



POSTERS

13.º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico

Coimbra, 7-8 de julho de 2022

P001. SARCOIDOSE E ESPONDILARTRITE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

I. Estalagem, D. Silva, A.C. Vieira, C. Barroso, J. Soares

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multi-sistémica de origem desconhecida e imunopatogénese pouco clara. É uma doença rara nos extremos da idade, com pico de incidência entre os 20 e os 60 anos. As manifestações clínicas podem ser generalizadas ou localizadas a um ou mais órgãos, sendo que o envolvimento pulmonar ocorre em quase 95% dos casos.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de um homem de 27 anos de idade, com antecedentes de espondiloartrite sob terapêutica biológica e tuberculose latente, para a qual cumpriu nove meses de isoniazida. Por persistência de toracalgia anterior apesar da terapêutica sintomática (anti-inflamatórios não esteróides) e Etanercept, realizou radiografia do tórax (sem achados relevantes) e posteriormente TC Tórax que revelou dois nódulos pulmonares nos lobos inferiores com 13 mm e 9 mm (direito e esquerdo, respetivamente) e um pequeno granuloma no lobo inferior direito. Perante estes achados foi pedido PET-scan onde se evidenciaram focos hipermetabólicos em diversas topografias ganglionares (tórax e abdómen) e ainda a nível pulmonar, sugerindo etiologia infecciosa ou inflamatória, particularmente suspeita de sarcoidose. Realizou biópsia de gânglio mediastínico por videomediastinoscopia, cuja histopatologia mostrou granulomas não caseosos compatíveis com sarcoidose e detecção por PCR de *Mycobacterium tuberculosis* negativa. Para estudo complementar realizou ainda provas funcionais respiratórias, sem alterações, com DLCO/VA normal e broncofibroscopia com contagem de CD4+/CD8+ de 4,39. Actualmente seguido na consulta de patologia pulmonar do interstício, sob corticoterapia, com melhoria clínica e analítica.

Discussão: Este caso descreve uma apresentação radiológica pouco habitual na sarcoidose, contudo perante um doente jovem com antecedentes de patologia inflamatória articular é pertinente a exclusão de outras causas para estes achados, nomeadamente a Sarcoidose. Não existem ainda dados concretos sobre a relação entre estas patologias.

P002. QUANDO O TRATAMENTO PRECEDE O DIAGNÓSTICO - A PROPÓSITO DE UM CASO

A.P. Craveiro, F. Neri, P. Almeida, I. Mesquita, M. Constante, M. Osório, A.M. Baltazar

CHUCB, CHULN.

Introdução: Diagnósticos clínicos historicamente reconhecidos permanecem como potenciais ameaças, mesmo quando fatores de risco clássicos são inaparentes.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 67 anos, autónoma nas AVDs, reformada de doméstica, não-fumadora, admitida em UCI pelos diagnósticos de pneumonia vs. doença linfoproliferativa vs. tuberculose miliar (aquando de infiltrados pulmonares miliares ápico-caudais), insuficiência respiratória parcial grave, pancitopenia e TEP segmentar. Como comorbilidades: hipertensão arterial, dislipidemia e patologia osteoarticular. Sem fatores de risco inalatórios nem viagens recentes, fez rastreio séptico e iniciou antibioticoterapia empírica - contudo sem qualquer identificação posterior em hemoculturas, secreções brônquicas, broncofibroscopia, serologia viral e fúngica... e com estudo de imunodeficiências e auto-imunidade negativo. Inicialmente alternando entre HNFO e VNI, desenvolveu sucessiva degradação da oxigenação e manteve-se febril e com parâmetros inflamatórios elevados. Aquando de quadro de choque séptico por Pneumonia nosocomial, necessitou VMI (modo PRVC), suporte vasopressor, corticoterapia, nova antibioticoterapia, cobertura antifúngica, instituição de técnica de substituição renal e múltiplas transfusões de concentrado de eritrócitos por agravamento da anemia. Repetida broncofibroscopia (com biópsias pulmonares a resultarem em pneumotórax iatrogénico), realizadas biópsias medulares (com mielocultura e pesquisa de BK) e TC-tóraco-abdomino-pélvica (que veio a identificar adenopatia supraclavicular esquerda, abordada cirurgicamente), e decidido teste terapêutico com antibacilares (HRZE + B6). Aproximadamente após 25 dias de internamento, registada melhoria clínica, com possibilidade de alterar modo ventilatório e reduzir FiO2. Decorridos 15 dias de antibacilares, identificação de alterações de tuberculose ganglionar em fase ativa no gânglio excisado e PCR positiva para *M. tuberculosis* na biópsia medular. Mantida terapêutica e iniciada fisioterapia respiratória, com melhoria da oxigenação - porém sem

