

consumo de "poppers". Foi suspensa antibioterapia, mantendo broncodilatadores e corticoterapia sistémica, com desmame paulatino e diminuição do broncospasma. Ao 12º dia de internamento o doente auto extubo-se e acabou por ter alta contra parecer médico. A etiologia do quadro não ficou totalmente esclarecida, mas não se pôs de parte a influência do consumo de "poppers" no quadro clínico apresentado.

Conclusões: Apresenta-se um caso de um doente com consumo de substâncias com efeito deletério sobre o pulmão, associado a co-morbilidade respiratória de base, o que aumenta o risco de gravidade de um episódio respiratório agudo. Embora não existam muitos casos na literatura, é fulcral inquirir os doentes sobre o consumo deste tipo de substâncias. Mais estudos são necessários para perceber o efeito do consumo de "poppers" a nível da via aérea.

**Palavras-Chave:** Insuficiência respiratória, nitritos alquile, poppers

## 87. Pneumocistose pulmonar: valor diagnóstico dos achados tomográficos

M Lagarto, E Paiva, T Pais, S Freitas, C Rodrigues

ULS Coimbra

A pneumocistose é uma infeção oportunista causada pelo fungo *Pneumocystis jirovecii*, que afeta predominantemente indivíduos imunocomprometidos. Caracteriza-se por pneumonia intersticial com dispneia progressiva, febre e tosse não produtiva. O microrganismo coloniza os alvéolos pulmonares, interferindo nas trocas gasosas e desencadeando resposta inflamatória significativa. O diagnóstico baseia-se na identificação do agente na expetoração ou LBA, enquanto o tratamento envolve trimetoprim-sulfametoxazol, sendo recomendada profilaxia em grupos de risco.

Homem de 49 anos, fumador (30 UMA), motorista de longo curso, sem exposição ambiental ou ocupacional relevante, admitido por tosse não produtiva, cansaço fácil, sudorese e febre com uma semana de evolução, associadas a agravamento progressivo com dispneia em repouso. Referia ainda anorexia, diarreia intermitente, perda ponderal de 8kg em 3 meses, polaquiúria e disúria terminal ligeira com 4-5 meses de evolução.

À admissão encontrava-se emagrecido, febril e com insuficiência respiratória hipoxémica progressiva. A radiografia torácica mostrava infiltrados bilaterais difusos e a TC torácica revelava densificações em vidro despolido e padrão crazy paving, com preservação subpleural e formações quísticas infracentimétricas nos lobos superiores.

Perante o padrão imagiológico, contexto clínico e ausência de exposição a agentes causais de doença intersticial, colocou-se forte suspeita de pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*. Foi realizada investigação de imunodeficiência, identificando-se infeção por VIH-1 (diagnóstico inaugural). A broncofibroscopia com estudo microbiológico do LBA confirmou infeção por *P. jirovecii*.

Iniciou terapêutica empírica com trimetoprim-sulfametoxazol e corticoterapia sistémica, completando 21 dias de tratamento, com evolução favorável, resolução da insuficiência respiratória e alta sob terapêutica antirretroviral, sem necessidade de oxigenoterapia.

Este caso ilustra a importância da integração clínico-imagiológica na suspeita precoce de pneumocistose como manifestação

inaugural de infeção por VIH. O reconhecimento de padrões tomográficos sugestivos, nomeadamente vidro despolido com crazy paving e preservação subpleural, permitiu orientar rapidamente o diagnóstico e instituir terapêutica dirigida, com impacto prognóstico significativo.

**Palavras-Chave:** Pneumocistose pulmonar, VIH-1, pneumonia intersticial

### 88. Neurofibromatose tipo 1 associada a rutura de pseudoaneurisma da artéria mamária interna: uma emergência rara e potencialmente fatal

M Lagarto, M Almeida, JO Pereira, C Rodrigues

ULS Coimbra

A NF1 é uma doença genética autossómica dominante causada por mutações no gene NF1, habitualmente marcada por manifestações cutâneas benignas. Pode, contudo, associar-se a vasculopatia, pois a mutação na neurofibromina, expressa nas células endoteliais e do músculo liso vascular, leva a fragilidade arterial e risco de aneurismas e pseudoaneurismas. O hemotórax espontâneo é uma complicação rara e potencialmente fatal, exigindo elevada suspeita clínica e intervenção emergente.

Mulher de 55 anos, com NF1 (variante patogénica c.2786T>G, exão 16 do gene NF1), recorreu ao serviço de urgência por dor torácica súbita, pleurítica e incapacitante, com 48h de evolução, sem traumatismo.

À admissão apresentava-se hipotensa e taquicárdica (TA 86/56mmHg, FC 114bpm), com mucosas descoradas e diminuição do murmúrio vesicular à esquerda. Analiticamente destacava-se hemoglobina 10g/dL, com perda de 4g/dL nos últimos 3 meses (prévia 14g/dL), D-dímeros 700ng/mL e troponinas 300ng/L.

A ecografia torácica revelou imagem interpleural esquerda hipoecogénica, heterogénea e septada, sugestiva de hemotórax. A angioTC confirmou volumoso hemotórax e identificou pseudoaneurisma da artéria mamária interna esquerda (12mm), sem extravasamento ativo.

Em contexto de urgência, realizou angiografia com cateterização seletiva da artéria mamária interna esquerda, seguida de embolização com coils, com oclusão proximal e distal. Procedeu-se ainda a drenagem torácica com evacuação de conteúdo hemático.

Após melhoria clínica e imagiológica, teve alta sob antibioterapia. Na consulta de seguimento verificou-se recidiva parcial do hemotórax, sem hemorragia ativa, tendo sido submetida a nova drenagem, com resolução rápida. Manteve vigilância ambulatória e programa de reabilitação respiratória estruturado, sem novas intercorrências.

O hemotórax espontâneo constitui uma complicação rara, mas potencialmente fatal, da NF1, geralmente associada a vasculopatia com formação e rutura de aneurismas ou pseudoaneurismas. A apresentação com dor torácica aguda e instabilidade hemodinâmica deve motivar suspeita imediata de etiologia vascular e rápida abordagem imagiológica. A embolização seletiva representa uma estratégia eficaz de controlo hemorrágico, sendo fundamental vigilância clínica e imagiológica estreita.

**Palavras-Chave:** Neurofibromatose tipo 1; Hemotórax; Pseudoaneurisma; Embolização

### 89. What is common is common, but the rare cases also appear

MS Alves, MM Antunes, IL Santos, KG Lopes, JM Correia  
ULSLO

Introduction: Alpha-1 antitrypsin deficiency is an inherited disorder caused by mutations in the SERPINA1 gene, resulting in reduced levels or malfunctioning forms of the protease inhibitor alpha-1 antitrypsin (AAT). One of the roles is to inhibit neutrophil elastase, thereby protecting lung tissue from proteolytic damage.

Case Female, 59 years old. Never smoked or been exposed to second-hand smoke. Previously treated with triple bronchodilator therapy for complaints of dyspnoea, cough triggered by cold and laughter, and wheezing associated with respiratory infections. The respiratory function tests performed previously were compatible with an obstructive ventilatory pattern. Family history included a brother who had died of an unspecified respiratory disease.

Referred for consultation due to a self-limiting episode of haemoptysis (<50 mL) associated with retrosternal and oropharyngeal discomfort. No fever, cough, weight loss or other complaints were reported. A chest CT scan was performed, revealing an area of parenchymal densification in the right upper lobe, consistent with alveolar haemorrhage, areas of parenchymal rarefaction and bilateral cylindrical bronchiectasis, as well as atelectasis of the left lower lobe.

In this regard, CT scan was repeated with the findings remaining identical except for alveolar hemorrhage; respiratory function tests confirming non-reversible obstruction with FEV1 58%; analytical study ruled out autoimmune diseases and vasculitis. Alpha-1 antitrypsin levels were measured at 22.80 mg/dL and genotyping revealed Pi\**MZ* variant. Weekly replacement therapy was initiated.

Conclusion: The incidence of alpha-1 antitrypsin deficiency in Portugal is one of the highest in Europe, with the incidence of the Pi\**MZ* genotype in Portugal estimated to be around 2 to 4%. This case highlights the importance of screening patients with diagnostic criteria for bronchiectasis and other obstructive lung diseases to ensure that the opportunity for targeted management and family screening is not missed.

**Palavras-Chave:** Alpha-1 antitrypsin deficiency

### 90. Doença respiratória exacerbada pela aspirina (DREA) – um caso de sucesso

MM Guerreiro, MJ Lúcio, C Cristóvão, JM Correia

ULSLO - Hospital Egas Moniz

Introdução: DREA caracteriza-se pela tríade patognomónica composta por asma grave, polipose nasal e hipersensibilidade à aspirina (AAS) ou a outros anti-inflamatórios não esteróides (AINES). Estima-se uma prevalência em 9% dos pacientes com rinosinusite crónica associada à polipose nasal e em 15% dos indivíduos com asma grave.

Descrição: Homem, 38 anos, comerciante, recorre ao SU por dispneia e aparecimento de rash cutâneo após toma de aspirina no domicílio.

AP relevantes a destacar asma grave de surgimento tardio e rinosinusite crónica associado a polipose nasal, já submetido a duas polipectomias.

Ao exame objetivo apresentava-se polipneico, SatO<sub>2</sub> 92% em

aa, auscultação pulmonar com exuberante broncoespasmo e urticária dispersa por tronco e membros. Analiticamente a destacar eosinofilia de 370, radiografia tórax com hiperinsuflação.

Doente já sob terapêutica otimizada em domicílio, contudo com inúmeras exacerbações respiratórias. Referiu anteriormente semelhante reação cutânea, com rash e prurido, associado à toma de metamizol, desvalorizada na altura pelo doente.

Constatado tratar-se de um quadro de DREA, a dessensibilização com aspirina poderia ser uma das opções de tratamento, contudo pelo alto risco de anafilaxia optou-se em reunião multidisciplinar por iniciar tratamento com terapêutica biológica com mepolizumab, preconizado no tratamento da polipose nasal associado a asma eosinofílica grave.

Doente acompanhado em consulta, revelando melhoria clínica franca com controlo dos sintomas de asma e rinosinusite, sem novas exacerbações aos 3 meses de terapêutica biológica e sem efeitos adversos detetáveis.

Discussão: Preconiza-se a dessensibilização com aspirina nos pacientes com DREA cujos sintomas não estejam controlados com terapêutica convencional dado tratar-se de uma doença progressiva mesmo na ausência de exposição a AINEs. Contudo, trata-se de um procedimento de alto risco e com várias exigências para a sua realização. Atualmente com disseminação das terapêuticas biológicas, o mepolizumab ganhou um papel de relevo no controlo sintomático destes doentes, nomeadamente com quadros de asma eosinofílica grave e polipose nasal.

**Palavras-Chave:** DREA, Asma Grave, Mepolizumab

## 91. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica grave associada a défice de alfa-1 antitripsina

*MT Araújo; AP Craveiro; C Rodrigues; JM Bento; AS Lopes; MS Valente*

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é a 3ª causa de morte no mundo. É uma doença que resulta da interação, ao longo da vida, entre fatores ambientais e genéticos. O fator genético mais associado à DPOC corresponde a mutações no gene SERPINA1, responsáveis pelo défice hereditário de alfa-1 antitripsina, predisponente a uma evolução clínica precoce e particularmente grave da doença.

Caso Clínico: Homem de 40 anos, ex-fumador desde abril de 2025, com carga tabágica relevante desde os 18 anos, cerca de 31 UMA, e exposição passiva prolongada desde a infância. Apresentava cansaço progressivo, tosse e expetoração, tendo recorrido, neste sentido, aos Cuidados de Saúde Primários e iniciado broncodilatação dupla (LAMA-LABA). Realizou estudo complementar, tendo sido identificada obstrução grave na espirometria. Neste contexto, foi referenciado para consulta de Pneumologia, a inaloterapia foi otimizada para associação tripla e prosseguiu a investigação etiológica. A tomografia computadorizada torácica mostrou extensas áreas de enfisema de predomínio nos lobos superiores e a avaliação laboratorial confirmou défice severo de alfa-1 antitripsina, com fenótipo PiZZ. Apresentou duas exacerbações infecciosas graves em 2025, a primeira em abril, com necessidade de internamento em cuidados intensivos e ventilação mecânica invasiva, e a segunda em dezembro, com agravamento da insuficiência respiratória global e necessidade de ventilação não invasiva. Iniciou reposição endovenosa semanal

de alfa-1 antitripsina, reabilitação respiratória e oxigenoterapia no domicílio, após a primeira exacerbação. Perante a gravidade funcional e clínica, em jovem com DPOC 4E e provas de função respiratória com obstrução grave (FEV1 15%), foi proposta referência para consulta de Transplante Pulmonar, que foi aceite.

Conclusão: Este é um caso que se destaca pela conjugação dos efeitos cumulativos de fatores ambientais e genéticos, numa forma de DPOC grave, de início precoce e evolução rapidamente progressiva, e que reflete o conceito de GETomics (gene(G)-environment(E) interactions occurring over the lifetime(T)) introduzido pela GOLD.

**Palavras-Chave:** DPOC; défice de alfa-1 antitripsina; fatores ambientais

## 92. Abordagem Pneumológica Precoce na Esclerose Lateral Amiotrófica

*MT Araújo; AP Craveiro; C Rodrigues; JM Bento; AS Lopes; D Sousa; MS Valente*

Centro Hospitalar Cova da Beira

Introdução: A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa caracterizada pela perda progressiva de neurónios motores. A insuficiência respiratória (IR) resulta da fraqueza dos músculos inspiratórios, expiratórios e bulbares, e é a principal causa de morbidade e mortalidade.

Caso Clínico: Homem, 67 anos, engenheiro reformado, com antecedentes de dislipidemia e arritmia. Em abril 2024, inicia quadro de dorsolombalgia, obstrução nasal e disartria progressiva. Evoluiu com perda de força muscular generalizada (preensão palmar e locomoção) e disfagia, associadas a perda ponderal de 10 kg. Realizou eletromiografia em novembro de 2025, que confirmou o diagnóstico de ELA e motivou o início imediato de Riluzol. Encaminhado em dezembro de 2025 à consulta de Pneumologia, para avaliação da repercussão respiratória. Referia despertares noturnos, cefaleias e sonolência diurna excessiva (SDE). Provas de função respiratória (PFR) revelaram capacidade vital (CV) de 60%, com queda de 12% em decúbito e diminuição das pressões inspiratória e expiratória máximas (PIM 41%, PEM 29%). A gasometria arterial (GSA) inicial mostrou hipoventilação (pCO<sub>2</sub> 53 mmHg; pO<sub>2</sub> 65 mmHg) e o estudo do sono (nível III) sem suporte ventilatório confirmou um índice de distúrbio respiratório (IDR) grave (78,5/h). Iniciou-se suporte de ventilação não invasiva (VNI) em modo BiPAP-ST (IPAP 14/EPAP 4 cmH<sub>2</sub>O) e treino de tosse assistida (Cough Assist). Após um mês e com otimização dos parâmetros (16/6 cmH<sub>2</sub>O), verificou-se excelente adaptação e adesão no período noturno, com normalização da GSA (pCO<sub>2</sub> 42 mmHg; pO<sub>2</sub> 95 mmHg) e resolução da SDE e cefaleias. Por persistência de disfagia e engasgamentos ocasionais, foi pedida avaliação por Gastrenterologia para eventual gastrostomia endoscópica percutânea (PEG). O doente mantém-se funcional, com estabilidade ponderal e sob programa de reabilitação respiratória.

Conclusão: Este caso destaca a importância da monitorização funcional respiratória sistemática na ELA. A introdução precoce de VNI, mesmo antes de critérios clássicos de IR terminal, permite um controlo sintomático eficaz, correção gasométrica e uma franca melhoria na qualidade de vida, reforçando o papel da abordagem multidisciplinar nesta patologia.

**Palavras-Chave:** Esclerose Lateral Amiotrófica; Ventilação Não Invasiva; Insuficiência Respiratória

### 93. Experiência em contexto de prática clínica real com a associação de nivolumab e ipilimumab no cancro do pulmão de células não pequenas avançado

NN Varandas, D Araújo, MA Magalhães, HN Bastos, C Freitas, C Sousa, C Pimentel, MGO Fernandes

Unidade Local de Saúde de São João

**Introdução:** A imunoterapia com inibidores de checkpoint imunitário alterou o paradigma terapêutico do cancro do pulmão de células não pequenas (CPCNP) avançado. A associação de nivolumab e ipilimumab (bloqueio PD-1 e CTLA-4) com dois ciclos de quimioterapia (QT) à base de platino demonstrou benefício em resposta tumoral e sobrevivência global, particularmente em doentes com expressão PD-L1 negativa. Contudo, a evidência em prática clínica real permanece limitada.

**Objetivo:** Avaliar a efetividade e segurança da associação de nivolumab e ipilimumab com QT em doentes com CPCNP avançado.

**Métodos:** Análise retrospectiva de seis doentes com CPCNP avançado tratados num centro terciário entre 2023 e a atualidade. Foram recolhidos dados demográficos, clínicos, histológicos e moleculares, bem como resposta tumoral, sobrevivência global e eventos adversos.

**Resultados:** Todos os doentes eram homens, com idade média de  $61,7 \pm 8,3$  anos, ECOG 0–1, sendo apenas um não fumador. Predominou o adenocarcinoma (n=4), observando-se ainda um carcinoma epidermoide e um CPCNP não especificado. Cinco doentes apresentavam estadio IV ao diagnóstico e um estadio IIB, posteriormente com progressão. Predominou metastização cerebral, seguida de óssea. Todos os casos apresentavam expressão PD-L1 negativa e apenas um mutação KRAS G12C. Cinco doentes iniciaram tratamento em primeira linha; o caso em estadio IIB havia realizado previamente cirurgia e QT adjuvante. O número de ciclos variou entre 1–17 (mediana 3). Os eventos adversos foram maioritariamente grau 1–2, sobretudo toxicidade cutânea imunomediada, com um evento grau 4 (neutropenia febril) que motivou suspensão terapêutica. Quatro doentes realizaram radioterapia paliativa. A sobrevivência global aos 3, 6 e 12 meses foi de 67%, 33% e 33%, respetivamente. À data da análise, dois doentes permaneciam vivos, um com doença estável há 17 meses.

**Conclusões:** Na nossa experiência, a associação de nivolumab e ipilimumab com QT apresentou um perfil de segurança manejável e resultados clínicos heterogêneos. O predomínio de doentes com expressão de PD-L1 negativa e metastização cerebral constitui um potencial viés na interpretação dos resultados. Os dados reforçam a necessidade de estudos com maior dimensão e seguimento prolongado.

**Palavras-Chave:** Cancro do Pulmão de Células Não Pequenas, Inibidores de Checkpoint Imunitário, Nivolumab, Ipilimumab

### 94. Abordagem conservadora de laceração iatrogénica da traqueia extensa após intubação: caso clínico

NN Varandas, MA Magalhães, C Freitas

Unidade Local de Saúde de São João

**Introdução:** A laceração iatrogénica da traqueia é uma complicação rara e potencialmente grave, geralmente associada à intubação orotraqueal, com incidência estimada entre 0,05–0,37%. O diagnóstico deve ser suscitado perante manifestações clínicas sugestivas, sendo a broncofibroscopia o exame de referência para confirmação e caracterização da lesão. Apesar da evidência disponível, não existem recomendações consensuais quanto à abordagem terapêutica ideal, devendo a decisão ser individualizada.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de uma doente de 19 anos, submetida a intubação orotraqueal por alteração do estado de consciência no contexto de hiponatremia grave com crise epiléptica aguda sintomática. Após a intubação, verificou-se hemorragia ativa da via aérea e agravamento ventilatório. A tomografia computadorizada torácica foi sugestiva de laceração traqueobrônquica envolvendo a carina e o brônquio principal, associada a hematoma mediastínico e pneumomediastino contido. A broncofibroscopia evidenciou laceração da parede posterior da traqueia, com cerca de 5 cm de extensão, iniciando-se aproximadamente 1 cm acima da carina e estendendo-se até à junção da pars membranosa com a porção cartilaginosa direita. Foi ainda identificada a presença de um corpo estranho no brônquio intermediário, posteriormente extraído, correspondendo a uma faceta dentária. Após discussão multidisciplinar, optou-se por tratamento conservador, com ventilação protetora e posicionamento do cuff do tubo orotraqueal distalmente à lesão com evolução favorável, com mínimas perdas hemáticas e estabilidade clínica, sob vigilância endoscópica com progressiva cicatrização da laceração. Ao 18º dia de internamento, foi possível proceder à extubação. A reavaliação endoscópica e imagiológica documentou cicatrização completa da lesão e uma sinéquia cicatricial no brônquio intermediário, tratada três meses depois com recurso a broncofibroscopia utilizando pinça e fotocoagulação local.

**Conclusão:** Este caso destaca a importância do reconhecimento precoce da laceração traqueal após intubação e demonstra que o tratamento conservador pode constituir uma alternativa segura e eficaz, mesmo em lesões extensas e anatomicamente complexas, reforçando o papel central da broncofibroscopia na abordagem diagnóstica e terapêutica.

**Palavras-Chave:** Laceração da Traqueia; Intubação Orotraqueal; Lesão Iatrogénica; Broncofibroscopia

### 95. O papel da broncoplastia cirúrgica no tratamento de um tumor carcinóide endobrônquico

P Sobral, B Ferreira, G Morais, S Lareiro, R Pancas, D Pietro

Cirurgia Torácica da ULS COIMBRA

**Introdução:** Os tumores carcinóides pulmonares são neoplasias neuroendócrinas raras, representando 1–2% das neoplasias pulmonares. A localização endobrônquica constitui um desafio cirúrgico particular quando o objetivo é a ressecção com preservação de parênquima funcionante. A broncoplastia (sleeve brônquico) surge como alternativa à lobectomia, sendo especialmente relevante em doentes com função pulmonar

comprometida. A fistula broncopleural (FBP) é uma das complicações mais temidas da cirurgia torácica, com elevada morbimortalidade.

**Caso Clínico:** Doente do sexo masculino, 59 anos, seguido em Consulta de Pneumologia por bronquiectasias e síndrome ventilatório obstrutivo moderadamente grave (FEV1 61%), diagnosticado com tumor carcinóide endobrônquico na emergência do B6 direito por broncofibroscopia e confirmado por PET DOTA-NOC. Após uma discussão multidisciplinar, o doente apresentava um valor de FEV1 preditivo no pós-operatório para lobectomia inferior direita de 44% do previsto e DLCO de 58% do previsto, tendo assim um risco cirúrgico moderado. Sendo assim, pela baixa reserva funcional decidiu-se a realização de toracotomia póstero-lateral com segmentectomia S6 direita, broncoplastia dos basais ao brônquio intermédio e linfadenectomia mediastínica. As margens brônquicas foram confirmadas livres por exame extemporâneo. No pós-operatório desenvolveu fistula broncopleural com fuga de alto débito prolongada, pelo que foi reoperado após 19 dias com identificação de orifício de deiscência de cerca de 6 mm na porção membranosa do brônquio. Foi encerrado com patch de pericárdio bovino com reforço de Coseal®. Teve alta 11 dias após a re-operação com evolução favorável e sem intercorrências adicionais.

**Conclusões:** A broncoplastia permite ressecção oncológica com preservação de parênquima em doentes com reserva funcional limitada. A FBP permanece uma complicação grave, exigindo reintervenção para encerramento de deiscências de alto débito. O encerramento com patch de pericárdio demonstrou ser uma técnica eficaz e segura neste contexto.

**Palavras-Chave:** carcinóide pulmonar, broncoplastia, fistula broncopleural, patch pericárdico

## 96. Empiema - Desafios na abordagem terapêutica

*PS Rodrigues, CG Silva, S Pimentel, SF Alves, L Mateus, J Ferra, CR Silvestre, P Raimundo, N André*

Unidade Local de Saúde do Oeste - Hospital de Torres Vedras

**Introdução:** A abordagem terapêutica do empiema representa um desafio na prática clínica,

sendo que septações e loculações desafiam as estratégias terapêuticas convencionais. Da

drenagem simples, à fibrinólise intrapleural e à cirurgia torácica, a estratégia terapêutica deve seguir uma abordagem individualizada. Apresentamos 3 casos clínicos em que demonstramos diferentes estratégias para a resolução do empiema.

**Caso:** Homem, 57 anos, fumador, recorreu ao SU por dor torácica pleurítica e febre com 2 dias de evolução. TC Tórax com derrame pleural direito de moderado volume, com componente intra-cisural, de aspeto loculado e com espessamento pleural. Colocado dreno torácico com saída de líquido pleural purulento, com resolução da loca inferior com drenagem torácica. Doente exteriorizou dreno torácico, tendo recusado colocação de novo dreno. Manteve fisioterapia respiratória e antibioterapia com resolução total de segunda loca.

Homem, 86 anos, asma/DPOC recorreu ao SU por dispneia e pieira. Inicialmente foi admitida Pneumonia adquirida na comunidade com derrame pleural complicado. Colocado dreno torácico com saída de líquido pleural purulento, iniciou

antibioterapia e realizou protocolo de fibrinólise durante 3 dias, tendo apresentado melhoria clínica e radiológica significativa.

Homem, 45 anos, sem antecedentes relevantes. Quadro de cansaço, pressão torácica e

sensação febril 1-2 vezes/semana há 1 mês. TC Tórax com volumoso derrame com 16,6 x 13,7 x 20,3 cm no hemitórax direito, com marcado espessamento pleural. Colocação de dreno torácico com saída de líquido pleural purulento. Evolução para hidropneumotórax, tendo sido colocada aspiração ativa, sem resolução. Foi admitido encarceramento pulmonar, tendo sido submetido a descorticação pleural.

**Conclusão:** estes casos ilustram a variabilidade na apresentação e evolução do empiema que condicionam a decisão terapêutica. Enquanto alguns doentes beneficiam de medidas

conservadoras, outros necessitam de abordagens mais invasivas, como fibrinólise intrapleural ou cirurgia. Salienta-se que a estratégia terapêutica deve ser dinâmica e adaptada à evolução e resposta clínica de cada doente, bem como as comorbilidades.

**Palavras-Chave:** Empiema, fibrinólise, descorticação

## 97. Madelung's disease and obstructive sleep apnea: an underestimated association

*PM Manso, NB Ferreira, AC Grande, I Gonçalves, AC Pimenta*

ULS do Tâmega e Sousa

**Introduction:** Madelung's disease, or multiple symmetric lipomatosis, is a rare disorder characterized by nonencapsulated adipose tissue deposition, frequently associated with chronic alcohol consumption. Cervicobrachial lipomatous infiltration may cause anatomical obstruction of the upper airway, representing an underrecognized mechanism of obstructive sleep apnea (OSA), with scarce description in the literature. **Case report:** A 48-year-old man, active smoker (33 pack-years), with chronic alcohol consumption (~100 g/day). History of ablated Wolff–Parkinson–White syndrome and Madelung's disease since 2019, with exuberant cervical lipodystrophy, having undergone multiple lipectomies (2020, 2022 and 2024). Physical examination showed marked cervical lipomatosis. During hospitalization for polytrauma, significant nocturnal desaturation was documented, prompting ventilatory assessment. Cardiorespiratory polygraphy revealed 387 hypopneas and 101 apneas (54 obstructive), with an apnea–hypopnea index (AHI) of 58.4/h and a minimum SpO<sub>2</sub> of 78%, consistent with severe OSA. Pulmonary function tests were within normal limits: spirometry was unremarkable, with a negative bronchodilator response (FVC 97%, FEV<sub>1</sub> 106%, FEV<sub>1</sub>/FVC 0.81); plethysmography showed preserved lung volumes (TLC 93%, RV 88%) and normal airway resistance; single-breath DLCO was within the normal range (90% of predicted). Resting arterial blood gases: pH 7.45; PaCO<sub>2</sub> 37 mmHg; PaO<sub>2</sub> 79 mmHg; SaO<sub>2</sub> 96%, ruling out parenchymal lung disease. OSA was attributed to upper airway compromise by cervical lipomatosis, in a setting of chronic alcohol use. Continuous positive airway pressure (CPAP) at 10 cmH<sub>2</sub>O was started with smoking cessation. At 3-month follow-up, telemonitoring documented objective adherence (use on 87% of nights; mean 4h03min/night) and marked efficacy, with a residual AHI of 1.2/h (vs. 58.4/h pre-treatment) and controlled leaks. **Conclusion:** This case illustrates a seldom reported presentation: severe OSA secondary to exuberant cervical lipomatosis in Madelung's disease. Normal

pulmonary function tests reinforce a purely anatomical, obstructive mechanism, corroborated by the excellent CPAP response. It underscores the importance of systematic screening for sleep-disordered breathing in patients with marked cervical lipodystrophy.

**Palavras-Chave:** Madelung's disease; Obstructive sleep apnea; Cervical lipomatosis; CPAP

### 98. Apneia obstrutiva do sono e asma grave: prevalência e características clínicas

PV Almeida, E Seixas, A Costa, J Cravo

ULSR de Aveiro

**Introdução:** A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma comorbilidade frequentemente subdiagnosticada nos doentes com asma grave, verificando-se uma relação bidirecional entre estas entidades, associada a pior controlo da doença e maior número de exacerbações. Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência e características clínicas da SAOS em doentes com asma grave sob terapêutica biológica.

**Métodos:**

Foi realizado um estudo observacional transversal incluindo doentes com asma grave sob terapêutica biológica seguidos num centro hospitalar distrital. Foram recolhidos dados demográficos e clínicos, incluindo índice de massa corporal (IMC) e comorbilidades. Os doentes foram divididos em três grupos: SAOS diagnosticada [índice de apneia-hipopneia (IAH) >5 eventos/hora], estudo do sono sem SAOS (IAH <5 eventos/hora) e ausência de estudo do sono.

**Resultados:** Foram incluídos 43 doentes, com idade média de 58,7 anos, sendo 79,1% (n=34) do sexo feminino. Dezanove doentes (44,2%; n=19) realizaram estudo do sono, dos quais 73,7% (n=14) apresentavam SAOS. A prevalência global de SAOS foi de 32,6% (n=14). 55,8% da população estudada (n=24) nunca tinha sido submetida a avaliação do sono.

Os doentes com SAOS apresentaram IMC superior comparativamente aos doentes sem SAOS e aos não avaliados (33,3 vs 31,4 vs 25,1 kg/m<sup>2</sup>, respetivamente). O grupo com SAOS tinha idade média de 55,6 anos; os doentes sem estudo do sono eram mais velhos (60,8 anos), sugerindo possível subdiagnóstico neste subgrupo. Verificou-se ainda maior prevalência de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus nos doentes com SAOS [35,7% (n=5) e 21,4% (n=3), respetivamente], comparativamente aos restantes grupos, compatível com o perfil cardiometabólico associada à SAOS. A rinite e polipose nasal foram frequentes em todos os grupos.

**Conclusão:** A SAOS apresenta elevada prevalência em doentes com asma grave sob terapêutica biológica. Apesar disso, mais de metade da coorte não tinha sido investigada, evidenciando uma possível lacuna diagnóstica. A associação entre IMC elevado e comorbilidades cardiometabólicas com SAOS nesta população reforça a necessidade de estratégias sistemáticas de rastreio e identificação precoce, particularmente em doentes de maior risco.

**Palavras-Chave:** Asma grave; Apneia obstrutiva do sono

### 99. Esplenose torácica: um desafio diagnóstico

R Paulino, AS Inácio, CP Moita, Z Cruz, C Figueiredo, JS Silva, JE Reis, J Maciel, AR Costa, P Calvino

Hospital de Santa Marta

**Introdução:** A esplenose torácica é uma entidade nosológica rara, com menos de 100 casos descritos na literatura. Resulta da autotransplantação de tecido esplênico para o espaço pleural, mais frequentemente após traumatismo toracoabdominal. Ocorre em cerca de 18% dos doentes com lesão concomitante do baço e do diafragma, localizando-se tipicamente no hemitórax esquerdo. Habitualmente assintomática, representa um importante desafio diagnóstico, uma vez que pode mimetizar doença maligna pulmonar ou pleural, frequentemente décadas após o evento traumático inicial.

**Descrição:** Apresentamos o caso de uma mulher de 62 anos, com antecedentes de esplenectomia aos 26 anos, após acidente de viação com politrauma grave, nomeadamente fratura de arcos costais associadas a pneumotórax esquerdo e lesões hepática e esplénica.

Cerca de 4 décadas depois, em contexto de infeção respiratória, realizou uma radiografia torácica que revelou uma opacidade no hemitórax esquerdo. A tomografia computadorizada (TC) torácica identificou espessamento ondulado, "nodular" da pleura esquerda, de localização essencialmente costal, com características imagiológicas suspeitas. Realizou PET-TC que demonstrou espessamento pleural esquerdo, com captação difusa associada do radiofármaco com SUVmax -3.53 e 3.91.

Foi inicialmente submetida a biópsia aspirativa transtorácica, cujo estudo anatomopatológico revelou fragmentos de pleura sem evidência de malignidade. Perante a persistência de dúvida diagnóstica, realizou posteriormente biópsia pleural por cirurgia toracoscópica. Intraoperatoriamente, verificou-se a presença de lesões pleurais esféricas, friáveis e com conteúdo líquido no seu interior. O exame histológico demonstrou fragmentos de tecido linfóide com centros germinativos, achados compatíveis com esplenose torácica.

**Conclusão:** A esplenose torácica é uma patologia que pode ser considerada no diagnóstico diferencial de nódulos pleurais ou pulmonares, particularmente em doentes com história prévia de trauma toracoabdominal ou esplenectomia. A gestão desta entidade é geralmente conservadora contudo, na persistência de dúvida etiológica, a avaliação histológica assume um papel fundamental para o esclarecimento diagnóstico.

**Palavras-Chave:** Esplenose torácica, trauma, pleura

### 100. Hidden in plain sight: an unrecognized cause of bronchiectasis

RS Costa, RG Silva, A Trindade, C Pardal

ULS Amadora-Sintra

**Introduction:** Foreign body (FB) aspiration may go undetected for months to years, leading to localised bronchiectasis and recurrent pulmonary infections. Delayed diagnosis is common due to the absence of a witnessed aspiration event and the insidious onset of symptoms, often resulting in prolonged diagnostic workup before the etiology can be identified.

**Clinical case:** A 19-year-old nonsmoker female was referred to the Pulmonology clinic in 2016 after presenting to the emergency

department with community-acquired pneumonia. She had a history of pneumonia at six months of age and more than six respiratory infections per year requiring antibiotic therapy since childhood. Physical examination revealed right-sided wheezing. Chest computed tomography (CT) confirmed cylindrical bronchiectasis in the right lower lobe (RLL). Respiratory function tests showed mildly increased airway resistance. Investigations for immunodeficiency, autoimmunity and fungal infection were unremarkable. Sputum culture yielded no bacterial growth. A repeated chest CT in 2018 demonstrated evidence of active inflammatory changes and endobronchial secretions. The case was discussed in a multidisciplinary meeting prompting flexible bronchoscopy. Bronchoscopy revealed abundant mucopurulent secretions and identified a foreign body — a fragment of cellophane — in the RLL bronchus, which was successfully removed using biopsy forceps. Following removal, the patient reported significant symptomatic improvement with reduced cough and sputum production. Follow-up chest CT imaging demonstrated marked radiological improvement, with near-complete resolution of the inflammatory changes, endobronchial secretions and tree-in-bud pattern, while mild residual bronchiectasis persisted. The respiratory function tests normalized, the patient had no further respiratory infections and was discharged from follow-up in 2026.

**Conclusões:** This case highlights the importance of considering FB aspiration in the differential diagnosis of localized bronchiectasis, even in the absence of a witnessed aspiration event. A thorough history and a low threshold for flexible bronchoscopy are essential to avoid prolonged diagnostic delay and prevent irreversible airway damage.

**Palavras-Chave:** foreign body aspiration; bronchiectasis; flexible bronchoscopy; diagnostic delay

### **101. Capacitar para Prevenir: Intervenções de Enfermagem no Ensino da Técnica Inalatória ao Cuidador Informal**

SP Antunes

ULS Coimbra

**Introdução:** A Doença Respiratória Crónica (DRC), nomeadamente a DPOC e a asma, tem na via inalatória a principal estratégia terapêutica. A eficácia do tratamento depende da correta execução mecânica, sendo os erros na técnica inalatória altamente prevalentes. Após a alta hospitalar, o cuidador informal assume frequentemente a responsabilidade de gerir o regime terapêutico no domicílio. A administração incorreta de inaloterapia, por inadequada literacia em saúde e ausência de ensinamentos estruturados, conduz a descompensações e reinternamentos precoces.

**Objetivos:** Sintetizar a evidência sobre o impacto da capacitação do cuidador informal na técnica inalatória e na prevenção de reinternamentos na DRC, evidenciando o papel das intervenções de enfermagem na aplicação de metodologias pedagógicas dirigidas ao cuidador.

**Métodos:** Revisão narrativa crítico-reflexiva centrada nas intervenções educativas ao cuidador informal, metodologias de ensino da técnica inalatória e modelos de transição de cuidados. A pesquisa decorreu na plataforma EBSCOhost (MEDLINE Ultimate, CINAHL Ultimate e b-on), incluindo estudos dos últimos dez anos em português, inglês e espanhol.

**Resultados:** A evidência demonstra que os ensinamentos estruturados reduzem significativamente o risco de uso incorreto de inaladores. Intervenções dirigidas ao cuidador informal têm impacto positivo na execução da técnica inalatória, adesão terapêutica e gestão de sintomas. O Enfermeiro ocupa posição fulcral na transição internamento–domicílio, promovendo a capacitação ativa do cuidador informal. Metodologias interativas como o Teach-Back e o Teach-to-Goal demonstram superioridade face à instrução passiva, reduzindo falhas de compreensão, exacerbações e reinternamentos.

**Conclusões:** A evidência confirma que a capacitação estruturada do prestador de cuidados em técnica inalatória reduz efetivamente os reinternamentos na DRC, respondendo ao imperativo da continuidade de cuidados. As intervenções de enfermagem revelam-se determinantes neste processo: o Enfermeiro, ao integrar o cuidador informal nos ensinamentos com demonstração prática e metodologias como o Teach-Back, promove uma transição segura para o domicílio e uma eficaz gestão e adesão terapêutica.

**Palavras-Chave:** Doença Respiratória Crónica; Técnica Inalatória; Cuidador Informal; Capacitação

### **102. Lavagem Pulmonar Total no doente com Proteínose Alveolar Pulmonar: Contributos da Enfermagem Especializada**

SP Antunes

ULS Coimbra

**Introdução:** A Proteínose Alveolar Pulmonar (PAP) é uma doença rara caracterizada pela acumulação de conteúdo lipoproteico resultante do surfactante nos alvéolos, conduzindo a alterações das trocas gasosas e compromisso respiratório progressivo. A Lavagem Pulmonar Total (LPT) constitui o tratamento de eleição nos casos moderados a graves, sendo um procedimento complexo, realizado no bloco operatório sob anestesia geral. A sua execução segura e eficaz depende da atuação coordenada da equipa multidisciplinar, na qual os cuidados de enfermagem especializados são cruciais.

**Caso Clínico:** Apresenta-se um caso clínico de um doente com PAP submetido a LPT, descrevendo-se os cuidados de enfermagem nas fases pré, intra e pós-procedimento. Previamente à intervenção foi fundamental a preparação física e emocional do doente, promovendo informação adequada para a adesão ao procedimento, e redução da ansiedade. No intra LPT, o Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica teve um papel determinante na monitorização hemodinâmica e ventilatória, na colaboração com o pneumologista e anestesista na gestão da via aérea, e na instilação controlada de soro fisiológico assegurando o rigor no registo dos volumes introduzidos e drenados, bem como o cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção, fundamentais num procedimento invasivo e prolongado.

Simultaneamente, o enfermeiro Especialista de Reabilitação realizou cinesiterapia respiratória para otimizar a mobilização e drenagem do conteúdo alveolar, tanto durante como após o procedimento. Esta intervenção contribuiu para uma remoção mais eficaz do conteúdo lipoproteico, melhoria radiológica e da compliance respiratória, bem como uma perceção de melhoria da qualidade de vida por parte do doente.

**Conclusões:** A LPT é um procedimento de alta complexidade que exige cuidados médicos e de enfermagem diferenciados.

A articulação entre o Enfermeiro de Médico-cirúrgica e o Enfermeiro de Reabilitação revela-se determinante para a segurança, qualidade dos cuidados, eficácia do procedimento, recuperação funcional e prevenção de complicações, reforçando o contributo essencial da enfermagem no outcome clínico do doente com PAP submetido a LPT.

**Palavras-Chave:** Pulmonary Alveolar Proteinosis; Whole Lung Lavage; Specialized Nursing care

### 103. Síndrome da pálpebra flácida como sinal de apneia obstrutiva do sono

SP Ferreira, M d'Almeida, D Martins, J Duarte, O Santos

ULS Médio Tejo

**Introdução:** A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) tem sido associada a várias patologias oculares, incluindo a síndrome da pálpebra flácida (SPF). Trata-se de uma condição subdiagnosticada, tipicamente observada em homens obesos de meia-idade, caracterizada por uma pálpebra superior excessivamente laxa, que se everte facilmente, associada a conjuntivite papilar crónica e a sintomas irritativos inespecíficos.

**Descrição:** Doente do sexo feminino, de 49 anos de idade, não fumadora, com antecedentes pessoais de depressão, diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial e rinosinusite. Foi referenciada à consulta de Pneumologia por suspeita de SAOS, proveniente da consulta de Oftalmologia, após o diagnóstico de SPF. A doente apresentava roncopatia, sono fragmentado, não reparador e cefaleias matinais. Ao exame físico, destacava-se um índice de massa corporal de 38 kg/m<sup>2</sup> e classificação de Mallampati de 3, sem outras alterações. Na escala de Epworth, obteve uma pontuação de 15 pontos. A doente foi submetida a uma polissonografia, que revelou SAOS grave, com um índice de apneia-hipopneia (IAH) de 102/h. Após iniciar tratamento com pressão positiva na via aérea com Auto-Adjusting Positive Airway Pressure (APAP) de 6-16 cmH<sub>2</sub>O, a doente referiu uma melhoria sintomática muito significativa.

**Conclusão:** Embora a prevalência da SPF em doentes com SAOS seja relativamente baixa (4,5%–5,0%), a SAOS é observada em 96%–100% dos doentes com SPF, sendo um sinal ocular importante. O tratamento da SAOS é fundamental, podendo ajudar na SPF, travar a progressão do glaucoma ou da neuropatia ótica associados e reduzir a pressão intracraniana em doentes com papiledema associado. Ao apresentarem este caso, os autores pretendem sensibilizar os clínicos, nomeadamente os pneumologistas, para os achados oculares e para a importância de uma colaboração estreita entre oftalmologistas e especialistas em medicina do sono. A suspeita desta entidade e respetiva avaliação oftalmológica pode contribuir para o diagnóstico precoce e atempado de SAOS.

**Palavras-Chave:** Apneia obstrutiva do sono; Manifestações oculares; Síndrome da pálpebra flácida

### 104. Derrame Pleural - uma realidade em mudança

S. Botelho Teixeira, M. Gonçalves Almeida

ULS Coimbra

**Introdução:** O derrame pleural é uma entidade frequente no internamento em Pneumologia. Apresenta variadas etiologias,

contudo o seu estudo nem sempre é conclusivo.