recuperação renal (admitindo-se provável envolvimento pela doença).

Discussão: A tuberculose permanece como uma potencial causa de elevada morbimortalidade. Apresenta-se o caso pela sua morosidade diagnóstica, exuberância clínico-imagiológica e dificuldade terapêutica.

P003. MASSA PULMONAR ÚNICA EM IDADE JOVEM - MALIGNO OU RARO?

I.M. Macedo, G.M. Portugal, I.F. Pedro, V. Maione, M.J. Santos, M. Bragança, L. Boal, J.L. Carvalho, C. Bárbara

Unidade de Internamento Geral, Serviço de Pneumologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Introdução: As pneumonias redondas são imagens raras em adultos e fazem diagnóstico diferencial com neoplasias, particularmente com o carcinoma broncogénico.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino de 26 anos, obeso e sem outros antecedentes relevantes, que recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro com quatro dias de evolução de febre (38,6 °C) e toracalgia, com agravamento nas 24 horas prévias, sem outros sintomas. A auscultação pulmonar não apresentava achados patológicos. A gasimetria evidenciou hipoxémia (PaO₂ 68,1 mmHg) e as análises parâmetros inflamatórios aumentados. A telerradiografia ântero-posterior do tórax revelou uma hipodensidade redonda no ápex pulmonar esquerdo e a tomografia computadorizada torácica confirmou tratar-se de um nódulo de limites imprecisos e contornos irregulares, de 4,8 cm de eixo axial, com broncograma aéreo, cruzada por algumas estruturas vasculares. Do estudo etiológico, não houve isolamentos em culturas de expectoração, sangue e lavadobroncoalveolar; serologias para *Legionella*, *Chlamydia pneumoniae*, *Coxiella burnetii* (febre Q) e *Mycoplasma pneumoniae* foram negativas para infeção aguda. A vídeobroncoscopia não apresentou alterações patológicas. A pesquisa de SARS-CoV-2 na expectoração e nas secreções brônquicas foi negativa. As biópsias transbrônquicas apenas revelaram achados benignos e os exames citológicos do lavado broncoalveolar e escovado brônquico foram negativos para neoplasia. Face à idade do doente, apresentação clínica e laboratorial, foi assumido um diagnóstico de pneumonia redonda e iniciada antibioterapia empírica com amoxicilina-clavulanato e azitromicina, tendo o doente apresentado melhoria clínica e laboratorial, com resolução da hipoxémia arterial e da hipodensidade redonda na telerradiografia do tórax, confirmando o diagnóstico prévio.

Discussão: Uma massa pulmonar única em estudo imagiológico deve ser sempre suspeita de malignidade. É mandatório excluir etiologia neoplásica mas não esquecer diagnósticos diferenciais, mesmo que raros na idade adulta, nomeadamente pneumonias redondas. A resolução dos achados imagiológicos após antibioterapia suportam este diagnóstico.