**Objetivos:** Caracterizar a etiologia de derrame pleural em doentes internados num serviço de Pneumologia e descrever a sua abordagem diagnóstica e rentabilidade dos métodos usados.

**Métodos:** Estudo retrospectivo observacional, através da consulta do processo clínico eletrónico dos doentes internados com derrame pleural, no Serviço de Pneumologia da ULS Coimbra, em Abril de 2026, com posterior análise estatística descritiva.

**Resultados:** A amostra incluiu 31 doentes, 54,8% do sexo feminino e 45,2% do sexo masculino, com idade média de 76 anos. O tempo médio de internamento foi de 20,5 dias, com registo de 3 óbitos (9,7%).

Na maioria dos casos (77,4%) foi realizada toracocentese, verificando-se que, após análise bioquímica do líquido pleural (LP), todos cumpriam os critérios de Light para exsudato.

Em 67,7% dos casos foi colocado dreno torácico. Apenas 12,9% realizaram toracoscopia com biópsias pleurais, correspondendo a casos de etiologia neoplásica ou indeterminada.

A etiologia mais frequente foi a neoplásica (41,9%), em particular o adenocarcinoma pulmonar (53,8%), todos em estadio IV. De salientar que 53,8% correspondiam a diagnósticos de novo.

As restantes etiologias foram infecciosa (22,6%), indeterminada (22,6%), paraneoplásica (6,45%), cardiogénica (3,23%) e hemática (3,23%).

A maioria era unilateral (90,3%), registando-se três casos de derrame bilateral, associados a etiologia indeterminada e neoplásica, correspondendo dois destes a adenocarcinoma pulmonar.

A citologia foi diagnóstica em praticamente todos os casos neoplásicos, sendo inconclusiva apenas num destes, no qual o diagnóstico foi estabelecido por biópsia pleural.

Quanto à etiologia infecciosa, todos correspondiam a infeções bacterianas, com isolamento microbiológico em cultura do LP em todos os doentes.

**Conclusões:** O derrame pleural exsudativo revelou, nesta amostra, como principal etiologia, a neoplásica, o que contraria a epidemiologia descrita de predomínio infeccioso. Destaca-se o adenocarcinoma pulmonar, em concordância com a literatura. A toracocentese demonstrou elevada rentabilidade diagnóstica (75%), particularmente através da análise citológica e microbiológica do LP.

**Palavras-Chave:** Derrame pleural; neoplasia; toracocentese; drenagem torácica;

### 105. Casuística de doentes com Doenças Neuromusculares sob Ventilação Não Invasiva

SF Pinho, AM Santos, RS Ribeiro, LS Neves, C Nogueira, D Ferreira, S Conde, C Ribeiro

ULSGE

**Introdução:** As doenças neuromusculares (DNM) são um grupo heterogéneo de patologias frequentemente associadas a compromisso dos músculos respiratórios e insuficiência respiratória crónica. A ventilação não invasiva (VNI) constitui uma terapêutica fundamental, com impacto na qualidade de vida e sobrevivência.

**Descrição:** Análise retrospectiva dos doentes com DNM sob

VNI entre Janeiro de 2017 e Março de 2026, com o objectivo de analisar as suas características demográficas, tipo de patologia e sobrevida.

As DNM foram agrupadas conforme etiologia em: doenças do neurónio motor; doenças musculares primárias; doenças da junção neuromuscular; neuropatias periféricas; doenças mitocondriais; doenças metabólicas, infecciosas ou outras; e DNM não classificadas/ em estudo.

Dos 119 doentes, 51% eram do sexo masculino, apresentando uma idade média no início da VNI de 63,3±14,5 anos. A duração média de tratamento foi de 38,8±47 meses. Durante o período de seguimento ocorreram 64% de óbitos e 6% dos doentes suspenderam VNI. O diagnóstico mais prevalente foi Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), representando 53% dos doentes, seguido da Distrofia Muscular de Steinert - 12%, traumatismo vertebro-medular (TVM) - 4,2% e Síndrome de Guillain-Barré - 3,4% dos doentes.

Verificou-se um predomínio de DNM adquiridas (62,2%). As formas genéticas corresponderam a 26,1% dos casos e 5,9% dos doentes apresentaram DNM não classificadas. Um grupo adicional de 5,9% incluiu patologias não pertencentes ao espectro clássico das DNM (incluídas na classificação funcional das DNM pelo impacto ventilatório), como o TVM.

Particularizando os doentes com ELA, estes apresentaram uma idade média no início da VNI de 66,9±10,4 anos. 84% destes doentes faleceram no período de seguimento, vs. 64% na totalidade das DNM, com uma duração média de utilização de VNI de 17,8±18 meses na ELA, vs. 38,8 meses em todas as DNM. Estes doentes apresentaram um prognóstico particularmente desfavorável.

Conclusão: Com este trabalho é possível concluir que a ELA é a DNM mais prevalente entre os doentes sob VNI na ULSGE. Este resultado é concordante com a literatura, dado que, apesar de não ser a DNM mais prevalente, é a que mais frequente e precocemente necessita de VNI e na qual existe maior evidência para a sua utilização.

**Palavras-Chave:** Doenças neuromusculares; ventilação não-invasiva; Esclerose Lateral Amiotrófica; insuficiência respiratória crónica

### 106. Hipoxemia Refratária com Dessaturação Ortostática: Um Desafio Diagnóstico

S Salgueira, LS Gomes, IF Silva, SM Azevedo, JJ Jacinto, B Conde  
ULS Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A síndrome de platipneia-ortodeoxia (SPO) é uma causa rara e subdiagnosticada de insuficiência respiratória (IR) tipo 1, caracterizada por dispneia e dessaturação agravadas em ortostatismo. O reconhecimento precoce desta entidade permanece desafiante, sobretudo em idosos com investigação cardiopulmonar inicial inconclusiva.

Caso clínico: Mulher de 82 anos, autónoma, não fumadora, com antecedentes de HTA, dislipidemia e obesidade, internada para investigação de astenia, fraqueza e dispneia progressiva com 3 meses de evolução. Apresentava IR tipo 1, inicialmente interpretada como insuficiência cardíaca e tratada com diurético, mantendo dispneia para mínimos esforços. Referia agravamento da dispneia e episódios de síncope na posição sentada e ao levantar, com melhoria em decúbito, sugestivos de platipneia-ortodeoxia, sem outros sintomas respiratórios. Encontrava-se eupneica sob

O<sub>2</sub>, sem alterações à auscultação pulmonar e discreto edema periférico. Objetivou-se dessaturação para SpO<sub>2</sub> 70% ao levantar e hipoxemia persistente em ar ambiente (pCO<sub>2</sub> 41mmHg, pO<sub>2</sub> 52 mmHg, SatO<sub>2</sub> 89%, gradiente alvéolo-arterial aumentado). O estudo complementar revelou: ecocardiograma transtorácico sem sinais de hipertensão pulmonar ou disfunção sistólica; angio-TC torácica e cintigrafia V/Q sem tromboembolismo pulmonar, apenas discretas opacidades em vidro despolido, sem enfisema; espirometria sugestiva de restrição com normalização pós-broncodilatação; analiticamente, sem alterações de relevo. Perante hipoxemia desproporcional, dessaturação postural e platipneia, foi considerada a hipótese de shunt direito-esquerdo: realizou ecocardiograma com solução salina agitada, que revelou passagem abundante de microbolhas (>30) para as cavidades esquerdas sem Valsalva, confirmando a existência de foramen oval patente (FOP). Após o encerramento percutâneo com dispositivo Amplatzer verificou-se resolução da hipoxemia, tolerância ao levantar sem dessaturação e desmame completo de O<sub>2</sub>.

Conclusão: A SPO deve ser considerada em doentes com hipoxemia inexplicada e dessaturação postural, na ausência de alterações cardiopulmonares justificativas. O diagnóstico precoce de FOP com shunt significativo é relevante pelo potencial benefício do encerramento percutâneo na reversão da hipoxemia e recuperação funcional.

**Palavras-Chave:** Hipoxemia; Síndrome de platipneia-ortodeoxia; Foramen oval patente

### 107. Melanoma Pulmonar Primário da Mucosa Brônquica: Um Diagnóstico Raro e Inesperado

SM Pinto; M Gaspar; Z Ratinho; T Calado; M Alvoeiro; C Rodrigues; F Félix

Unidade Local de Saúde Santa Maria

Introdução: O melanoma primário pulmonar é uma entidade rara, cujo diagnóstico exige exclusão de lesão primária noutra local e confirmação imunohistoquímica. Apresentamos um caso em que o diagnóstico definitivo de melanoma foi estabelecido apenas após ressecção cirúrgica, realizada inicialmente na presunção de neoplasia pulmonar primária.

Descrição: Sexo feminino, 71 anos, não fumadora com antecedentes de quisto mamário operado e dislipidemia. Quadro de tosse seca com expectoração hemoptóica ocasional desde novembro de 2024, sem sintomas constitucionais associados.

Em TC torácica prévia de dezembro de 2023 observava-se imagem alongada do lobo superior esquerdo de 24mm, interpretada como provável mucocelo. Repetiu estudo imagiológico em janeiro de 2025 com progressão para massa parahilar esquerda de 76mm, com realce heterogéneo, associada a adenopatia paratraqueal ipsilateral com 13mm.

Realizou broncofibroscopia e EBUS com visualização de adenopatia subcarinal e lesão parenquimatosa adjacente ao brônquio lingular, contudo, o lavado brônquico e as biópsias transbrônquicas foram negativos. No estadiamento, PET-TC e RMN crânio-encefálica sem aparente doença metastática.

Foi submetida a lobectomia superior esquerda com linfadenectomia das estações 5 e 7 por toracotomia posterolateral em março de 2025. O relatório anatomopatológico confirmou melanoma, com positividade para S100 e Melan-A e ausência de mutação BRAF

V600. A neoplasia media 8,2cm, apresentava invasão brônquica, mas margens livres, sem invasão pleural visceral ou linfovascular e sem metastização ganglionar.

Após a cirurgia iniciou estudo para exclusão de tumor primário oculto, sem identificação de lesão primária, colocando-se a hipótese de melanoma primário da mucosa brônquica como mais provável.

Conclusão: Este caso ilustra a raridade do melanoma pulmonar primário e a dificuldade do seu diagnóstico pré-operatório. O diagnóstico diferencial com metástase pulmonar de melanoma de primário oculto exige investigação multidisciplinar sistemática. O melanoma primário brônquico deve ser considerado no diagnóstico diferencial de massas pulmonares sem diagnóstico estabelecido.

**Palavras-Chave:** Melanoma primário pulmonar; Massa pulmonar; Lobectomia

### 108. Tuberculose Mediastínica de Apresentação Atípica em Doente com Sarcoidose Prévia

SM Pinto; JR Inácio; TT Abreu

Unidade Local de Saúde Santa Maria

Introdução: A tuberculose (TB) pode apresentar-se de forma incomum, constituindo um desafio diagnóstico. Lesões mediastínicas podem mimetizar patologia neoplásica ou outras doenças granulomatosas, particularmente em doentes com antecedentes de sarcoidose. Expomos um caso de TB com envolvimento mediastínico, pulmonar e hepático de apresentação atípica.

Descrição: Homem de 49 anos, natural do Brasil e residente em Portugal há 15 anos. Antecedentes de sarcoidose diagnosticada em 2017 - forma nodular com adenopatias mediastínicas e uveíte. Cumpriu corticoterapia durante 14 meses, com involução quase completa das lesões em TC, mantendo posteriormente vigilância clínica, imagiológica e laboratorial, sem sinais de recidiva.

Em TC torácica de 2022 é descrita adenopatia pericárdica direita com 13mm, mantendo vigilância. Em 2023 observou-se, na mesma localização, massa heterogénea com 59mm na gordura pericárdica direita, com componente sólido hipercaptante e extensão transdiafragmática com aparente invasão hepática, associada a múltiplas adenopatias mediastínicas, levantando suspeita de neoplasia oculta ou doença granulomatosa.

TC subsequente em 2024 demonstrou aumento dimensional da lesão (75 x 55 x 40 mm), com predomínio de componente necrótico, perda dos planos de clivagem com o pericárdio e infiltração hepática. Identificou-se ainda nódulo irregular no lobo superior esquerdo com cavitação central.

Foi realizada biópsia transtorácica guiada por TC com aspiração de pús. O estudo microbiológico revelou PCR e cultura positivos para *Mycobacterium tuberculosis complex*, sensível a HRZE. Estabeleceu-se diagnóstico de TB pulmonar não cavitada, não bacilífera, associada a envolvimento ganglionar mediastínico com extensão hepática.

Iniciou terapêutica antibacilar, completando 12 meses de tratamento sem efeitos adversos. A TC de controlo demonstrou redução da lesão mediastínica para 21 x 11 mm, com resolução do componente infradiafragmático.

Conclusão: Este caso ilustra uma apresentação incomum de

tuberculose mediastínica com evolução imagiológica prolongada e características sugestivas de neoplasia. A história prévia de sarcoidose acrescentou complexidade ao diagnóstico diferencial, reforçando a importância da confirmação microbiológica em lesões mediastínicas atípicas.

**Palavras-Chave:** Tuberculose extrapulmonar; Massa mediastínica; Sarcoidose; Biópsia transtorácica

### 109. Remoção de prótese da via aérea central após pembrolizumab

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

Hospital Garcia de Orta

A obstrução da via aérea central (OVAC), decorrente de crescimento tumoral endoluminal e/ou compressão extrínseca, constitui uma complicação relevante do cancro do pulmão não pequenas células (CPNPC), frequentemente associada a morbilidade elevada. Nestes casos, a broncoscopia de intervenção desempenha um papel essencial no alívio imediato da obstrução, funcionando como estratégia de ponte até à resposta ao tratamento sistémico, do qual se destaca a imunoterapia com inibidores do PD-1, especialmente o pembrolizumab, que é atualmente recomendada como terapêutica de primeira linha em doentes com CPNPC metastático sem mutações.

Um homem de 59 anos, fumador, diagnosticado em fevereiro de 2024 com adenocarcinoma pulmonar com envolvimento do lobo superior direito, estadio IV, com PD-L1 de 90%, sem mutações. Perante OVAC mista sintomática, foi colocada uma prótese traqueobrônquica em Y tipo Dumon em março de 2024. O tratamento com pembrolizumab foi iniciado cerca de quatro semanas depois.

Dois meses após o início da imunoterapia, o doente recorreu ao serviço de urgência por estridor e sensação de corpo estranho traqueal. A broncoscopia evidenciou regressão tumoral marcada, com melhoria significativa da obstrução e migração da prótese. Observou-se também acumulação de secreções e tecido de granulação exuberante, condicionando obstrução distal. Optou-se por remoção eletiva da prótese, com eletrocoagulação do tecido de granulação e consequente reperfuração brônquica. Durante o procedimento, foi possível identificar uma cavitação extensa no lobo superior direito, com áreas de necrose tumoral, traduzindo resposta significativa à imunoterapia. O doente mantém-se em vigilância clínica, sem novas complicações até à data.

Este caso ilustra a natureza dinâmica da OVAC em doentes sob imunoterapia eficaz, destacando não só o papel da broncoscopia de intervenção como ponte terapêutica, mas também a necessidade de reavaliação endoscópica sistemática para ajuste da abordagem, incluindo a eventual remoção de próteses previamente necessárias.

**Palavras-Chave:** cancro do pulmão não pequenas células, pembrolizumab, estenose traqueobrônquica, prótese da via aérea

**110. UN BAÑO CON CONSECUENCIAS: NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD NO FIBROSANTE POR HONGOS.**

S Rodríguez Tardón, P Torres Piñero, A González Rosa, V Arganda Roncero, KA Mejía Sánchez, MR Bartol Sánchez, AG Salazar Palacios, AR Sánchez Serrano

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción: Se presenta el caso de un varón de 66 años, exfumador (índice paquetes/año 35), con antecedente de psoriasis, que presentaba tos seca de un mes de evolución.

Caso clínico: El paciente fue derivado a Urgencias desde Atención Primaria (AP) por esta clínica, sin disnea o datos de insuficiencia respiratoria. A la exploración destacaban crepitantes bibasales secos en la auscultación pulmonar. La analítica fue anodina, y en radiografía de tórax se objetivó un patrón micronodular fino, bilateral. Se decidió alta con diagnóstico de probable infección respiratoria y seguimiento por Neumología.

En consulta de Neumología, el paciente refirió que la tos aparecía al acudir a la piscina y cedía al dejar de ir. Estaba tomando prednisona diariamente, con mejoría de la tos. Se repitió radiografía de tórax, con mejoría radiológica. También se solicitó espirometría compatible con alteración ventilatoria no obstructiva (posible restrictiva) leve reversible.

Ante la sospecha de neumonitis por hipersensibilidad (NHS) se solicitó tomografía computarizada de tórax de alta resolución (TCAR), con nódulos centrolobulillares en campos superiores, pequeñas áreas de vidrio deslustrado y sin datos de fibrosis, todo ello compatible con este diagnóstico. En Alergología se confirmó la presencia de IgG elevada frente a hongos (*Aspergillus*, *Cladosporium*, *Penicillium* y *Candida*). Además, se solicitó pletismografía, concluyente con alteración ventilatoria no específica.

Con todo ello se diagnosticó de NHS no fibrosante por hongos. Tras el abandono de la piscina y tratamiento con corticoterapia 3 meses, se mantuvo la mejoría clínica y radiológica.

Conclusiones: La NHS no fibrosante o subaguda cursa con afectación intersticial inflamatoria, debida a una respuesta inmune a antígenos (Ag) inhalados.

El diagnóstico se basa en la identificación del antígeno y confirmación con IgG específica; un patrón de TCAR compatible; y hallazgos cito/histológicos (lavado broncoalveolar (BAL), principalmente). Sin embargo, ante una historia compatible con antígeno identificado y patrón de TCAR de NHS típico, se puede diagnosticar la NHS sin BAL, como en este caso.

El tratamiento incluye la retirada de la exposición al Ag y opciones farmacológicas como los corticoides. La buena evolución con estas medidas apoya el diagnóstico.

**Palavras-Chave:** Neumonitis por hipersensibilidad no fibrosante, tos seca, hongos, piscina climatizada

**111. DIPNECH: um diagnóstico incidental**

T Belo, J Freitas, M Conceição, S Guerra, B Dias, A Correia, A Reis

CHTV

Introdução: A hiperplasia difusa idiopática de células neuroendócrinas do pulmão (DIPNECH) é uma entidade rara, considerada uma lesão pré-invasiva associada a tumores carcinóides. Apresenta-se frequentemente com sintomas

respiratórios inespecíficos ou como achado incidental.

Apresenta-se o caso de uma doente de 72 anos, com antecedentes de segmentectomia do lobo superior direito (LSD) por bronquiectasias em 2004, seguida em consulta externa por asma e com múltiplos internamentos prévios por exacerbações infecciosas, incluindo um episódio de sépsis. Durante o seguimento, a tomografia computadorizada torácica evidenciou bronquiectasias localizadas ao LSD, tendo sido proposta lobectomia superior direita por VATS.

O exame anatomopatológico revelou bronquiectasias saculares, presença de tumorlets e hiperplasia neuroendócrina difusa, compatível com DIPNECH. Para estadiamento, realizou PET com DOTANOC, sem evidência de captação patológica.

Após a intervenção cirúrgica (follow-up de 1 ano), a doente mantém-se sem novas exacerbações infecciosas, encontrando-se em vigilância imagiológica anual.

Este caso destaca a importância de considerar a DIPNECH no diagnóstico diferencial, mesmo na ausência de achados imagiológicos típicos, como atenuação em mosaico ou múltiplos nódulos pulmonares.

Caso Clínico: Doente de 72 anos, com antecedentes de segmentectomia do LSD por bronquiectasias em 2004, em seguimento na consulta externa por asma e com diversos internamentos por exacerbação infecciosa (inclusive um com sepsis). Durante o seguimento fez TC-T que mostrava bronquiectasias localizadas ao LSD. Foi proposta lobectomia superior direita por VATs, tendo o estudo anatomopatológico revelado bronquiectasias saculares, tumorlets e hiperplasia neuroendócrina difusa. Fez PET DOTANOC estadiamento que não foi negativa. Desde a cirurgia (follow-up de 1 ano), sem novas exacerbações e mantém atualmente vigilância imagiológica anual.

Conclusão: Com este caso pretendemos ilustrar a importância de considerar esta entidade no diagnóstico diferencial – apesar de não estarem presentes os achados imagiológicos mais típicos como a atenuação em mosaico nem as opacidades nodulares.

**Palavras-Chave:** Dipnech, bronquiectasias, asma

**112. Para além do pulmão: Derrame pleural recidivante**

T Belo

CHTV

O derrame pleural é uma entidade frequente, com múltiplos diagnósticos diferenciais (infecciosos, autoimunes, neoplásicos e sistémicos). Apesar de uma abordagem sistematizada permitir diagnóstico na maioria dos casos, uma pequena proporção permanece sem etiologia definida, sobretudo nos quadros recorrentes. Apresenta-se um caso clínico posteriormente atribuído a endometriose torácica.

Mulher, 33 anos, natural de Angola, residente em Portugal há 1 ano. Recorreu ao SU por tosse e diarreia com 3 semanas de evolução. Antecedentes de infeção pulmonar há 10 anos e apendicite gangrenada há 4 meses, submetida a cirurgia com achado anatomopatológico de endometriose. Não fumadora, sem medicação habitual. Analiticamente com anemia ligeira (Hb 11.5 g/dL) e PCR 5 mg/dL. Rx tórax com derrame pleural direito volumoso e ecografia abdominal com ascite.

Internada para estudo etiológico. Toracocentese revelou líquido sero-hemático (exsudado, ADA 31). Paracentese com elevada

contagem de eritrócitos. Houve recidiva ao 7º dia. TC-TAP evidenciou derrame pleural direito volumoso, atelectasia passiva, adenomegalias e estrutura nodular retro-uterina sugestiva de implante. Realizou toracoscopia com identificação de lesões pleurais; biópsias mostraram inflamação com hemorragia crónica. Citologia compatível com inflamação crónica. Estudo microbiológico, incluindo *Mycobacterium tuberculosis*, negativo. Broncoscopia e colonoscopia sem alterações relevantes.

Perante os achados, assumiu-se endometriose torácica, iniciando triptorrelina. Em follow-up, múltiplas recorrências de derrame, com necessidade de toracocenteses repetidas. Líquido consistentemente exsudativo, sem células neoplásicas ou sugestivas de endometriose. Iniciou dienogest, estando a ser equacionada pleurodese.

A endometriose torácica é uma causa rara e subdiagnosticada de derrame pleural. A apresentação inespecífica e a baixa rentabilidade diagnóstica, particularmente da citologia, dificultam o diagnóstico, exigindo elevado índice de suspeição. A recorrência frequente, mesmo sob terapêutica, evidencia a complexidade da sua abordagem.

**Palavras-Chave:** endometriose, tuberculose, derrame pleural recidivante

### 113. Doença Relacionada com IgG4: O Desafio Imagiológico

*T Machado; T Sá; E Tinoco; I Marques; C Sousa*

Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

**Introdução:** A doença relacionada com a imunoglobulina G4 (DR-IgG4) é uma entidade inflamatória multissistémica rara, manifestando-se por lesões nodulares ou massas pseudotumorais. Imagiologicamente, estas lesões podem mimetizar processos neoplásicos, tornando o reconhecimento dos padrões radiológicos e a integração clínica essenciais.

**Descrição:** Apresento dois casos clínicos.

No primeiro caso, um doente do sexo masculino de 76 anos, com fibrose pulmonar idiopática, apresentou um nódulo pulmonar no lobo superior direito com 25 mm, com crescimento progressivo e hipermetabolismo em PET-CT. Perante a negatividade da biópsia transtorácica inicial para malignidade, o caso foi discutido em reunião multidisciplinar com a Radiologia. A correlação imagiológica detalhada permitiu levantar a suspeita diagnóstica de DR-IgG4, posteriormente confirmada por revisão histológica. Atendendo à patologia de base e à ausência de envolvimento sistémico, optou-se por vigilância.

No segundo caso, um doente do sexo masculino de 57 anos apresentou-se com tumefação submandibular bilateral, linfadenopatias mediastínicas e um nódulo pulmonar no lobo superior direito com 12 mm na TC. A ecografia revelou heterogeneidade difusa e hipoecogenicidade das glândulas salivares. O diagnóstico revelou-se complexo, uma vez que a amostra ganglionar obtida por EBUS-TBNA (estação 7) evidenciou um processo granulomatoso e uma população linfóide B anormal compatível com leucemia linfocítica crónica de células B na citometria de fluxo. A integração dos achados imagiológicos e a correlação com a elevação da IgG4 sérica (488 mg/dL) motivaram a realização de biópsia das glândulas submandibulares, que confirmou o diagnóstico de DR-IgG4. O doente iniciou corticoterapia, com boa resposta clínica e

estabilização das lesões.

**Conclusão:** Estes casos ilustram a complexidade diagnóstica da DR-IgG4 e o seu papel como “grande mimetizadora” de neoplasias. A sobreposição com outras patologias reforça a necessidade de uma correlação rigorosa entre achados imagiológicos, laboratoriais e histológicos, evidenciando que a colaboração multidisciplinar é determinante para uma abordagem clínica adequada.

**Palavras-Chave:** Doença Relacionada com IgG4; Nódulo pulmonar; Lesão pseudotumoral

### 114. Síndrome Eosinofílico e Mimetismo Pulmonar por *Strongyloides stercoralis*

*T Machado; T Sá; M Monteiro de Castro; I Pascoal; T Shiang; D Machado; R Lima*

Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

**Introdução:** As síndromes eosinofílicas pulmonares representam um desafio diagnóstico pela sobreposição clínica com patologia inflamatória das vias aéreas. A resposta inicial favorável aos corticosteroides pode mascarar etiologias infecciosas subjacentes, como a infeção por *Strongyloides stercoralis*, com risco potencial de hiperinfeção fatal.

**Descrição:** Mulher, 57 anos, ucraniana (residente em Portugal há 35 anos), com exposição profissional em loja de animais, com antecedentes de asma de início tardio e rinossinusite. Admitida por dispneia, tosse e pieira com 4 dias de evolução. Analiticamente com eosinofilia marcada (4690/ $\mu$ L) e Proteína C Reactiva de 1,29 mg/dL. A TC de tórax revelou opacidades em vidro despolido, espessamento septal e micronódulos centrilobulares com padrão de “tree-in-bud” e impactação mucóide.

Decidiu-se internamento da doente por broncospasmo e insuficiência respiratória tipo 1, tendo realizado corticoterapia sistémica em alta dose e otimização da terapêutica inalatória com melhoria clínica. Nesse sentido, foi orientada para consulta externa, mantendo prednisolona 60 mg/dia, com esquema de desmame.

O estudo etiológico revelou estudo de autoimunidade negativo (ANCA e ANA), IgE elevada (1308 UI/mL), serologia positiva para *Strongyloides stercoralis* (ELISA: 1.22) e um perfil imunológico com IgG4 elevada (225 mg/dL), consumo de IgG1 (394 mg/dL) e elevação das frações do complemento C3 e C4.

Após discussão multidisciplinar, iniciou terapêutica com ivermectina (0,2 mg/kg/dia, 2 dias consecutivos, com repetição após 2 semanas), com resolução clínica e imagiológica, permitindo desmame progressivo de corticoterapia e manutenção de terapêutica inalatória otimizada para a sua patologia de base.

**Conclusão:** Este caso sublinha a necessidade de excluir causas parasitárias em doentes com síndromes eosinofílicas, valorizando a história de viagens a zonas endémicas e o potencial da exposição laboral. A vigilância é crítica, uma vez que a instituição de corticoterapia em altas doses, embora eficaz no controlo imediato dos sintomas, pode precipitar formas disseminadas e graves de estrongiloidíase.

**Palavras-Chave:** síndrome eosinofílica, eosinofilia, *Strongyloides stercoralis*

### 115. Aspergilosis broncopulmonar alérgica: un reto diagnóstico

V Arganda, KA Mejía, S Rodríguez, A González, P Torres, MR Bartol, E Curto

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

**Introducción:** La aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA) es una entidad que se caracteriza por una reacción inmune al hongo *Aspergillus* en las vías respiratorias que afecta predominantemente a pacientes asmáticos y con fibrosis quística, teniendo unos criterios diagnósticos establecidos en 1977 que siguen en vigor, pese a sus limitaciones. Por ello, presentamos un caso de probable ABPA que no cumple criterios diagnósticos.

**Descripción:** Mujer de 56 años en seguimiento por asma eosinofílica persistente grave diagnosticada a los 20 años en tratamiento únicamente con budesonida por mala tolerancia de inhaladores. Como antecedentes de interés, presenta enfermedad respiratoria exacerbada por AINEs y poliposis nasal intervenida quirúrgicamente hace 7 años. Además, hace 4 años se le realizó TC torácico con hallazgos de bronquiectasias cilíndricas en el contexto de hallazgos compatibles con ABPA.

En una primera consulta, al realizar la espirometría se observa una obstrucción grave al flujo aéreo (FEV1 45%) y FeNO 41ppb. Ante estos hallazgos, se decide repetición de las pruebas de función pulmonar con hallazgos de empeoramiento de la obstrucción (FEV1 33%) y repetición del TC torácico con hallazgos de aumento de las bronquiectasias varicosas con predominio en lóbulos superiores, presentando ocupaciones focales por tapones mucosos y múltiples broncolitos, sin poder descartar ABPA.

A nivel analítico se encontró eosinofilia histórica máxima de 1440 céls/μL, IgE total de 200 UI/ml, IgE específica para *Aspergillus* negativa e IgG positiva. Estos hallazgos, sin embargo, según los criterios diagnósticos de ABPA no nos permite confirmar esta entidad pese a la elevada sospecha clínica.

En el momento actual, se ha escalado terapia inhalada con broncodilatadores y se ha planteado inicio de tratamiento biológico.

**Conclusión:** A pesar de que los criterios diagnósticos para ABPA no son concluyentes (IgE específica negativa), la clínica, las bronquiectasias centrales, broncolitos e IgG positiva mantienen una alta sospecha de esta entidad. Este escenario subraya la importancia de no descartar el diagnóstico con alta sospecha clínica por falta de criterios estrictos y mantener la sospecha de esta entidad en un contexto clínico favorable, sin llegar a descartarla por completo debido a la ausencia de criterios suficientes.

**Palavras-Chave:** aspergilosis broncopulmonar alérgica, criterios diagnósticos.

### 116. Malformaciones arteriovenosas pulmonares: cuando la sangre toma atajos

V Arganda, KA Mejía, A Esteban, JN Aranda, HR Toala, I Jiménez, MR Bartol

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

**Introducción:** Las malformaciones arteriovenosas pulmonares (MAVP) son una entidad rara que se ha relacionado fundamentalmente con una etiología esporádica o con el

síndrome de Rendu-Osler-Weber o telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH), sin sintomatología aparente, aunque pueden ser causa de complicaciones como hemoptisis, hemotórax, entre otras. En este trabajo revisamos varios casos típicos de MAVP y sus imágenes de TC torácicos para observar las diferentes imágenes que presentan estas afectaciones y los contextos clínicos en los que suelen aparecer.

**Descripción:** Caso 1: mujer de 64 años con antecedentes de apnea obstructiva del sueño y sospecha de asma que comienza con disnea, tos persistente y sibilancias en contexto de infección respiratoria que se mantienen en el tiempo. Se realiza TC torácico por tapones mucosos con hallazgo incidental de MAVP.

Caso 2: mujer de 55 años con síndrome de THH que presenta malformaciones arteriovenosas hepáticas. Se le realiza TC torácico en el estudio de su enfermedad, con hallazgo de una MAVP, sin cambios en seguimientos posteriores.

Caso 3: varón de 56 años con diagnóstico de síndrome de THH. En el estudio de su enfermedad se realiza angio-TC pulmonar con hallazgos de MAVP múltiples en segmento medial del lóbulo medio, basal anterior derecho, basal lateral izquierdo (embolizada con coils) y en segmento basal anterior izquierdo y opacidades nodulares que podrían tratarse de otras MAVP.

Caso 4: mujer de 71 años, fumadora, con antecedente personal de bronquiectasias que comienza con hemoptisis masiva, en probable relación con su diagnóstico de bronquiectasias que precisó embolización. Se realiza angio-TC pulmonar con hallazgo de bronquiectasias y MAVP en lóbulo inferior derecho.

Caso 5: mujer de 49 años con reciente diagnóstico de THH y presencia de shunt extracardiaco tras ecocardiograma con test de burbujas sin hallazgo de cardiopatía estructural. Al realizar el TC pulmonar se encuentra varias MAVP, siendo la mayor de 8 mm.

**Conclusión:** Las MAVP son entidades que suelen tener un origen idiopático o frecuentemente en relación con THH, siendo asintomáticas en la mayoría de los casos, pero pueden presentar importantes complicaciones. Por ello, su aparición nos puede ayudar a orientar nuestro diagnóstico y manejo del paciente en diferentes contextos clínicos.

**Palavras-Chave:** malformaciones arteriovenosas pulmonares, Rendu-Osler-Weber

### 117. Massa pulmonar num adulto jovem: Um diagnóstico raro que desafia a idade

V Figueiredo, R Costa, CS Alves, M Anciães, C Parda

ULS Amadora-Sintra

**Introdução:** As neoplasias primárias do pulmão são raras em jovens adultos, sendo a evidência disponível limitada a relatos e pequenas séries de casos.

**Descrição:** Jovem de 19 anos, angolana, com antecedentes de amenorreia e baixo peso.

Admitida por anemia grave (Hb 5,8 g/dL).

Referia quadro com 4 meses de evolução de dispneia, tosse, toracalgia, anorexia e sudorese noturna. Apresentava baixa estatura com IMC de 16, hipotrofia mamária e diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito.

A radiografia de tórax mostrou opacidade no hemitórax direito, a corresponder em TC torácica, a massa heterogénea

(10×9×12cm), com calcificações grosseiras, envolvendo os lobos superior e médio direitos e adenopatias mediastínicas. Foi identificada uma artéria sistémica aberrante com origem na aorta abdominal, abaixo do tronco celíaco.

Realizou PET-TC que mostrou hipermetabolismo heterogéneo sugestivo de malignidade, com envolvimento pleural e ganglionar mediastínico.

Na broncofibroscopia objetivou-se lesão obstrutiva vascularizada no lobo médio; a citologia e as biópsias não foram diagnósticas.

Realizou biópsia transtorácica, também inconclusiva, podendo corresponder a sequestro pulmonar ou teratoma, não se excluindo tumor miofibroblástico inflamatório ou sarcomatoide.

A TC de corpo identificou nódulo adrenal e alterações ginecológicas sem evidência de teratoma ovárico.  $\beta$ -hCG e alfa-fetoproteína negativas.

Por caracterização histológica sem sucesso, discutiu-se com a Cirurgia Torácica indicação para excisão da massa pulmonar, com embolização prévia de múltiplas artérias sistémicas. Dada a extensão da massa pulmonar, foi submetida a pneumectomia direita com esvaziamento ganglionar mediastínico.

O estudo anatomopatológico revelou carcinoma mucoepidermoide de baixo grau com invasão da pleura visceral (pT4 pN0 R0), sem indicação para terapêutica adjuvante, mas vigilância imagiológica.

Admitiu-se também hipogonadismo hipogonadotrófico funcional em contexto oncológico com défice de hormona de crescimento.

Conclusão: O carcinoma mucoepidermoide pulmonar é um tumor raro do tipo das glândulas salivares, representando 0,1–0,2% das neoplasias do pulmão. Este caso sublinha o papel do estudo histopatológico para o diagnóstico definitivo, bem como a complexidade acrescida associada à necessidade de embolização vascular pré-operatória.

**Palavras-Chave:** tumor mucoepidermoide - embolização

### 118. Nem tudo é o que parece: Um caso de derrame pleural

V Figueiredo, I Eiró, CC Couto, C Alves, M Anciães, C Pardal

ULS Amadora-Sintra

Introdução: Para além das etiologias mais comuns de derrame pleural (insuficiência cardíaca, parapneumónico e malignidade), existem outras mais raras que devemos incluir no diagnóstico diferencial, se a bioquímica do líquido pleural e a clínica assim o justificarem.

Descrição: Homem de 22 anos, leucodérmico. Antecedentes de asma brônquica. Desenvolve quadro de febre, tosse, cansaço, mialgias e cefaleia com 3 dias de evolução. Analiticamente sem leucocitose e PCR 6.87mg/dL. Radiologicamente com algumas consolidações alveolares dispersas e derrame volumoso à direita, a esboçar áreas de loculação.

Perante os achados assumiu-se o diagnóstico de pneumonia da comunidade com derrame pleural parapneumónico complicado e iniciou antibioterapia com cobertura de anaeróbios.

Dada a organização do derrame optou-se por colocação de dreno torácico, com saída de 2000mL de líquido serofibrinoso, com pH de 7.3, glicose elevada e compatível com exsudado de predomínio linfocítico, pouco a favor de derrame parapneumónico.

Dada a incongruência deste achado, num jovem adulto, ponderou-se etiologia autoimune, pelo que se pediu estudo de serosite com anti-dsDNA, fator reumatóide, ANA e velocidade e sedimentação, apenas com elevação desta última.

Revedo os exames complementares da admissão, objetivou-se no eletrocardiograma o esboço de ondas T apiculadas, a sugerir miocardite. Do estudo com troponina T, mioglobina, ckMB e CK total, destaca-se uma troponina elevada de 680ng/mL.

Admitiu-se o diagnóstico de miopericardite e foi transferido para o serviço de Cardiologia, onde iniciou tratamento com colchichina e ibuprofeno.

Realizou ecocardiograma com função sistólica global preservada, sem derrame, mas pericárdio hiperecogénico. Para complementar o estudo, realizou ressonância magnética cardíaca onde se relata função sistólica biventricular ligeiramente comprometida em provável contexto de miocardite aguda.

Por melhoria clínica teve alta com o diagnóstico de derrame pleural em contexto de miocardite de etiologia a esclarecer, em provável contexto de infeção viral.

Conclusão: O derrame pleural pode surgir até um terço dos casos de miocardite, contudo, não é uma condição comum. O diagnóstico é muitas vezes atrasado, sendo necessário elevada suspeição clínica e revisão de exames complementares.

**Palavras-Chave:** derrame pleural - miopericardite

### 119. TEP subsegmentar não provocada: apresentação inaugural de carcinoma renal de células claras

D Vieira, AT Cunha, J Couto, LF Mendes, MB Afonso, PS Santos, PG Ferreira, V Sousa, MA Marques.

ULS Coimbra

Introdução: A tromboembolia pulmonar (TEP) não provocada pode constituir uma manifestação inaugural de neoplasia oculta, com uma incidência estimada entre os 4–10% nos 12 meses subsequentes ao seu diagnóstico. Esta define-se pela ausência de fatores de risco transitórios ou persistentes identificáveis, sendo particularmente relevante pela sua associação a neoplasia subjacente.

Caso clínico: Mulher de 55 anos recorreu ao SU por toracalgia pleurítica bilateral com uma semana de evolução, associada a tosse produtiva e dispneia progressiva. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, com SpO<sub>2</sub> 93% em ar ambiente, apirética, com diminuição do murmúrio vesicular bibasal e crepitações dispersas. Analiticamente com leucocitose ( $13 \times 10^9/L$ ), PCR 18,1 mg/dL e D-dímeros 4127 ng/mL. Radiografia torácica em incidência Pósterio-Anterior com pequeno derrame pleural bilateral. Iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxona e azitromicina. Perante D-dímeros elevados, realizou angio-TC torácica, que evidenciou tromboembolia pulmonar subsegmentar com áreas compatíveis com enfarte pulmonar, bem como opacidades nodulares dispersas em vidro despolido. Iniciou anticoagulação com enoxaparina 60 mg bidiária. Posteriormente, realizou Eco-Doppler dos membros inferiores, sem sinais de trombose venosa profunda. No internamento, referiu perda ponderal de 20 kg nos últimos 4 meses, que na presença de TEP não provocada levantou suspeita de neoplasia subjacente, reforçada pelos achados imagiológicos. Realizou ecografia ginecológica e mamária, sem alterações sugestivas de neoplasia. Por hematúria, realizou ecografia renal que identificou uma lesão

nodular no rim direito. Angio-TC TAP e PET-TC confirmaram massa renal direita com cerca de 6 cm, hipermetabólica, sugestiva de neoplasia maligna. Transferida para Urologia para continuação de cuidados.

Discussão/Conclusão: Perante uma TEP aparentemente não provocada, especialmente subsegmentar e na ausência de trombose venosa profunda, deve manter-se elevado índice de suspeição para neoplasia oculta. Esta distinção tem implicações terapêuticas relevantes: enquanto em uma TEP subsegmentar de baixo risco pode considerar-se vigilância sem anticoagulação, nos doentes oncológicos a anticoagulação é recomendada e frequentemente de duração indefinida.

**Palavras-Chave:** Tromboembolia pulmonar; Neoplasia oculta; Carcinoma renal de células claras; TEP não provocada

## **120. Hidropneumotórax numa doente paucissintomática: uma etiologia estrutural inesperada**

*M Almeida, S Botelho Teixeira, L Lopes, L Balanco, C Cortesão, D Vieira*

ULS Coimbra

Introdução: O hidropneumotórax é definido como uma coleção intrapleural com um nível de líquido. As causas mais frequentes são: tuberculose, abscesso, derrame parapneumónico, neoplasia, trauma ou pneumotórax infetado. Descrição: Doente do sexo feminino, 80 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, foi referenciada ao Serviço de Urgência (SU) pelo médico assistente devido a alterações imagiológicas detetadas em contexto de reavaliação de quadro respiratório com 2 semanas de evolução, inicialmente interpretado como pneumonia direita com provável derrame pleural associado, medicada com antibioterapia. À observação, apresentava melhoria clínica, sem insuficiência respiratória, mantendo diminuição do murmúrio vesicular à direita. O raio X do tórax inicial evidenciava hipotransparência direita, com ausência de visualização do parênquima pulmonar compatível com volumoso pneumotórax direito associado a derrame pleural. A doente negava história de trauma torácico ou outros fatores precipitantes. No SU, a repetição do raio X do tórax confirmou a presença de hidropneumotórax direito. O estudo analítico não revelou alterações sugestivas de processo infeccioso ou inflamatório ativo. Foi colocado dreno torácico, com drenagem inicialmente passiva. Perante persistência do pneumotórax, apesar da melhoria do derrame pleural, iniciou drenagem ativa. A TC do tórax realizada durante o internamento, identificou uma volumosa imagem quística localizada no lobo inferior direito com 10,4 cm, achado assumido como a causa do hidropneumotórax. O dreno torácico foi removido ao 13.º dia de internamento, após evolução imagiológica favorável e ausência de drenagem. Clinicamente, sem intercorrências, mantendo-se a doente assintomática até à data da alta. Foi orientada para consulta de Pneumologia e Cirurgia Torácica para avaliação e ponderação de excisão cirúrgica da lesão quística. Conclusão: Este caso clínico evidencia uma apresentação pouco habitual de hidropneumotórax, numa doente paucissintomática e sem fatores precipitantes identificáveis, salientando a importância da correlação clínico-radiológica. A identificação de uma lesão quística pulmonar de grandes dimensões como provável etiologia reforça a necessidade de considerar causas infrequentes no diagnóstico diferencial do hidropneumotórax.