P004. PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE AO IMPENEM - UM CASO DE TOXICIDADE PULMONAR RARA

D. Ferreira, M. Castro, D. Coutinho, E. Silva, C. Ribeiro, T. Shiang, M. Vanzeller

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A pneumonia é a infeção mais frequente nos doentes imunocomprometidos. Nestes doentes, a suspeita de infeção respiratória deve levar a um diagnóstico exaustivo e preciso, para evitar a exposição desnecessária à toxicidade dos antibióticos de largo espetro.

Caso clínico: Homem de 55 anos, com antecedente de tumor carcinóide típico do pulmão estadio IV, sob 2ª linha terapêutica com everolimus há 1 ano. Recorreu ao serviço de urgência por quadro

com 2 dias de evolução de febre, mialgias, toracalgia e tosse produtiva. A TC de tórax objetivou oclusão completa do brônquio lobar inferior direito, a condicionar atelectasia do respetivo lobo pulmonar. Foi internado com diagnóstico de pneumonia obstrutiva e iniciou levofloxacina empiricamente. Durante o internamento, manteve picos febris diários, parâmetros inflamatórios elevados e agravamento da função renal. Doseados níveis de everolimus, que se encontravam aumentados. Enquadrado em LRA por nefrotoxicidade ao everolimus, pelo que este foi suspenso. Alargou-se o espetro de antibioterapia para piperacilina-tazobactam, que cumpriu durante 3 dias, sem resposta favorável. Escalou-se para imipenem, com melhoria parcial. Efetuadas diversas colheitas microbiológicas, incluindo do lavado brônquico, para pesquisa de bactérias, fungos e vírus, todas negativas. Por novo agravamento clínico e radiológico, repetiu TC no 14º dia de imipenem, onde se observaram consolidações e opacidades em vidro despolido bilaterais de novo, particularmente extensas no lobo superior esquerdo e um ligeiro espessamento dos septos interlobulares. Ponderaram-se as seguintes hipóteses diagnósticas: infeção respiratória por uma bactéria multirresistente, infeção de etiologia não-bacteriana ou toxicidade farmacológica. Decidida a suspensão de imipenem no contexto de provável toxicidade, mantendo vigilância apertada, tendo-se verificado melhoria clínica e radiológica. Teve alta orientado para a consulta. A TC após 1 mês demonstrou melhoria das consolidações, mantendo algumas opacidades em vidro despolido.

Discussão: O agravamento clínico e radiológico sob antibiótico deve levantar a suspeita da toxicidade farmacológica associada. Apesar de ausência de diagnóstico definitivo, parece-nos que este caso ilustra um provável efeito adverso associado ao imipenem e que é raramente reportado.

P005. QUANDO A AVALIAÇÃO PÓS-COVID É JANELA DE OPORTUNIDADE

A.P. Craveiro, J. Barata, S.M. Martins, D. Rocha, D. Sousa, S. Lopes, E. Magalhães, S.M. Valente

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Introdução: À semelhança do verificado noutras patologias, a avaliação pós-COVID pode culminar na identificação acidental de lesões cujo diagnóstico e orientação atempados poderão alterar o curso de uma vida.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 54 anos, autónoma nas AVDs, empresária de decoração. Ex-fumadora (CT 30 UMA) e com antecedentes pessoais de pleurisia na infância, microadenoma da hipófise, otosclerose (com uso de aparelho auditivo), hipertensão arterial e dislipidemia (medicamente controladas). Avaliada em consulta de Pneumologia por quadro clínico de cansaço generalizado, dispneia para médios esforços e alteração do cheiro e paladar após infeção a SARS-Cov-2 cerca de 6 meses antes. Ao exame objetivo, doente com bom estado geral, eupneica em repouso - SatO₂ (FiO₂ 21%) 97% e auscultação cardiopulmonar sem alterações. Pela hipótese principal de síndrome pós-COVID, solicitados ECD dirigidos. Em TC-tórax, identificação de formação nodular de 15 mm, com halo em vidro despolido e centro sólido, na língua. Estudo analítico, funcional ventilatório e ecocardiograma normais. Na sequência, solicitada PET/CT - na qual novamente identificado nódulo, mas sem hiper captação de FGD nem presença de outras lesões. Caso clínico discutido com cirurgia torácica e decisão de abordagem da lesão com biópsia pulmonar transtorácica, - a qual foi negativa para tecido neoplásico. Repetida avaliação imagiológica: TC-CE sem alterações; TC-Tórax com identificação do referido nódulo (de 16 mm) e de raras formações micro-nodulares em alguns segmentos pulmonares. Caso novamente discutido com cirurgia torácica e decidida ressecção pulmonar em cunha da referida lesão por VATS uniportal. O exame extemporâneo foi inconclusivo, mas a anatomia patológica mostrou tratar-se de um Adeno-