**Palavras-Chave:** Hidropneumotórax, Quisto pulmonar

**121. Beyond the lungs: an unusual presentation of a thoracic mass**

*B Baptista, MH Reis, HI Carvalho, F Correia, B Ferraz, B Silva, N Faria*  
ULS Santo António

**Introduction:** Lung cancer is a leading cause of cancer-related mortality. Initial symptoms may be atypical, non-specific, or predominantly extrapulmonary, potentially obscuring the diagnosis.

**Case report:** A 60-year-old male with an 88 pack-year smoking history and recent alcohol abstinence presented with severe thoracic and lumbar pain and a one-week history of obstipation despite preserved flatus. He also reported weight loss and anorexia, along with baseline chronic mucoid cough, without dyspnea. Physical examination revealed facial and periorbital edema, collateral chest wall circulation, mild cyanosis, and decreased breath sounds over the right hemithorax. Arterial blood gas analysis showed hypoxemic respiratory failure. Chest computed tomography revealed a cavitated lesion in the right lower lobe and a large mediastinal mass causing severe superior vena cava (SVC) compression, right main bronchus invasion and suspected lymphangitic carcinomatosis. Urgent decompressive radiotherapy was initiated with clinical improvement. During hospitalization, the patient developed an acute abdomen requiring emergent laparotomy and segmental enterectomy. Small bowel histopathology demonstrated a poorly differentiated carcinoma with a high mitotic index, and lymphovascular and perineural invasion, infiltrating the entire bowel wall. Immunohistochemical analysis, although inconclusive, supported a pulmonary origin. FDG-PET/CT showed intense uptake in the pulmonary lesion with invasion of the pleura, T8 vertebra and thoracic musculature. Widespread metastases were identified in hilar, mediastinal and abdominal lymph nodes, adrenal glands, peritoneum, pancreas, and the iliopsoas muscle, supporting a disseminated pulmonary primary.

**Discussion:** This case illustrates a rare presentation of a probable primary lung malignancy, complicated by SVC syndrome and small bowel metastatic perforation. It emphasizes the need to consider thoracic malignancy in patients with multisystem manifestations and atypical clinical presentations, even when gastrointestinal symptoms predominate.

**Palavras-Chave:** Lung cancer; metastasis; atypical presentation; superior vena cava syndrome

**122. Pólipo fantasma**

*Autor: JL Ribeiro Co-autores: MJ Lúcio, I Santos, C Barata, JM Correia*  
ULSLO - Hospital Egas Moniz

**Introdução:** Os pólipos traqueais são lesões raras, cuja detecção exige atenção ao contexto clínico do doente. Num indivíduo com tabagismo significativo e imunodepressão, o aparecimento de tosse crónica ou agravamento de sintomas respiratórios pode refletir desde alterações benignas, como secreções ou granulomas, até infeções oportunistas (Citomegalovirus, fungos) ou neoplasias da via aérea central (carcinoma escamoso ou sarcoma de Kaposi). Nestes casos, a avaliação rápida e criteriosa é fundamental para diferenciar entre causas potencialmente graves.

**Apresentação do caso clínico:** Trata-se de um doente do sexo masculino, 60 anos, autónomo nas atividades da vida diária,

fumador ativo (CT 30UMA), com antecedentes de DPOC GOLD 3B e infeção por HIV.

Foi referenciado à consulta de Pneumologia após identificação de um aparente pólipos traqueal e enfisema extenso em tomografia computadorizada torácica, acompanhado de tosse seca crónica com agravamento nos 3 meses prévios, e episódios de dispnéia com esforço, com resolução rápida em repouso. Negava hemoptises ou perda ponderal.

Atendendo ao perfil de risco, realizou broncofibroscopia, que não revelou alterações relevantes e repetiu TC cervical sem evidência de lesões traqueais. Verificou-se melhoria sintomática com otimização da terapêutica broncodilatadora inalada atribuindo-se assim os sintomas respiratórios à DPOC, sendo o achado imagiológico inicial interpretado como provável impactação de secreções.

**Conclusão:** Este caso reforça que, apesar da relevância dos exames de imagem, o diagnóstico deve assentar na integração criteriosa dos achados clínicos, imagiológicos e endoscópicos, evitando interpretações isoladas que possam conduzir a investigações ou diagnósticos incorretos.

**Palavras-Chave:** pólipos, broncofibroscopia, obstrução

**123. Abscesso mediastínico numa infeção estafilocócica multifocal disseminada num paciente diabético**

*D Godinho, JM Ratinho, M Gaspar, T Calado, F Santos, F Froes*  
ULSSM

**Introdução:** O MSSA existe na nasofaringe, pele, trato gastrointestinal e períneo, causando várias infeções, desde foliculites até infeções disseminadas. A infeção multifocal por MSSA sem endocardite infecciosa é extremamente rara. Fatores de risco comuns para bacteremia a MSSA incluem imunossupressão, transplante de órgãos, cancro, hemodiálise e diabetes mellitus.

**Caso Clínico:** Apresentamos o caso clínico de um homem de 55 anos, não fumador, com queixas de disfagia e anorexia com 3 semanas de evolução, que complicaram com febre, prostração, hipotensão e taquicardia, com PCR de 44mg/dL e procalcitonina de 3,85mg/dL. Sem suspeição de infeção na orofaringe ou coleções cervicais, com veias jugulares patentes bilateralmente. Foi excluída endocardite infecciosa e realizada TC, identificando-se uma coleção no mediastino superior com focos gasosos desde região tiroideia até à região retroesternal. Concomitantemente, apresentava hiperglicemia >600mg/dL, com acidose metabólica com hiperlactacidemia e cetonémia de 1.6mmol/L, assim como lesão renal aguda, admitindo-se cetoacidose diabética inaugural por sépsis. O doente iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e clindamicina e correção da cetoacidose diabética, tendo realizado drenagem do abscesso mediastínico retroesternal com isolamento de MSSA no exsudado purulento e nas hemoculturas. Foi realizada TC-TAP, que confirmou abscesso mediastínico anterior, artrite esternoclavicular direita, sinais de embolização séptica pulmonar e abscesso prostático. Sem indicação para drenagem cirúrgica pela Urologia após realização de ecografia prostática, tendo mantido a antibioterapia, dada a evolução clínica e laboratorial favoráveis sustentadas. O doente cumpriu 14 dias de ceftriaxone e teve alta clínica sob cotrimoxazol, que cumpriu durante mais 7 dias.

**Conclusão:** O abscesso mediastínico pode evoluir rapidamente, obrigando a um elevado nível de suspeição clínica em fases

iniciais de modo a evitar o atraso no início do tratamento, o que pode conduzir ao aumento da morbimortalidade. Os elevados parâmetros inflamatórios associados à cetoacidose diabética neste doente alertaram para a gravidade da situação clínica. Embora não houvesse isolamento microbiológico no abscesso prostático e o MSSA seja um agente pouco frequente, admite-se que possa ser a origem do foco, na medida em que estão descritos alguns casos.

**Palavras-Chave:** êmbolos sépticos, bacteriemia, staphylococcus aureus, disseminação

#### 124. Aspergilose invasiva traqueobrônquica e pulmonar num hospedeiro sem imunossupressão clássica: o papel da diabetes inaugural como fator crítico.

*J Freitas, A Monteiro, J Rodrigues, M Pinto, B Mendes, F Oliveira, AS Santos, A Mineiro, D Maia, MM Emiliano, A Miguel*

Hospital de Santa Marta

**Introdução:** A aspergilose invasiva traqueobrônquica é uma forma rara de infeção por *Aspergillus*, tipicamente descrita em doentes imunocomprometidos. A ausência de fatores clássicos de imunossupressão pode atrasar o diagnóstico.

**Caso Clínico:** Homem, 52 anos, trabalhador da construção civil, ex-fumador e com hábitos alcoólicos marcados (~80g/dia), sem antecedentes conhecidos. Admitido no serviço de urgência (SU) por tosse e dispneia com 3 dias de evolução. Apresentava-se febril, com SpO<sub>2</sub> de 98% em ar ambiente (AA) e roncos dispersos na auscultação. Analiticamente destacava-se PCR 119 mg/L, sem alterações na radiografia torácica. Perante um teste positivo para Influenza A, assumiu-se gripe com sobreinfeção bacteriana e teve alta com oseltamivir e antibioterapia empírica.

Cinco dias depois regressou ao SU por agravamento clínico, apresentando SpO<sub>2</sub> 89% em AA. O estudo analítico e a radiografia torácica mantinham-se sobreponíveis. Assumiu-se falência antibiótica, escalou-se para piperacilina-tazobactam e colheram-se hemoculturas, posteriormente negativas. Após 5 dias verificou-se novo agravamento clínico. A TC torácica revelou múltiplas opacidades bilaterais e dois nódulos cavitados no lobo superior direito. Realizou-se uma broncofibroscopia observando-se uma lesão ulcerada no brônquio intermediário, que foi biopsada. Destacavam-se um antigénio galactomannan francamente positivo no LBA (7,94) e o isolamento de *Aspergillus fumigatus* na biópsia. O restante estudo microbiológico e micobacteriológico foi negativo.

Perante um doente sem imunossupressão conhecida, realizou-se uma investigação etiológica extensa, mas sem alterações relevantes. Contudo, documentaram-se glicemias persistentemente elevadas e HbA1c 8,6%, compatível com diabetes mellitus inaugural.

Assumiu-se aspergilose invasiva favorecida por descompensação metabólica da diabetes e iniciou-se terapêutica com voriconazol e insulino-terapia. Verificou-se melhoria clínica franca, com desmame completo da oxigenoterapia e descida sustentada dos parâmetros inflamatórios. A TC de controlo após 4 meses mostrou resolução significativa das lesões pulmonares.

**Conclusão:** Este caso ilustra uma forma rara de aspergilose invasiva traqueobrônquica num doente aparentemente imunocompetente, em que a diabetes mellitus inaugural

constituiu um provável fator predisponente.

**Palavras-Chave:** Aspergilose invasiva; Aspergilose traqueobrônquica; Diabetes inaugural; Imunossupressão;

#### 125. ALLERGIC BRONCHOPULMONARY ASPERGILLOSIS: PLAIN TO SEE, HARD TO PROVE

*JP Correia; L Ribeiro; A Amorim; C Parra; C Hilário; E Carção; B Conde ULS TMAD - Hospital de Vila Real*

**Introduction:** Allergic Bronchopulmonary Aspergillosis (ABPA) is a complex hypersensitivity reaction to *Aspergillus fumigatus* (AF), typically occurring in patients with asthma or cystic fibrosis (CF). While diagnostic criteria are well-established, clinical reality presents a different scenario, where the absence of initial laboratory criteria leads to significant diagnostic inertia and delayed treatment.

**Case Report:** A 40-year-old male, never-smoker, with a history of chronic rhinosinusitis with nasal polyps (CRSwNP), for which he had 3 polypectomies, and eosinophilic asthma, presented with productive cough and bronchospasm. Initial work-up showed elevated peripheral eosinophilia (2380/uL), moderate airflow obstruction with no reversibility and chest X-ray with bilateral nodular opacities. Thoracic computed tomography (CT) revealed areas of high attenuation mucus and “finger-in-glove” sign suggesting mucus-filled bronchiectasis, suspicious for ABPA, but total immunoglobulin E was <500 IU/mL and AF IgE and IgG were normal (0.28kUA/L and 2.7kmgA/L, respectively). Investigation of alternative causes of bronchiectasis was inconclusive. The patient started airway clearance therapy with mobilization of large amounts of purulent sputum with multiple isolates. Marked radiological disease progression occurred, leading to referral to a specialized bronchiectasis centre, where AF specific Ig was repeated, revealing IgE (2.41kUA/L), IgG (6.69mgA/L) and total IgE 555IU/mL, confirming the diagnosis of ABPA. Prednisolone was started with positive clinical, serological and radiological response criteria at 12 weeks. Following steroid weaning, the patient suffered a radiological relapse. Therefore, given the formal indication for biological therapy due to CRSwNP, mepolizumab (100mg, 4/4 weeks) was started in an attempt to simultaneously manage ABPA. Clinical response will be decisive in assessing the need to change the therapeutic strategy.

**Conclusions:** This case highlights that an initial negative serological work-up should not exclude ABPA when clinical and radiological suspicion is high, warranting serial serological testing. Recurrence after corticosteroid weaning is a frequent challenge. The use of biological therapy has an increasing role, although long-term efficacy in preventing ABPA relapses requires further evaluation.

**Palavras-Chave:** ABPA; eosinophilic asthma; bronchiectasis; biological therapy

#### 126. Nunca é tuberculose

*Autor principal; JL Ribeiro; Co-autores: I Santos, C Barata, JM Correia ULSLO - Hospital Egas Moniz*

**Introdução:** As recomendações da Sociedade de Fleischer definem massa pulmonar como qualquer lesão sólida no pulmão com diâmetro superior a 3 cm. Pelo seu risco elevado de malignidade, a investigação deve ser rápida e detalhada,

17º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico  
Coimbra, Convento de São Francisco - 25 e 26 Junho de 2026

## Resumos

envolvendo história clínica detalhada, TC torácico de alta resolução para caracterização detalhada, PET-CT para avaliação do metabolismo e extensão; Biópsia e estadiamento.

Apresentação do caso clínico: Doente do sexo feminino, 45 anos, melanodérmica, natural da Guiné Bissau, a residir em Portugal há 10 anos, com diagnóstico prévio de HIV. Encaminhada à consulta de Pneumologia por achado em TC torácica, onde se observou extensa condensação do LSE e stop do brônquio do segmento apical com densidade de partes moles. Apresentava ainda dois micronódulos contralaterais. A doente encontrava-se assintomática, negando tosse, expectoração, febre, emagrecimento, hemoptises. Assumiu-se como diagnóstico mais provável a neoplasia pulmonar e prosseguiu-se investigação com TC de crânio que não mostrou metastização e broncofibroscopia que revelou à esquerda, obstrução completa de B6 por massa de crescimento endoluminal inultrapassável.

O exame histológico das biópsias mostraram fragmentos diminutos de parede brônquica e retalhos soltos de epitélio brônquico com aspectos reactivos, sem evidência de neoplasia e pesquisa de microorganismos negativa. Os exames microbiológicos e direto para pesquisa de BAAR foram negativos. Nas secreções brônquicas verificou-se positividade da PCR para *M. tuberculosis* e, posteriormente, exame cultural positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Iniciou tratamento da Tuberculose e manteve seguimento, já que não se podia excluir lesão neoplásica concomitante.

O seguimento e marcação de exames era complexo, com múltiplos atrasos na execução de exames por faltas da doente, o que provavelmente agravava o prognóstico.

Finalmente, verificou-se resolução dos achados iniciais na TC torácica, mantendo apenas algumas alterações pós infecciosas, sem evidência de malignidade concomitante.

Conclusão: Apesar de ainda ser uma patologia relativamente frequente, o diagnóstico da Tuberculose permanece desafiante em algumas situações. Face aos diagnósticos alternativos, permanece como o mais favorável, constituindo uma “boa notícia” para muitos, apesar da potencial gravidade.

**Palavras-Chave:** Massa pulmonar, Tuberculose

### 127. Retained intrathoracic foreign body as a rare cause of localized bronchiectasis

*PM Manso, NB Ferreira, AC Grande, I Gonçalves, FT Silva*

ULS do Tâmega e Sousa

Introduction: Localized bronchiectasis is a cause of chronic respiratory infection and may occur as a late sequela of penetrating thoracic trauma. Retained intrathoracic foreign bodies can sustain localized inflammation and recurrent infection. Case Report: A 48-year-old man, paraplegic since 2007 after a gunshot wound causing D12 spinal cord transection, right hemothorax and renal contusion. Former smoker (~24

packyears) and previously a metalworker. He reported a 7-8 year history of recurrent respiratory infections with predominantly nocturnal mucopurulent cough, without hemoptysis or weight loss. Chest computed tomography (CT) revealed a 16 mm coarse calcification at the right lung base involving a probable retained bullet, with adjacent metallic fragments at D12, bronchiectasis with mucoid impaction in the medial and posterior basal segments of the right lower lobe associated with bronchiolitis, and milder bronchiectasis with regional atelectasis in the right middle lobe. Pulmonary function testing showed a non-specific ventilatory pattern (FVC 80%, FEV1 75% of predicted, with preserved FEV1/FVC ratio, total lung capacity and diffusing capacity), and normal arterial blood gases. Etiological workup was negative for immunodeficiency, alpha-1 antitrypsin deficiency, autoimmune disease, allergic bronchopulmonary aspergillosis and HIV. Sputum cultures were negative for bacteria, mycobacteria and fungi. A targeted strategy was implemented with airway clearance (mucolytics, Aerobika device), aerobic exercise (swimming), pneumococcal and seasonal influenza vaccination. After 6 months of follow-up the patient remained clinically stable, without respiratory exacerbations and with preserved lung function. Referral for thoracic surgery is reserved for persistent localized infectious exacerbations. Conclusions: This case illustrates a rare cause of localized bronchiectasis related to a retained ballistic foreign body. Careful clinical and radiological correlation is essential to establish the diagnosis and guide individualized management aimed at minimizing exacerbations and disease progression.

**Palavras-Chave:** Bronchiectasis; Trauma; Ballistic

### 128. “Quando a genética explica a fibrose: doença intersticial associada a mutação do ABCA3 no adulto”

*C Jardim, A Borba, AR Magalhães, JP Rodrigues, M Pinto, A Mineiro, A Miguel*

Hospital de Santa Marta- ULS São José

Introdução: As doenças do interstício pulmonar associadas a mutações nos genes do surfactante são entidades raras, mais frequentes em idade pediátrica e pouco descritas em adultos. O gene ABCA3 codifica uma proteína essencial à homeostasia do surfactante alveolar; mutações bialélicas causam disfunção do surfactante e doença fibrosante. Em adultos, a apresentação é heterogénea, com padrões imagiológicos e histológicos frequentemente não classificáveis, o que dificulta o diagnóstico.

Descrição: Mulher de 34 anos, ex-fumadora, sem exposições relevantes ou antecedentes familiares de doença pulmonar. Apresentava dispneia para grandes esforços e crepitações bibasais. A tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) revelou densificações em vidro despolido difuso, áreas de aprisionamento aéreo e discretas bronquiectasias de tração. As provas de função respiratória mostraram padrão restritivo e diminuição da DLCO. O estudo etiológico excluiu doenças autoimunes.

A broncofibroscopia com lavado broncoalveolar foi inespecífica. A criobiópsia e biópsias cirúrgicas pulmonares revelaram alterações fibróticas intersticiais focais, sem permitir uma classificação definitiva. Perante a idade jovem, realizou-se estudo genético, que identificou a variante c.622C>T, p.(Arg208Trp) no gene ABCA3 em aparente homocigotia, compatível com doença do surfactante de transmissão autossómica recessiva.

O caso foi discutido em centro de referência europeu e classificado como fibrose pulmonar intersticial não classificável associada a mutação do surfactante. Optou-se por vigilância clínica, funcional e radiológica sem introdução de terapêutica dirigida.

Conclusão: Mutações no gene ABCA3 são causas raras de fibrose pulmonar no adulto, com evolução variável. Este caso reforça a importância da investigação genética em adultos jovens com doenças intersticiais de padrão inespecífico e sem causa aparente, permitindo um melhor aconselhamento genético e definição prognóstica.

**Palavras-Chave:** Doença pulmonar intersticial; fibrose pulmonar; genética; surfactante

### 129. Beyond Classification: A Rare Childhood-Onset Interstitial Lung Disease

*C Durão, V Maione, G Moura Portugal, J Rodrigues Barbosa, A Dias, J Eusébio, S Salgado, M Serrado, J Rodrigues Inácio, A Sofia Oliveira, R Pinto Basto*

ULS Santa Maria

Introduction: Interstitial lung diseases (ILD) in young adults are uncommon and frequently associated with rare or poorly characterized entities. Their heterogeneous clinical, radiological, and histopathological manifestations often result in diagnostic and therapeutic challenges.

Case Report: A 25-year-old non-smoking woman, born prematurely and with recurrent childhood respiratory infections, had been followed since the age of eight for progressive interstitial lung abnormalities without a definitive diagnosis. She was referred to an Interstitial Lung Disease Centre due to worsening exertional dyspnea and wheezing after more than 15 years of diagnostic uncertainty. Laboratory evaluation revealed peripheral eosinophilia and hypergammaglobulinemia, while extended autoimmune testing was negative. Pulmonary function tests showed a mild restrictive defect with reduced diffusing capacity. Serial chest computed tomography scans demonstrated progressive diffuse bilateral interstitial abnormalities. Bronchoalveolar lavage was unremarkable. Following multidisciplinary discussion, the patient underwent video-assisted thoracoscopic surgical lung biopsy. Histopathological examination revealed interstitial fibrosis, lymphoid aggregates, and abundant pigmented macrophages, consistent with a desquamative interstitial pneumonia-like pattern, without evidence of eosinophilic disease, vasculitis, or immunoglobulin G4-related disease. The case was extensively discussed at national and international multidisciplinary ILD meetings, raising differential diagnoses including pulmonary capillary hemangiomatosis and surfactant protein C deficiency. However, targeted investigations, including genetic testing, were inconclusive. Subsequent expert histopathological review favored the hypothesis of a congenital pulmonary microvascular malformation associated with recurrent occult alveolar hemorrhage. Treatment with corticosteroids and

mycophenolate mofetil resulted in sustained clinical, functional, and radiological improvement, with current clinical stability.

Conclusion: This case highlights the diagnostic and therapeutic challenges of rare and unclassifiable ILD phenotypes in young adults. Multidisciplinary and international expert collaboration was essential for diagnostic clarification and individualized therapeutic decision-making.

**Palavras-Chave:** Interstitial lung disease; Childhood-onset ILD; Pulmonary microvascular malformation; Rare disease

### 130. Massa parahilar: Um caso de amiloidose pulmonar nodular

*JS Amado, B Abreu, A Magalhães, A Miguel*

ULS São José - Hospital de Santa Marta

Introdução: A amiloidose pulmonar nodular é uma forma rara de deposição de proteína amiloide no pulmão, muitas vezes de apresentação incidental em exames de imagem. O seu reconhecimento é importante, sobretudo pelo diagnóstico diferencial com lesões neoplásicas.

Descrição: Sexo feminino, 70 anos, não fumadora, a destacar antecedentes de tuberculose pulmonar e vertebral (Mal de Pott) na infância, a condicionar cifoescoliose com restrição pulmonar.

Após resolução de quadro clínico compatível com pneumonia adquirida na comunidade, manteve queixas de dispneia para esforços mMRC grau 2. Por este motivo, realizou radiografia torácica que revelou uma hipotransparência arredondada no hemitórax direito. Foi pedida TC-tórax para melhor caracterização da lesão, que confirmou a presença de uma massa no lobo médio do pulmão direito com cerca de 4.6 x 4.0 cm, de limites bem definidos e sem evidência de adenopatias. Foi realizada broncoscopia com biópsias, sem evidência de malignidade. No entanto, o diagnóstico só foi possível posteriormente através de biópsia transtorácica, onde se identificou a presença de material amorfo, eosinofílico, associado a infiltrado linfoplasmocitário. A pesquisa por coloração de vermelho do Congo foi positiva, evidenciando birrefringência verde-maçã sob luz polarizada, o que confirmou o diagnóstico de amiloidose pulmonar. Foi depois realizada investigação complementar, sem evidência de envolvimento sistémico da doença.

Manteve vigilância em consulta, sendo que 4 anos após o diagnóstico, a TC-Tórax de controlo demonstrou estabilidade da lesão, com cerca de 5.0 x 4.6 cm, e com aparecimento de áreas de calcificação, compatível com a evolução indolente e prolongada da doença.

Conclusão: Perante uma lesão nodular pulmonar bem delimitada, a amiloidose pulmonar deve ser considerada no diagnóstico diferencial. A confirmação histológica é essencial e o controlo imagiológico permite-nos verificar a estabilidade da doença e documentar a sua evolução benigna, distinguindo-se de outras patologias com apresentação imagiológica semelhante, mas potencialmente mais agressivas.

**Palavras-Chave:** Amiloidose pulmonar; Diagnóstico diferencial, Massa pulmonar; Controlo imagiológico

**131. Não há uma, sem duas***MH Ribeiro, J Montês, M Grafino, B Von Amann; ST Furtado*

Hospital da Luz Lisboa

Introdução: O pneumomediastino espontâneo é definido pela presença de ar no mediastino, resultante da rutura alveolar. É uma complicação rara das patologias pulmonares intersticiais fibrosantes. O seu tratamento representa um desafio dada a escassa evidência orientadora.

Caso clínico: Homem de 61 anos, com antecedentes de cardiopatia isquémica, neoplasia do cólon e pneumonite de hipersensibilidade fibrosante por aves, com seguimento irregular, sob corticoterapia oral (prednisolona 10mg/dia) e oxigenoterapia de longa duração. Recorre à urgência com sintomatologia de tosse seca e dispneia para pequenos esforços com 10 dias de evolução. Negava outros sintomas associados. À observação, normotenso, normocárdico, polipneico com SpO<sub>2</sub> 81% e presença de enfisema subcutâneo envolvendo o tronco. Auscultação pulmonar com ferveiros dispersos. Realizou radiografia e tomografia computadorizada de tórax que mostraram enfisema subcutâneo extenso pelo tronco, pneumotórax à esquerda, pneumomediastino e padrão pulmonar com fibrose em favo de mel e reticulações subpleurais, a que se associavam bronquiectasias de tração.

Foi internado admitindo-se pneumotórax e pneumomediastino espontâneos num doente com doença pulmonar intersticial. O pneumotórax foi drenado, cumpriu antitússicos e oxigenoterapia, com redução franca e melhoria clínica.

Ao 26º dia de internamento, teve novo agravamento da tosse e da expressão volumétrica do enfisema subcutâneo, tendo repetido a tomografia tórax que documentou exuberante pneumomediastino, sem lesão da traqueia ou brônquios principais. Manteve oxigenoterapia, evicção de esforços intensos e antitússicos com melhoria lenta e progressiva da clínica, tendo alta ao 59º dia com oxigenoterapia domiciliária e manutenção de terapêutica.

Conclusão: Este caso ilustra a raridade e gravidade do pneumomediastino num doente com doença pulmonar intersticial fibrosante. O reconhecimento precoce desta complicação é fundamental. A abordagem conservadora permitiu melhoria clínica progressiva, embora a gestão destes doentes continue a ser desafiante pela escassa evidência terapêutica.

**Palavras-Chave:** Pneumotórax; Pneumomediastino; Enfisema subcutâneo

**132. Ibrutinib: quando o tratamento se torna diagnóstico***MH Ribeiro, MO Ramos, B Von Amann, ST Furtado*

Hospital da Luz Lisboa

Introdução: O Ibrutinib é um inibidor da tirosina quinase de Bruton utilizado no tratamento de neoplasias hematológicas, nomeadamente na leucemia linfocítica crónica. A toxicidade pulmonar, embora rara, é potencialmente grave. Apesar da clínica e avaliação imagiológica não serem patognomónicas da patologia, a pneumonite induzida por Ibrutinib é um diagnóstico de exclusão e necessita de elevada suspeição clínica.

Caso clínico: Homem de 78 anos, ex-fumador (5 unidades maçoano, cessação há mais de 30 anos), com diagnóstico de leucemia linfocítica crónica sob Ibrutinib. Dezoito meses após o início

da terapêutica, iniciou quadro de dispneia de esforço (mMRC 2) associado a tosse seca e pieira, sem febre, sem insuficiência respiratória associada. Realizou TC torácica com imagem compatível com Pneumonia Intersticial Não Específica e provas de função respiratória com padrão restritivo (FVC 76% e FEV1 93,2%) e DLCO diminuída (44%). Realizou também broncoscopia com avaliação de secreções brônquicas e lavado bronco-alveolar apresentou predomínio linfocítico, imunofenotipagem sem alterações sem isolamento bacteriológico e micobactérias. Em reunião multidisciplinar de Patologia do Interstício, admitiu-se o diagnóstico de Pneumonite secundária a Ibrutinib (grau 2), tendo sido suspensa a terapêutica e cumprida corticoterapia sistémica por 2 meses, com redução progressiva.

Posteriormente, a reavaliação funcional demonstrou recuperação significativa da função respiratória: FVC 93%, FEV1 105%, TLC 63%, com estabilidade da DLCO (47%) e prova de marcha de 6 minutos sem dessaturação. A TC torácica evidenciou menor expressão das opacidades em vidro despolido, com bronquiectasias difusas residuais e ectasia do tronco pulmonar sugestiva de hipertensão pulmonar.

Conclusão: A pneumonite secundária a Ibrutinib é uma patologia, apesar de rara, a ter conta em todos os doentes sob esta terapêutica que desenvolvam sintomas respiratórios de novo. A suspensão do fármaco e o início da corticoterapia, resulta na reversibilidade parcial desta toxicidade e na recuperação funcional significativa.

**Palavras-Chave:** Ibrutinib; Pneumonite; Função respiratória

**133. A not so typical image of Sarcoidosis***MS Alves, MM Antunes, IL Santos, KG Lopes, JM Correia*

ULSLO

Introduction: Sarcoidosis is a granulomatous inflammatory disease characterized by the presence of noncaseating granulomas in the affected organs. The lungs and intrathoracic lymph nodes are most frequently involved.<sup>1</sup>

Because of the systemic involvement, a meticulous extrapulmonary assessment should be performed to assess disease severity and, if appropriate, initiate treatment to prevent irreversible damage.

Case: Male, 50 years old. Medical history of glioblastoma under dabrafenib-trametinib. He was admitted to the emergency department with an 8-month history of weight loss of 4 kg, cough with purulent sputum, without hemoptysis, asthenia, night sweats, fever or dyspnea. The physical examination was unremarkable, and laboratory tests showed a pattern of hepatic cholestasis, with negative direct sputum examination and PCR for Mycobacterium tuberculosis. The chest CT scan showed multiple central peri-hilar nodules and ground-glass alveolar densification, without cavitory lesions or bronchiectasis, as well as mediastinal adenomegaly

Admitted to hospitalization with suspected tuberculosis. Several sputum tests were negative. Bronchofibroscopy showed hyperemic mucosa and a microgranulomatous appearance, with bronchoalveolar lavage showing 85% lymphocytes, and bronchial biopsy showing a chronic inflammatory process with macrophages and multinucleated giant cells of the foreign body type with outlines of non-necrotising granulomas. Mycobacteria tests were all negative. Angiotensin-converting enzyme levels were 105 U/L.

A systemic and extrathoracic evaluation was performed, including a PET scan showing metabolic activity in lungs, lymph nodes, liver, spleen and muscle. After initiation of immunosuppression, he showed improvement in symptoms and in liver function.

Conclusion: The differential diagnosis of sarcoidosis is broad. Despite being the most common noninfectious form of granulomatous diseases, it is still a diagnosis of exclusion.

This disease is known as “The Great Imitator” since its diverse manifestations that can affect nearly any organ, and because it can mimic tuberculosis, vasculitis, and certain lymphomas, often causing confusion in clinical presentation, prognosis, and treatment.

**Palavras-Chave:** Sarcoidosis, Granulomatous Disease

### 134. Pneumonia Organizativa, Esclerose Sistémica, Corticoterapia

MM Guerreiro, MJ Lúcio, C Cristóvão, JM Correia

ULSLO - Hospital Egas Moniz

Introdução: O envolvimento pulmonar é uma das principais causas de morbimortalidade na esclerose sistémica. A pneumonia organizativa constitui uma manifestação rara, podendo simular infeção respiratória persistente e atrasar o diagnóstico.

Descrição: Mulher de 59 anos, educadora de infância, com antecedentes de esclerose sistémica limitada com envolvimento cutâneo e gastrointestinal, recorreu ao serviço de urgência por febre, tosse seca e cansaço com 2 semanas de evolução. Realizou previamente dois ciclos de antibioterapia em ambulatório, sem melhoria clínica. Negava expetoração, dor torácica ou perda ponderal.

Ao exame objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável, sem dificuldade respiratória.

Auscultação pulmonar revelou crepitações bilaterais dispersas. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios e gasimetria arterial com hipoxémia ligeira. Painel de vírus respiratórios e antigenúrias negativas.

A radiografia torácica mostrou infiltrados bilaterais mal definidos, com predomínio nos campos superiores.

Iniciou antibioterapia endovenosa por suspeita de pneumonia não resolutive. TC torácica com múltiplas opacidades periféricas bilaterais e vidro despolido associado.

Perante a ausência de resposta à antibioterapia e o contexto de doença autoimune, realizada broncofibroscopia para LBA. O estudo microbiológico veio negativo. Manteve agravamento clínico e imagiológico progressivo acabando por ser proposta biópsia pulmonar transbrônquica tendo resultado anatomopatológico revelado alterações compatíveis com pneumonia organizativa.

Assumiu-se o diagnóstico de pneumonia organizativa secundária à esclerose sistémica, tendo iniciado corticoterapia em baixa dose associada a imunossupressor. Verificou-se melhoria clínica, laboratorial e radiológica progressiva, com alta orientada para seguimento em consulta especializada.

Discussão: A pneumonia organizativa é uma manifestação pulmonar pouco frequente da esclerose sistémica e pode mimetizar infeção respiratória. A ausência de resposta à antibioterapia deve levantar suspeita de etiologia inflamatória, particularmente em doentes com doença autoimune conhecida. Este caso destaca a importância da confirmação histológica e

da individualização terapêutica perante o risco associado à corticoterapia nestes doentes.

**Palavras-Chave:** Pneumonia Organizativa, Esclerose Sistémica, Corticoterapi

### 135. Tratamento ou toxicidade? Um desafio diagnóstico em contexto oncológico

JN Mascarenhas, JT Felgueiras, FJ Gonçalves, HG Marques, MJ Simões

ULS Arco Ribeirinho - Hospital do Barreiro

Introdução: A doença pulmonar intersticial induzida por fármacos (DI-ILD) é uma reação adversa potencialmente grave e subdiagnosticada em doentes sob tratamento antineoplásico. O seu diagnóstico é desafiante pelo quadro clínico e imagiológico inespecífico, bem como pela necessidade de excluir diagnósticos alternativos. Apresenta-se um caso de DI-ILD associado à ifosfamida, um agente raramente associado a toxicidade pulmonar, estando apenas descritos alguns casos isolados.

Caso clínico: Homem de 65 anos, com antecedentes relevantes de sarcoma maligno da bainha do nervo periférico do pulmão esquerdo em estadio IV, diagnosticado em 2021, submetido a cirurgia e radioterapia adjuvante inicial. Em 2024, por recidiva, iniciou quimioterapia paliativa com ifosfamida e mesna. Ao segundo dia do primeiro ciclo, apresentou quadro súbito de dispneia e cansaço para pequenos esforços, com insuficiência respiratória aguda parcial. A TC-Tórax revelou infiltrados alveolares alodanosos e envolvimento intersticial plurifocal, sem evidência de progressão neoplásica ou outra etiologia mais evidente. Pela associação temporal estreita com a exposição à ifosfamida, apresentação clínica, padrão radiológico compatível e exclusão de outros diagnósticos mais prováveis, assumiu-se DI-ILD aguda induzida por ifosfamida. Suspendeu o fármaco suspeito e iniciou tratamento com pulsos de corticoterapia em alta dose. Inicialmente verificou-se agravamento da insuficiência respiratória, com necessidade de cuidados intensivos e oxigenoterapia de alto fluxo, seguido de evolução clínica favorável, melhoria sintomática e desmame completo de oxigenoterapia. Posteriormente, reiniciou quimioterapia paliativa com docetaxel e gemcitabina, sem recorrência de sintomas respiratórios, tendo alta referenciado à consulta de Doenças do Interstício Pulmonar.

Conclusão: Este caso ilustra uma forma aguda e grave de DI-ILD associada à ifosfamida, entidade rara, mas potencialmente fatal em contexto de terapêutica antineoplásica. O aparecimento de sintomas respiratórios agudos deve, por isso, motivar suspeição precoce e abordagem multidisciplinar, uma vez que a suspensão atempada do fármaco implicado e o tratamento adequado podem ser determinantes para a reversibilidade do quadro e o prognóstico do doente.

**Palavras-Chave:** Doença pulmonar intersticial induzida por fármacos; ifosfamida; Toxicidade pulmonar; Terapêutica antineoplásica

### 136. Envolvimento cardíaco na sarcoidose torácica: um caso de amiloidose concomitante

AR Barreira, J Rodrigues, C Carvalho, A Borba, S Pinheiro, A Miguel

Hospital de Santa Marta - ULS São José

Introdução: A associação entre sarcoidose e amiloidose é rara. Quando ocorre, pode resultar de amiloidose secundária a

inflamação granulomatosa de sarcoidose ou da coexistência das duas patologias. Ambas se associam a miocardiopatia infiltrativa, representando um desafio na abordagem de envolvimento cardíaco.

**Caso Clínico:** Apresentamos o caso de uma mulher de 83 anos, não fumadora, com história de sarcoidose estadio II confirmada histologicamente há mais de 10 anos, e portadora de pacemaker. Previamente seguida em consulta de Pneumologia noutro centro, esteve sob corticoterapia sistémica com melhoria sintomática, com indicação para suspensão e vigilância clínica. Foi novamente referenciada a consulta de Pneumologia em virtude do agravamento das queixas de dispneia de esforço (mMRC3). Realizou TC torácica com evidência de massas com predomínio nos andares superiores, associadas a espessamento irregular dos septos e perda de volume pulmonar, bem como adenopatias em casca de ovo, traduzindo provável progressão para sarcoidose estadio IV. O ecocardiograma transtorácico demonstrou hipertrofia ventricular esquerda grave, com função sistólica normal, motivando seguimento em consulta de miocardiopatias. Dada suspeita de envolvimento cardíaco pela sarcoidose, realizou PET-CT com hipocaptação da região média/basal da parede lateral do miocárdio e processo inflamatório crónico dos campos pulmonares superiores. Dado que estes achados não sugeriam sarcoidose cardíaca, procedeu-se à realização de cintigrafia óssea que revelou um score de Perugini de 2/3, associado a imunofixação sérica e urinária negativa para componente monoclonal, sugestivo de amiloidose ATTR. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar na qual, perante impossibilidade de realização de ressonância cardíaca e provável baixo rendimento de biópsia miocárdica, assumiu-se diagnóstico de amiloidose cardíaca e sarcoidose pulmonar concomitantes. A doente iniciou terapêutica com tafamidis e metotrexato.

**Conclusão:** Este caso clínico ilustra uma associação rara entre sarcoidose e amiloidose, podendo sugerir uma possível relação entre a inflamação granulomatosa crónica e instabilidade proteica com deposição de material amiloide. Perante suspeita de envolvimento cardíaco num doente com sarcoidose pulmonar, devem ser considerados diagnósticos alternativos de doença infiltrativa do miocárdio.

**Palavras-Chave:** sarcoidose, amiloidose, miocardiopatia infiltrativa

### **137. Corpo estranho brônquico: um diagnóstico inesperado**

S Costa, M Abreu, R Pereira, MJ Moura, L Ramos

ULS Matosinhos

**Introdução:** A aspiração de corpos estranhos sólidos para as vias aéreas inferiores é uma entidade pouco frequente em adultos. A apresentação clínica é heterogénea, podendo incluir o agravamento dos sintomas respiratórios habituais, pneumonias de repetição e expectoração hemoptoica. Do ponto de vista imagiológico, a pneumonia lobar constitui a manifestação mais frequente.

**Caso clínico:** Homem de 68 anos, reformado da indústria têxtil e limpezas, ex-fumador (CT 70 UMA). Antecedentes pessoais de DPOC GOLD 4E, tromboembolismo pulmonar em 2020 e carcinoma do pulmão não pequenas células pouco diferenciado, com áreas de adenoescamoso (tumor misto) no LSD, submetido a SBRT até janeiro 2023.

Em abril 2025 apresentou quadro de dor pleurítica esquerda de novo e agravamento da tosse produtiva habitual. A TC-torácica evidenciava enfisema centrilobular, lesão complexa no LSD com perda de volume associada, compatível com alteração pós-RT e preenchimento do brônquio peri-hilar esquerdo por material hipodenso. O doente negava episódios de aspiração prévios. Realizou broncofibroscopia que identificou lesão na entrada do BLSE, arredondada, dura, esbranquiçada e pouco móvel. Tentativa de mobilização com pinça, sem sucesso pelo que foi submetido a broncoscopia rígida e remoção da lesão com auxílio de basquete. No exame histológico observava-se representação de estruturas de tipo vegetal com infiltrado inflamatório polimórfico associado, sem malignidade. Do estudo microbiológico foi identificado no LB: *H. influenzae*, *P. aeruginosa* e *Pseudomonas aeruginosa* estirpe mucoide. De acordo com o teste de sensibilidades cumpriu ciprofloxacina durante 14 dias com boa evolução clínica e imagiológica.

**Conclusão:** Na ausência de história de engasgamento ou de fatores predisponentes identificáveis, e perante manifestações clínicas inespecíficas em doentes com comorbilidades respiratórias, a suspeita de aspiração de corpo estranho é frequentemente baixa. Este caso reforça o papel central da broncoscopia como ferramenta simultaneamente diagnóstica e terapêutica, particularmente em contextos clínicos complexos como o descrito.

**Palavras-Chave:** Corpo estranho endobrônquico; Broncoscopia;

**138. Hemoptises; embolização das artérias brônquicas; enfarte medular; complicações**

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

Hospital Garcia de Orta

A embolização das artérias brônquicas constitui uma abordagem eficaz no controlo de hemoptises, particularmente em doentes com doença pulmonar estrutural avançada. Apesar do seu perfil de segurança, podem ocorrer raras complicações, nomeadamente enfarte medular por migração inadvertida do material de embolização, com consequentes défices neurológicos potencialmente irreversíveis.

Um doente do sexo masculino de 71 anos, com antecedentes de lobectomia superior esquerda por sequelas de tuberculose pulmonar, com destruição do pulmão esquerdo remanescente, bronquiectasias e aspergiloma, previamente proposto para pneumectomia esquerda, não realizada por espessamento pleural infranqueável, foi admitido por hemoptises recorrentes. Perante a persistência das hemoptises sob terapêutica antifibrinolítica, foi realizada angioembolização brônquica com cianoacrilato/lipiodol. Posteriormente, verificou-se instalação progressiva de paraparésia flácida, retenção urinária com necessidade de algaliação prolongada e íleos paralítico. A ressonância magnética era compatível com enfarte medular de provável etiologia isquémica embólica, atribuída à migração do agente embolizante. Por sintomatologia com mais de 6 horas de evolução, não havia indicação para terapêutica de fase aguda. Durante programa de reabilitação, verificou-se recuperação neurológica parcial, com aquisição de marcha com apoio e défices motores e esfinterianos residuais. O doente foi posteriormente reinternado pelo mesmo motivo, recusando nova embolização, estando atualmente em estudo alternativas terapêuticas.

O enfarte medular representa uma complicação rara, porém grave, da angioembolização brônquica, associada a elevada morbidade. Este caso sublinha a importância da monitorização de sintomas neurológicos após o procedimento e do reconhecimento precoce desta complicação, embora as opções terapêuticas sejam limitadas, sendo a reabilitação determinante para a recuperação funcional.

**Palavras-Chave:** hemoptises; embolização das artérias brônquicas; enfarte medular; complicações

**139. Mau controlo metabólico e tuberculose ativa: a propósito de um caso clínico**

AC Gameiro, AR Martins, MB Santos, R Cordeiro, A Cunha, S Silva

ULS- Região de Leiria

Introdução: A diabetes mellitus é um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento de tuberculose pulmonar ativa. Este risco é proporcional ao grau de controlo metabólico, sendo 2,9 vezes superior quando mal controlada.

Caso Clínico: Sexo masculino, 20 anos, estudante. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 desde os 11 anos, sob insulinoaterapia, mas má adesão terapêutica e seguimento irregular. Antecedentes adicionais de hepatite A e tiroidite autoimune. IMC dentro da normalidade e rastreio VIH negativo.

Desde janeiro de 2025, foi observado em vários serviços de urgência por episódios recorrentes de cetoacidose diabética

(CAD), associados a mau controlo metabólico, evidenciado por hemoglobina A1c de 11,7%.

Em julho de 2025, recorreu novamente ao serviço de urgência por náuseas, vômitos e astenia, sem queixas respiratórias ou hipersudorese noturna. Analiticamente apresentava hiperglicemia, sem leucocitose ou neutrofilia e PCR: 0,4 mg/L, tendo sido assumido o diagnóstico de CAD. No estudo de fatores precipitantes, foi realizada radiografia do tórax, com achado incidental de hipotransparência no campo pulmonar esquerdo. Na TC torácica observada consolidação irregular peribrônquica no lobo superior esquerdo, com área cavitada pericentimétrica, sem derrame pleural ou adenopatias mediastínicas.

Na ausência de expetoração, foi realizada broncofibroscopia com colheita de aspirado e lavado broncoalveolar. As amostras foram enviadas para análise, com deteção de Mycobacterium tuberculosis por TAAAN e confirmação posterior no exame cultural. Confirmada, também, sensibilidade aos antibióticos de primeira linha.

A revisão do processo clínico revelou TC torácica prévia (fevereiro de 2025) já com alterações compatíveis.

O doente iniciou terapêutica antibiótica e mantém seguimento no CDP de Leiria.

Conclusão: Este caso destaca o mau controlo metabólico e a CAD recorrente como fatores de risco relevantes para o desenvolvimento de tuberculose ativa em adultos jovens, mesmo na ausência de outros fatores predisponentes, reforçando a importância do diagnóstico precoce de TB e do controlo metabólico em doentes diabéticos.

**Palavras-Chave:** Tuberculose Ativa, Cetoacidose diabética, Mau controlo metabólico

**140. Tuberculose osteoarticular associada a abscesso cutâneo: um desafio diagnóstico**

J Queirós, C Sousa, S Pereira, V Teixeira

SESARAM

Introdução: A tuberculose extrapulmonar é uma forma rara de infeção por Mycobacterium tuberculosis (MT), sendo o envolvimento osteoarticular pouco frequente e de difícil diagnóstico.

Caso Clínico: Homem de 81 anos, não fumador, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, enfarte agudo do miocárdio, SAOS, doença renal crónica e anemia. Recorre ao Serviço de Urgência por dispneia com cerca de 1 semana de evolução, sem tosse, expetoração ou outras queixas. Descrito como hemodinamicamente estável, apirético, com necessidade de oxigenoterapia. Ao exame objetivo a destacar murmúrio vesicular diminuído nos 2/3 inferiores bilateralmente, edemas maleolares, além de abscesso cutâneo supra-esternal à direita, com sinais inflamatórios e exsudado purulento visível, tendo sido feita colheita do conteúdo para estudo. Em raio-x de tórax com agravamento dos sinais de estase pulmonar, sem outras alterações, pelo que o doente foi internado com o diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada. Em amostra de exsudado com PCR positivo para MT. Realizou broncofibroscopia que não revelou alterações e com amostras de lavado brônquico negativas para MT, tendo sido excluído acometimento pulmonar. Realizou ainda TC torácico com evidência de dismorfia da extremidade medial da clavícula direita

associando-se a volumoso derrame esternoclavicular, sugestiva de artrite e, possivelmente, de osteomielite, assim como coleção líquida sugestiva de abscesso cutâneo.

Assim, tendo em conta diagnóstico de Tuberculose óssea, iniciou terapêutica com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol.

Conclusões: Este caso evidencia uma apresentação incomum de tuberculose extrapulmonar com envolvimento osteoarticular esternoclavicular e extensão cutânea, na ausência de doença pulmonar ativa. O reconhecimento precoce da patologia é essencial para a instituição atempada de terapêutica antibacilar.

**Palavras-Chave:** Tuberculose, Osteomielite, Abscesso cutâneo

#### **141. Tuberculose Pulmonar – Um pulmão e um espaço**

*PS Rodrigues, CG Silva, S Pimentel, SF Alves, L Mateus, J Ferra, CR Silvestre, P Raimundo, N André*

Unidade Local de Saúde do Oeste - Hospital de Torres Vedras

Introdução: A Tuberculose mantém-se uma causa relevante de doença infecciosa com particular incidência em populações vulneráveis. Apesar do crescimento científico no diagnóstico e tratamento da mesma, mantém-se associada a morbilidade significativa, sobretudo no diagnóstico tardio.

Caso: Homem, 58 anos com história de Esquizofrenia e tabagismo ativo. Enviado ao Serviço de urgência após realização de radiografia torácica de rotina: hipertransparência bem delimitada a ocupar os 2/3 inferiores do campo pulmonar direito; hipotransparências micronodulares a ocupar todo o campo pulmonar esquerdo e o 1/3 superior do campo pulmonar direito. Referia história de antibioterapia por abscesso dentário nos 15 dias anteriores e perda ponderal nos últimos 2 anos. À observação: caquético, taquipneico e com tiragem intercostal. Temperatura de 39.7°C. À auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído à direita e ferveores crepitantes à esquerda. Hiperressonância à direita. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios. Hipoxemia ligeira com necessidade de O<sub>2</sub> a 2L/min.

TC Tórax: Extensas alterações pulmonares bilaterais, com alterações tree-in bud bilaterais associadas a pequenas cavitações à esquerda. Volumosa cavitação no lobo superior direito e consolidação atelectásica completa do pulmão direito, com hidropneumotórax não se excluindo possibilidade de empiema.

Colheu expectoração para exame micobacteriológico: exame directo e cultural positivo para *M. tuberculosis*; PCR positiva para *M. tuberculosis*.

Foi transferido para outro centro hospitalar dado necessidade de medidas de isolamento.

Conclusão: Apresentamos um caso de tuberculose cavitada com extensas alterações pulmonares, não se podendo excluir envolvimento pleural pela doença (apesar de não se ter isolado *M. tuberculosis* no líquido pleural), o que constitui uma apresentação rara.

O caso pretende correlacionar a evolução insidiosa da doença, com especial atenção em doentes com patologia psiquiátrica em que o isolamento social, a menor adesão a cuidados de saúde e a dificuldade no reconhecimento e valorização de sintomas contribuem para um atraso diagnóstico. Salienta-se ainda o estigma associados à Tuberculose às doenças de foro psiquiátricas

como agravantes deste cenário.

**Palavras-Chave:** Tuberculose Pulmonar, Empiema

#### **142. Quando a música tira o fôlego: pneumotórax associado à prática de beatbox**

*DJ Ferreira, AF Nunes, B Bem, G Lopes, D Mendonça, G Samouco*

Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde da Guarda

Introdução:

O pneumotórax espontâneo é classificado em primário (PEP), na ausência de patologia pulmonar subjacente, ou secundário. O PEP apresenta maior incidência no sexo masculino, habitualmente em indivíduos altos entre a terceira e quarta década de vida, sendo o tabagismo o principal fator de risco. Apesar do tratamento definitivo após o primeiro episódio de PEP não estar recomendado por rotina, a sua indicação deverá ser considerada na presença de profissões ou hobbies de risco como a prática de mergulho, atividades de aviação ou tocar instrumentos de sopro.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino de 40 anos, arborista e praticante frequente de percussão vocal (beatbox) como part-time. Sem antecedentes patológicos, exceto tabagismo desde os 15 anos com carga tabágica estimada de 16,5UMA.

Recorreu ao serviço de urgência por toracalgia esquerda intensa, de início súbito em repouso, associada a dispneia. Na admissão, encontrava-se francamente taquipneico (FR >30cpm), com murmúrio vesicular ausente à auscultação do hemitórax esquerdo e discreto enfisema subcutâneo. Realizou radiografia torácica, que revelou pneumotórax à esquerda com colapso pulmonar total, sem desvio mediastínico. Foi colocado um dreno torácico de 20Fr e admitido em Unidade de Cuidados Intermédios para vigilância e controlo de dor, sendo posteriormente transferido para o Serviço de Pneumologia. Durante o internamento, por persistência de pneumotórax e agravamento do enfisema subcutâneo, o sistema de drenagem foi colocado em aspiração ativa, tendo apresentado resolução do quadro. Ao 8º dia de internamento foi removido o dreno torácico e teve posteriormente alta clínica orientado para consulta e referenciado à Cirurgia Torácica para eventual tratamento definitivo.

Conclusão: O PEP é uma entidade relativamente frequente em jovens fumadores, podendo estar associado a atividades que provoquem alterações da pressão intratorácica. O presente caso pretende alertar para uma possível associação entre a prática de beatbox e o pneumotórax espontâneo. Embora ainda não descrita na literatura, o aumento do risco decorrente das significativas variações de pressão intratorácica associadas a esta atividade é plausível pelo que poderá ter implicações na orientação terapêutica, nomeadamente a necessidade de abordagem cirúrgica para prevenção de recorrência.

**Palavras-Chave:** Pneumotórax espontâneo, Beatbox

#### **143. Centrilobular micronodulation in a pulmonary aspiration syndrome**

*E Carção, S Raimundo, L Gomes, J Correia, B Conde*

ULS Trás-os-Montes e Alto Douro, Serviço de Pneumologia

Aspiration is a common but underrecognized clinicopathologic spectrum of diseases with varied imaging manifestations; it includes

acute syndromes such as pneumonia and abscess, pneumonitis, and foreign body aspiration, or more indolent presentations such as bronchiectasis, diffuse bronchiolitis and, eventually, interstitial lung disease. Diagnosis is often difficult due to lack of self-reported symptoms, unwitnessed or silent aspiration events and frequently nonspecific imaging manifestations.

We report a case of a 55-year-old man initially admitted to intensive care with influenza A severe disease requiring intubation and mechanical ventilation complicated with cavitory ventilator associated pneumonia. After treatment and weaning off ventilation he was severely myopathic, had dysphonia and, while admitted, suffered an ischemic cerebellar stroke. Suspected dysphagia led to nasogastric tube feeding which was discontinued after multidisciplinary oral feeding training.

A reevaluation thoracic CT scan revealed solely a pattern of centrilobular micronodulation, mainly in the inferior lobes, not present in a recent previous CT. A fiberoptic flexible bronchoscopy was performed: absent cough reflex and an exophytic glottic lesion were noticed; bacteria and fungus isolated in bronchial aspirates were regarded as colonizers and there was no evidence of mycobacteria present. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing showed significant laryngeal penetration. The patient had mild nonproductive cough but no respiratory insufficiency or distress neither fever nor elevated serum inflammatory markers.

Given the dysphagia and imaging findings consistent with diffuse aspiration bronchiolitis, the patient was advised against oral feeding, swallowing therapy was restarted and a percutaneous endoscopic gastrostomy was performed. Diagnostic amygdalectomy and laryngeal biopsies were done and two months later from the previous image, a new CT image showed markedly reduction of the micronodular findings, while the patient kept clinically improving.

Over time, the inflammatory effect of aspiration potentially results in severe chronic lung disease. Recognizing the different clinical and radiologic features of this phenomenon is essential for timely and precise diagnoses, reducing morbidity and mortality rates.

**Palavras-Chave:** diffuse aspiration bronchiolitis, dysphagia, percutaneous endoscopic gastrostomy, fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing

#### 144. LA CARA B DE UN TRAUMATISMO TORÁCICO LEVE: NEUMATOCELE Y SUS COMPLICACIONES.

S Rodríguez Tardón, A González Rosa, P Torres Piñero, V Arganda Roncero, KA Mejía Sánchez, MR Bartol Sánchez, AG Salazar Palacios, E Curto Sánchez, MA Hernández Mezquita

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

**Introducción:** Se presenta el caso de un varón de 81 años, exfumador (índice paquetes/año 60), con antecedente de solapamiento asma/EPOC con obstrucción grave e insuficiencia respiratoria parcial crónica en tratamiento con oxigenoterapia continua domiciliaria.

**Caso clínico:** El paciente acudió a Urgencias por aumento de su disnea basal y expectoración oscura de 15 días de evolución, a raíz de un traumatismo torácico derecho leve. La exploración física fue anodina. En radiografía de tórax presentó un aumento de densidad bien definido en base derecha con un nivel hidroaéreo, y en angiotomografía computarizada (angioTC) de arterias

pulmonares se correspondió con una lesión cavitada en lóbulo inferior derecho con contenido de posible carácter hemático. Se decidió alta con diagnóstico de lesión cavitada y seguimiento ambulatorio por Neumología.

A los 2 días volvió a Urgencias por expectoración hemoptoica y febrícula, y se ingresó en Neumología con antibioterapia empírica. En la fibrobroncoscopia (FBC) se observaron coágulos sin sangrado activo; en el broncoaspirado se aisló *S. maltophilia* y se escaló antibioterapia a levofloxacino.

Al persistir la expectoración hemoptoica, se repitió la angioTC, sin objetivarse origen en arterias bronquiales ni intercostales, y se observó un pequeño neumotórax derecho que no precisó drenaje. En una nueva FBC se observaron secreciones mucopurulentas escasas y no datos de sangrado.

Cirugía torácica descartó opciones quirúrgicas de la lesión. Se revisaron imágenes considerando datos de neumonía postobstructiva distal al neumatocele, por lo que tras mejoría clínica y autolimitación del sangrado se decidió alta con antibioterapia prolongada.

En consulta externa de reevaluación al mes persistía la imagen radiológica de neumatocele ocupado, presentando el paciente su disnea basal sin otra sintomatología.

**Conclusiones:** El neumatocele es un espacio aéreo de paredes finas que aparece en el parénquima pulmonar, en ocasiones con niveles hidroaéreos en su interior. Las neumonías, los traumatismos torácicos o la ventilación son algunas de sus causas. Su patogenia se ha relacionado con un mecanismo valvular en la vía aérea que favorece el atrapamiento aéreo.

Entre sus posibles complicaciones se encuentran las sobreinfecciones y el neumotórax. Suelen ser transitorios y resolver espontáneamente.

**Palavras-Chave:** Neumatocele, traumatismo torácico leve, neumotórax, sobreinfección bacteriana

#### 145. Amiloidose pulmonar nodular: diagnóstico desafiante

J Pinto, M Silva, J Macedo, L Silva, A Trigueira, R Gomes, M Costa e Silva, J Ferreira

ULS Entre Douro e Vouga

**Introdução:** A amiloidose resulta da deposição extracelular anormal de proteínas amiloides em tecidos e órgãos. A forma pulmonar pode integrar um processo sistémico ou apresentar-se de forma localizada, nomeadamente como amiloidose nodular, uma entidade clínica rara, com manifestações clínicas e achados imagiológicos heterogéneos e de reduzida especificidade.

**Descrição:** Homem de 73 anos, ex-fumador (60 UMA) com antecedentes de DPOC GOLD 1A sob a associação brometo de aclidínio e fumarato de formoterol e psoríase. Referenciado à consulta de Pneumologia por identificação em tomografia computadorizada torácica (TC) de múltiplos nódulos sólidos, irregulares, espiculados, o maior com 16mm no lobo superior esquerdo, alguns deles com presença de calcificações e quistos de parede fina dispersos. Negava sintomas respiratórios/constitucionais, sem alterações de relevo ao exame objetivo. Realizou PET 18-FDG com captação ligeiramente aumentada no nódulo de maiores dimensões ( $qSUV_{max} = 2,1$ ). Executada biópsia aspirativa transtorácica guiada por TC que mostrou positividade para CD38 nos plasmócitos com cadeias leves

de imunoglobulinas em proporções equilibradas e material eosinófilo positivo para vermelho de Congo, compatível com diagnóstico de tumor amilóide. Foi referenciado à consulta de hematologia, sendo realizada biópsia da medula óssea com exclusão de doença hematológica primária. Na ausência de sintomas e de envolvimento sistémico, mantém vigilância com TC torácica semestral, demonstrando estabilidade dimensional dos nódulos.

**Conclusão:** Este caso ilustra como a amiloidose pulmonar nodular deve ser considerada no diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares, particularmente na presença de entidades como Linfoma do tecido linfóide associado à mucosa (MALT), Síndrome de Sjögren e Sífilis, bem como perante crescimento nodular síncrono/ coexistência de lesões císticas pulmonares. Apesar de geralmente assintomática e com prognóstico favorável, a reavaliação imagiológica periódica está recomendada para despiste de progressão dos nódulos.

**Palavras-Chave:** Amiloidose; Nódulos pulmonares

#### 146. Pneumomediastino espontâneo idiopático em jovem adulto

AC Grande, P Manso, AC Pimenta, AF Silva, CS Pinto, F Cadarso

Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa

**Introdução:** Pneumomediastino espontâneo é uma entidade rara, habitualmente benigna, mas potencialmente alarmante pela apresentação com dispneia e dor torácica aguda. Em séries publicadas, cerca de metade dos casos não apresenta fator precipitante identificável.

**Descrição:** Homem de 24 anos, sem antecedentes relevantes, sem medicação habitual, não fumador e sem consumo de drogas, recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia súbita e dor torácica pleurítica intensa, iniciadas em repouso, associadas a cervicalgia. Referia rinorreia aquosa e tosse ligeira, negando tosse vigorosa, trauma, ou ingestão de alimentos perfurantes. À admissão, polipneico, pálido, sudorético, com sibilância bilateral dispersa à auscultação. SatO<sub>2</sub> 85% em ar ambiente e posterior estabilidade hemodinâmica. Gasometria arterial em ar ambiente com pH 7,41, pCO<sub>2</sub> 42 mmHg, pO<sub>2</sub> 71 mmHg e lactato 0,6 mmol/L. Analiticamente, leucocitose 17 800/μL, PCR 55 mg/L e procalcitonina negativa. ECG sem alterações de relevo. Ecocardiograma limitado por má janela acústica, sem derrame pericárdico evidente. Radiografia torácica sugestiva de enfisema subcutâneo cervical e pneumomediastino. TC cervicotorácica confirmou enfisema subcutâneo cervical e torácico extenso, pneumomediastino exuberante anterior e posterior e pequeno pneumotórax apical bilateral, sem alterações pleuroparenquimatosas significativas, derrame pleural ou pericárdico, com aparente integridade da traqueia e esófago. Instituída abordagem conservadora com oxigenoterapia, analgesia, broncodilatação e vigilância, após discussão com Cirurgia Cardiorádica. Endoscopia digestiva alta sem lesões esofagogastroduodenais. Broncofibroscopia sem evidência de fistula da via aérea, com mucosa inflamada e secreções purulentas abundantes dispersas. Vírus respiratórios negativos. Evolução clínica favorável, com suspensão de oxigénio suplementar e resolução sintomática. Melhoria significativa documentada em TC de reavaliação com marcada redução do pneumomediastino, pneumotórax e enfisema subcutâneo. Alta assintomático após 7 dias, com evicção temporária de esforços.

**Conclusão:** Pneumomediastino espontâneo exuberante num jovem sem fator precipitante claro. Apesar da extensão imagiológica, a exclusão de causas secundárias permitiu tratamento conservador, com evolução clínica e radiológica favorável.

**Palavras-Chave:** pneumomediastino; idiopático; conservador; enfisema

#### 147. O empiema reabilitado

CG Silva, P Rodrigues, S Pimentel, S Fontão, L Mateus, I Lopes, M Cavaco, CR Silvestre

ULS Oeste

**Introdução:** O empiema define-se como a presença de pus no espaço pleural. O tratamento engloba a drenagem e antibioterapia, mas cerca de 1/3 dos casos necessitam de intervenção cirúrgica.

**Descrição:** Homem, 74 anos, autónomo. Gestor. Ex-fumador de 20 UMA. Sem antecedentes de revelo e sem medicação habitual.

Trazido ao Serviço Urgência por febre e desorientação com 5 dias de evolução, dispneia, tosse produtiva, expectoração esverdeada, astenia e anorexia nos 2 meses prévios. Negava hemoptises, perda ponderal, sudorese noturna. Sem episódios de vômitos ou alteração da consciência. Negava abuso de álcool.

Ao exame objetivo apresentava-se polipneico em ar ambiente, com pO<sub>2</sub> 48 mmHg. À auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído no hemitórax esquerdo. Sem alterações da cavidade oral.

Analiticamente com leucocitose e neutrofilia, hiponatremia, aumento de PCR e NT-proBNP. Antigenúrias e vírus respiratórios negativos. Imagiologicamente com derrame pleural volumoso loculado esquerdo com espessamento da pleura e desvio contralateral do mediastino.

Iniciou oxigenoterapia a 3L/min, ceftriaxone e azitromicina empíricos, e reabilitação respiratória.

Realizou toracocentese que revelou pus com odor fétido e foi colocada drenagem torácica 18 Fr. Colheu amostras de líquido pleural para exame microbiológico em aerobiose e anaerobiose que identificou *Fusobacterium* spp multissensível. Manteve antibioterapia com ceftriaxone e iniciou clindamicina de acordo com TSA.

A reavaliação imagiológica revelou melhoria, mas com persistência de empiema nas restantes locas.

O caso foi discutido com a Cirurgia Torácica, tendo indicação para descorticação após 6 semanas de antibiótico. Após cumprir a antibioterapia dirigida, a reavaliação imagiológica revelou melhoria do empiema multi-loculado, com maior expansão pulmonar.

Dada a evolução favorável, o caso foi rediscutido com a Cirurgia Torácica, não tendo indicação para cirurgia, mas devendo manter reabilitação respiratória. Após 1 mês e meio de programa de reabilitação verificou-se melhoria clínica e imagiológica.

**Conclusão:** A reabilitação respiratória nas doenças benignas da pleura é essencial na abordagem terapêutica. Neste caso, foi a reabilitação juntamente com a antibioterapia que permitiram uma melhoria clínica e radiológica, sem necessidade de intervenção cirúrgica.

**Palavras-Chave:** empiema, reabilitação respiratória

**148. Hidropneumotórax: a propósito de um caso clínico de (di)gestão complexa**

RS Martins, JN Machado, F Henriques, AC Gameiro, B Santos, S Silva  
ULS Região de Leiria

O hidropneumotórax está frequentemente associado a patologias pulmonares ou trauma, podendo, mais raramente, resultar de rotura esofágica, uma condição com elevada morbimortalidade.

Senhor de 53 anos, fumador (48UMA), com HTA, IC, DPOC, etilismo e estenose esofágica distal em estudo, submetido a dilatação endoscópica com balão há 1 mês com laceração superficial associada. Recorreu ao SU por náuseas, vômitos persistentes e hematemeses com 3 dias de evolução, associados a dor pleurítica direita súbita no dia da admissão. Negou febre, dispneia ou história de trauma. À admissão, encontrava-se HD estável, apirético, eupneico em ar ambiente (spO<sub>2</sub> 94%) e à auscultação com MV diminuído à direita. Analiticamente com leucocitose (15600/uL) e elevação da PCR (95,9mg/L). Realizou RX tórax que revelou hidropneumotórax direito com desvio contralateral do mediastino. À observação pela Pneumologia encontrava-se hipotenso (TA 82/56 mmHg), taquicárdico (110bpm) e polipneico sob ON a 5L/min (spO<sub>2</sub> 88%). Foi colocado dreno torácico 24Fr com drenagem de líquido pleural (LP) acastanhado com material em suspensão sugestivo de conteúdo digestivo. Colheu hemoculturas e iniciou antibioterapia de largo espectro. A análise do LP revelou pH fresco baixo (6,8), glicose indetetável e amilase elevada (406U/L). Perante a suspeita de perfuração esofágica, foi observado pela Gastrenterologia e discutido com a Cirurgia Geral. Dada a instabilidade hemodinâmica e a insuficiência respiratória, foi transferido para a sala de emergência, tendo sido estabilizado com fluidoterapia e O<sub>2</sub> por máscara de alto débito com apoio da Medicina Intensiva. Realizou TC com contraste oral que revelou rotura no 1/3 distal do esófago com extravasamento do contraste para a cavidade pleural confirmando a suspeita de hidropneumotórax secundário a perfuração esofágica. O doente foi então transferido para a ULS de Coimbra para abordagem cirúrgica, acabando por falecer dias após a cirurgia.

Este caso destaca a importância da anamnese na investigação etiológica do hidropneumotórax. Perante um quadro clínico compatível e características sugestivas do LP deve suspeitar-se de perfuração esofágica, sendo essencial a abordagem multidisciplinar do doente. O reconhecimento precoce, a drenagem pleural atempada e a intervenção cirúrgica urgente são determinantes para o prognóstico.

**Palavras-Chave:** Hidropneumotórax; perfuração esofágica; drenagem torácica

**149. Endometriose torácica provável como causa de pneumotórax espontâneo refratário**

FJ Gonçalves, JN Mascarenhas, JT Felgueiras, J Diogo, C Alves, C Boinas, H Marques, MJ Simões

Serviço de Pneumologia, Hospital de Nossa Senhora do Rosário, Barreiro, Portugal

Introdução: O pneumotórax catamenial é uma causa rara e subdiagnosticada de pneumotórax espontâneo, definido pela sua ocorrência em associação temporal com o ciclo menstrual, frequentemente relacionado com endometriose torácica. Uma anamnese dirigida é fundamental para orientar o diagnóstico.

Caso Clínico: Mulher de 26 anos, previamente saudável, recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgie direita e dispneia de esforço com uma semana de evolução. A tomografia computadorizada (TC) torácica confirmou pneumotórax direito volumoso com colapso pulmonar parcial. Foi colocado dreno torácico com expansão inicial, seguida de recidiva precoce e falência da drenagem em aspiração ativa. A ausência de resolução motivou reavaliação diagnóstica. A nova anamnese ginecológica revelou dor torácica direita peri-menstrual, dismenorreia incapacitante e infertilidade com quatro anos de evolução, levantando a hipótese de endometriose torácica. Em abordagem multidisciplinar com Ginecologia-Obstetrícia, iniciou contraceptivo oral combinado. Foi transferida para Cirurgia Torácica, onde realizou ressecção atípica do lobo superior direito e pleurodese com talco por toracosopia videoassistida (VATS), com expansão pulmonar completa. Intraoperatoriamente identificaram-se aderências pleurais e diafragmáticas e provável implante de endometriose na pleura diafragmática, sem confirmação histológica.

Conclusões: Este caso ilustra a importância de uma história clínica completa, incluindo antecedentes ginecológicos e menstruais, em mulheres jovens com pneumotórax espontâneo recorrente ou refratário. O diagnóstico de endometriose torácica provável pode ser estabelecido mesmo sem confirmação histológica, e a abordagem multidisciplinar é essencial para o correto tratamento.

**Palavras-Chave:** Pneumotórax; Endometriose torácica; Abordagem multidisciplinar;

**150. Tumor Fibroso Solitário da Pleura: um Relato de Caso**

MN Gonçalves, ML Cambão, A Figueiras, L Lin, MD Guerra

USF Cuidarte, ULS do Alto Minho

Introdução: O tumor fibroso solitário da pleura é uma patologia rara, de apresentação inicial inespecífica. Este relato de caso procura alertar para esta entidade clínica e para a relevância do exame objetivo.

Caso Clínico: Mulher de 80 anos, autónoma, agricultora, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. O médico de família apercebe-se que a utente entra no consultório dispneica. Embora negue queixas espontâneas, quando questionada, refere tosse produtiva matinal de início recente. Ao exame objetivo, dispneica com pieira e, à auscultação pulmonar, murmúrio vesicular diminuído no hemitórax esquerdo. Requisita-se radiografia do tórax, urgente, que evidencia elevação da cúpula diafragmática esquerda, a condicionar a avaliação pulmonar ipsilateral. Requisita-se tomografia computadorizada torácica que descreve uma lesão pleural esquerda volumosa, ocupante de espaço, de densidade aparentemente líquida espessa, pelo que a utente é referenciada ao serviço de urgência. Admite-se provável mesotelioma e solicita-se angio-tomografia computadorizada torácica, para exclusão de complicações, que sugere, como hipótese diagnóstica, tumor fibroso solitário da pleura, compatível com o resultado da biópsia transtorácica efetuada subsequentemente. Posteriormente, a utente é submetida a exérese da lesão, por toracotomia posterolateral esquerda, sem intercorrências.

Conclusões: O quadro clínico descrito, caracterizado por sinais e sintomas respiratórios, justifica a exploração diagnóstica, incluindo a hipótese de tumor fibroso solitário da pleura. O presente relato de caso sublinha a importância da valorização

semiológica no diagnóstico precoce desta entidade rara.

**Palavras-Chave:** Tumor Fibroso Solitário; Pleura; Dispneia; Relato de Caso

### 151. Hemopneumotórax após acupuntura: uma complicação rara

*P Romão, R Armindo, AS Silva, J Branco, T Rodrigues, P Rosa*

ULS Estuário do Tejo - Hospital Vila Franca de Xira

**Introdução:** A acupuntura é uma técnica com utilização crescente, particularmente na abordagem não farmacológica da dor crónica, encontrando-se regulamentada em Portugal no âmbito das terapêuticas não convencionais desde 2013. Embora globalmente associada a uma baixa taxa de complicações, estão descritos eventos potencialmente graves, sendo o pneumotórax uma das complicações mais frequentes. O hemopneumotórax secundário a acupuntura constitui uma complicação rara, com poucos casos descritos na literatura.

**Caso clínico:** Mulher de 47 anos, nunca fumadora, com antecedentes de hipertensão, hipotireoidismo e histerectomia e ooforectomia bilateral por endometriose há 5 anos. Medicada com lercanidipina 20mg, levotiroxina 0,125mg, e terapêutica de reposição hormonal com tibolona 2,5mg. Recorreu ao serviço de urgência por dor torácica pleurítica direita e dispneia com 24 horas de evolução, com início aproximadamente uma hora após sessão de acupuntura. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, com SpO<sub>2</sub> 93% em ar ambiente e diminuição do murmúrio vesicular à direita. A radiografia torácica evidenciou hidropneumotórax direito volumoso, confirmado por TC, que revelou pneumotórax associado a derrame pleural com áreas de maior densidade sugestivas de conteúdo hemático, condicionando atelectasia quase completa do pulmão direito. Foi colocada drenagem torácica, com drenagem de conteúdo hemático com coágulos, compatível com hemotórax. Analiticamente verificou-se queda de hemoglobina de 13,5 para 11,2 g/dL, sem sinais de infeção. Evolução clínica e imagiológica favorável sob drenagem pleural e fisioterapia respiratória, iniciada em internamento e mantida no período pós-alta, sem necessidade de intervenção cirúrgica. Teve alta ao 4.º dia de internamento, verificando-se posteriormente resolução imagiológica completa e função respiratória normal.

**Conclusão:** O hemopneumotórax traumático após acupuntura é uma complicação extremamente rara, mas potencialmente grave. Apesar da existência de regulação, este caso reforça a importância da realização da técnica por profissionais qualificados, promovendo a uniformização da prática e a prevenção de complicações.

**Palavras-Chave:** Hemopneumotórax, Acupuntura, Complicações

### 152. Pneumotórax recorrente como manifestação de endometriose torácica: caso clínico

*J Pinto, J Macedo, M Silva, L Silva, A Trigueira, C Cruz, M Costa e Silva, J Ferreira*

ULS Entre Douro e Vouga

**Introdução:** A endometriose torácica é uma entidade clínica rara, caracterizada pela presença ectópica de tecido endometrial na pleura ou no parênquima pulmonar. A clínica é um elemento central no diagnóstico, devido à inespecificidade dos achados

imagiológicos e à baixa taxa de confirmação histológica. O pneumotórax catamenial apresenta-se como pneumotórax espontâneo recorrente, com relação temporal com o cataménio, afetando predominantemente o pulmão direito (descrito em 88 - 100% dos casos).

**Descrição:** Mulher de 44 anos, ex-fumadora (5 UMA), sem antecedentes de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia de características pleuríticas com 1 dia de evolução. Ao exame objetivo, diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito e abdómen globoso com desconforto generalizado à palpação. A telerradiografia torácica revelou hidropneumotórax à direita. Foi inserido dreno torácico, com drenagem de líquido pleural hemático, observando-se posterior resolução do pneumotórax e alta com referência para consulta. Em ambulatório, realizou tomografia computadorizada torácica, que evidenciou novo hidropneumotórax à direita, sem alterações enfisematosas subpleurais. Foi reavaliado posteriormente por telerradiografia, e observou-se resolução espontânea. Questionada, a doente referia associação temporal entre os episódios de toracalgia com o período menstrual. Perante a recorrência e suspeita etiológica, foi submetida a cirurgia torácica vídeo-assistida com estudo histológico da pleura diafragmática a revelar presença de estroma endometrial e raros macrófagos com pigmento hemossidérico (perls positivos). Fez pleurodese com talcagem. Atualmente, em seguimento pela ginecologia com indicação para supressão hormonal.

**Conclusões:** Este caso ilustra a importância da associação temporal dos episódios de toracalgia com o ciclo menstrual na suspeição clínica da endometriose torácica. O reconhecimento desta entidade, aliado ao diagnóstico precoce e a uma abordagem multidisciplinar, permite uma abordagem terapêutica dirigida. O tratamento imediato do hidropneumotórax está indicado, seguido de uma prevenção secundária com potencial redução do risco de recorrência.

**Palavras-Chave:** Cataménio; Endometriose; Pneumotórax

### 153. Quando o Estômago Perturba o Sono: Hérnia Transhiatal como Causa de Hipoventilação Noturna

*A Soveral, S André, R Borrego, JM Correia*

Hospital de Egas Moniz, ULS Lisboa Ocidental

**Introdução:** A apneia obstrutiva do sono é uma patologia com tratamento estabelecido, mas a dessaturação noturna persistente sob ventiloterapia otimizada obriga à investigação de comorbilidades estruturais que limitem o controlo ventilatório adequado. As hérnias transhiatais volumosas, embora raramente consideradas no diagnóstico diferencial, podem condicionar hipoventilação por compressão extrínseca do parênquima pulmonar, perpetuando a dessaturação noturna independentemente do controlo da apneia. O presente caso ilustra como uma investigação imagiológica dirigida pode identificar uma causa estrutural tratável e determinante para a resposta terapêutica.

**Caso Clínico:** Mulher de 69 anos, obesa e com hipotireoidismo, referenciada a consulta de Patologia do Sono por apneia obstrutiva do sono (IAH 22/h) e queixas sugestivas de hipoventilação noturna, sob CPAP com pressão fixa 8 cm H<sub>2</sub>O. A oximetria noturna revelou CT90 >50%. A gasometria arterial em ar ambiente excluiu insuficiência respiratória e retenção de CO<sub>2</sub>.

Sem estigmas de insuficiência cardíaca, BNP e função tiroideia normais. O estudo funcional respiratório evidenciou aumento isolado da resistência das vias aéreas, DLCO normal. Durante o seguimento, com perda ponderal gradual, otimização para APAP com ajuste progressivo de parâmetros e O<sub>2</sub> adjuvante, verificou-se boa adesão e melhoria sintomática parcial, com IAH compensado mas com dessaturação noturna persistente. A TC toraco-abdominal revelou volumosa hérnia transhiatal de todo estômago em topografia intra-torácica, com orifício herniário com 40cm, condicionando provável hipoventilação pulmonar esquerdo por efeito de compressão extrínseca. Após correção cirúrgica, apresentou melhoria sintomática significativa, com oximetria noturna sob APAP com O<sub>2</sub> com CT90 0.1% e IAH compensado.

Conclusão: Este caso sublinha a necessidade da investigação etiológica extensa em doentes com IAH compensado mas dessaturações noturnas persistentes. A hérnia transhiatal com migração gástrica total constituiu um fator limitante independente do controlo da apneia obstrutiva, condicionando hipoventilação por efeito compressivo. A correção cirúrgica, aliada à terapêutica ventilatória otimizada, permitiu uma melhoria objetiva e sustentada, reforçando o valor de uma abordagem interdisciplinar na patologia do sono complexa.

**Palavras-Chave:** apneia, sono, dessaturação, hérnia

### 155. Cefaleias e intolerância à terapêutica com PAP: uma causa tratável

*P Romão, J Pimentel, P Rosa*

ULS Estuário do Tejo - Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: A pressão positiva na via aérea (PAP) é o tratamento de primeira linha na síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) moderada a grave. A adesão terapêutica continua a ser um dos principais desafios em cuidados respiratórios domiciliários, sendo frequentemente limitada por desconforto associado à interface. A identificação de causas não relacionadas diretamente com o dispositivo é fundamental para otimizar a eficácia do tratamento.

Caso Clínico: Mulher de 59 anos, empregada de balcão, com obesidade (IMC 30,8 kg/m<sup>2</sup>), diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e hipertensão arterial essencial, seguida em consulta de sono por SAOS moderada (IAH 16,7/h). Ao exame objetivo inicial destacava-se micrognatia, Mallampati IV e sintomas de obstrução nasal, sem alterações da cavidade oral. Iniciou APAP (4-14 cmH<sub>2</sub>O), com controlo eficaz dos eventos respiratórios (IAH residual ~1/h), com perceção de benefício clínico (melhoria da qualidade do sono e redução dos despertares), mas adesão subótima (2h51/noite; 38% >4h) por cefaleias intensas desencadeadas pela colocação da interface facial. A transição para máscara nasal não resolveu as queixas. Seis meses após o início da terapêutica, recorreu ao serviço de urgência por agravamento das cefaleias, agora associadas a náuseas e vómitos com 24 horas de evolução. A TC crânio-encefálica revelou abscesso periapical de um dente molar do 1º quadrante superior esquerdo, com espessamento mucoso e edema do seio maxilar homolateral. Após antibioterapia e tratamento odontológico, verificou-se resolução das cefaleias e melhoria franca da adaptação ao APAP (média de 6h15/noite; 71% de uso >4h).

Conclusão: Este caso ilustra a importância de uma abordagem

holística às dificuldades de adesão à terapêutica com PAP. Sintomas atribuídos ao tratamento podem ter causas extra-respiratórias relevantes, nomeadamente de origem odontogénica e sinusal, cuja identificação e resolução permitem melhorar significativamente a tolerância, a adesão e a eficácia terapêutica. A articulação multidisciplinar, em particular com a Estomatologia/Medicina Dentária, assume um papel fundamental no seguimento destes doentes.

**Palavras-Chave:** SAOS, Cefaleia; Abscesso dentário; Adesão

### 156. Fístula Traqueoesofágica Crónica com Prótese Traqueal de Longa Duração

*R Freire-Silva, J Eusébio, H Cabrita, P Esteves*

ULS Santa Maria

As fistulas traqueoesofágicas adquiridas em adultos são entidades raras, geralmente associadas a traumatismos, cirurgia ou intubação prolongada. A presença crónica de uma prótese traqueal é uma circunstância exceção, sobretudo quando mantida por décadas sem revisão, podendo levar a complicações graves, como obstrução, infeção, ou progressão de alterações estruturais traqueobrônquicas. Este caso ilustra a complexidade clínica da coexistência de enfisema pulmonar, lesões pulmonares sugestivas de atipia e fístula traqueoesofágica num doente com história de trauma torácico antigo.

Homem de 71 anos, fumador ativo, pedreiro, com antecedentes pessoais de tuberculose pulmonar tratada adequadamente e politraumatismo em contexto de acidente de viação, internamento em SMI consequente necessidade de colocação de prótese traqueal há 30 anos, sem revisão desde então. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia de esforço (mMRC 2), ruído inspiratório e tosse seca de início agudo no próprio dia. Realizou broncoscopia rígida e foi identificada obstrução traqueal por secreções espessas, prótese em mau estado, com remoção bem-sucedida, ficando visível uma fístula na parede posterior da traqueia. O doente foi internado para vigilância e reavaliação da necessidade de nova prótese. Complementarmente, TC pós-broncoscopia confirmou a presença da fístula na parede posterior da traqueia, ao nível do espaço intervertebral C1 /C2, com diâmetro de 5mm e duas massas pulmonares suspeitas com retração pleural, sugerindo patologia maligna concomitante. Foi colocada nova prótese traqueal.

Este caso sublinha a complexidade da gestão de fistulas traqueoesofágicas crónicas associadas a dispositivos esquecidos, num contexto clínico agravado por doença pulmonar prévia e suspeita de neoplasia. A intervenção multidisciplinar precoce e a vigilância endoscópica e imagiológica são essenciais para reduzir complicações e orientar a decisão terapêutica.

**Palavras-Chave:** Fístula traqueoesofágica, Prótese traqueal, Broncoscopia rígida

### 157. Bronchial Matrioshkas: CT and bronchoscopy findings in an acquired airway abnormality - a case report

*HI Carvalho, F Correia, B Baptista, I Rodrigues, M Sucena, N Faria*

Unidade Local de Saúde de Santo António

Introduction: Cartilaginous spur observed during bronchoscopy

represent rigid, submucosal outgrowths that protrude into the airway lumen. These findings are typically associated with benign conditions such as age-related cartilage degeneration, tracheobronchopathia osteochondroplastica, post-inflammatory or post-infectious settings. If a cartilaginous spur is suspected on chest computed tomography (CT), other causes of endobronchial content must be ruled out.

**Case Report:** We report the case of a 74-year-old woman with a history of adult-onset asthma and bronchiectasis secondary to pulmonary tuberculosis at age 18, referred to a severe asthma clinic due to persistent symptoms suggestive of uncontrolled disease.

Chest CT revealed left upper lobe bronchiectasis and endobronchial content in the left main bronchus, namely a false image of apparent bronchus within the LMB (resembling a “matryoshka effect”). Bronchoscopy revealed focal cartilaginous protrusions along the posterior wall of the left main bronchus, accompanied by abundant purulent secretions and diffuse mucosal congestion (figure available). Microbiological analysis identified *Haemophilus influenzae*.

**Conclusion:** This case highlights the utility of bronchoscopy in directly visualising and characterising ambiguous findings, such as cartilaginous spurs, that may be indistinct or misinterpreted on CT imaging. The identification of benign cartilaginous protrusions, in the context of chronic post-infectious airway disease, helped exclude malignancy and provided diagnostic clarity. Recognition of such features, and their distinction from other endobronchial lesions, is critical for appropriate patient management. Bronchoscopy remains an indispensable tool for assessing airway pathology, particularly when CT findings are equivocal.

**Palavras-Chave:** Bronchoscopy; airway abnormality; tracheobronchopathia osteochondroplastica; Cartilaginous spur