carcinoma acinar e bronquioloalveolar primitivo do pulmão, sem invasão da pleura adjacente (pT1c). Como tal, a doente realizou lobectomia superior esquerda e, desde então, mantém seguimento em consulta de Pneumologia Oncológica.

Discussão: Detecção e abordagem de lesões pulmonares é, desde há muito, tema de grande debate. Apresenta-se o caso pelo facto de a suspeita clínica ter imperado, face a exames negativos para malignidade, na abordagem de achado incidental de lesão pulmonar em doente pós-COVID - possibilitando, assim, uma intervenção (mais) atempada.

P006. EMPIEMA LOCULADO - SUCESSO DO TRATAMENTO MÉDICO: CASO CLÍNICO

M.C. Silva, J.V. Naia, D. Rodrigues, D. Pimenta, J.V. Lages, E. Padrão, L. Ferreira

Hospital de Braga.

Introdução: Empiema é a presença de pús no espaço pleural. Esta condição associa-se a uma mortalidade elevada dependendo das características do doente. O tratamento consiste na drenagem imediata, antibioterapia e promoção da re-expansão pulmonar.

Caso clínico: Homem de 63 anos, fumador, sem outras comorbilidades. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia, tosse com expectoração mucosa, toracalgia, astenia e anorexia com duas semanas de evolução e febre nos últimos 3 dias. Ao exame físico apresentava várias caries dentárias. Realizou TC do tórax que revelou enfisema centrilobular e parasseptal de predomínio apical e derrame pleural (DP) extenso à direita, com várias locas anteriores e posteriores, a maior com 16 cm. Analiticamente com leucocitose, neutrofilia, anemia, elevação da PCR e insuficiência respiratória hipoxémica. Foi realizada toracocentese diagnóstica e colocado dreno torácico superior à direita dirigido à maior loca com saída de líquido pleural (LP) seroso com características de DP parapneumónico complicado. Foi instituída antibioterapia empírica, mas por persistência da febre ao 3º dia decidiu-se colocar outro dreno dirigido à loca posterior inferior direita, com saída de LP purulento. Após drenagem destas locas foi realizada fibrinólise com alteplase que foi bem sucedida. Sem isolamento de agente no LP ou hemoculturas e a citologia revelou inflamação. Ocorreu evolução clínica e analítica favoráveis e resolução praticamente completa de todas as locas de empiema e da insuficiência respiratória, tendo completado antibioterapia e cinesioterapia respiratória em ambulatório.

Discussão: Descrevemos um caso de derrame pleural complexo com múltiplas locas de grandes dimensões e características de empiema que foi tratado com a colocação de dois drenos torácicos nas locas de maiores dimensões, aparentemente não comunicantes e realização de fibrinólise, estratégia que se revelou eficaz para a resolução do empiema.

P007. QUILOTÓRAX INTRATÁVEL NA CIRROSE HEPÁTICA: CASO CLÍNICO

M.C. Silva, J.V. Naia, D. Rodrigues, D. Pimenta, A.L. Vieira, E. Padrão, L. Ferreira

Hospital de Braga.

Introdução: Apesar de corresponder a uma causa rara de derrame pleural são várias as possíveis etiologias para o quilotórax, condição associada a uma elevada morbilidade e mortalidade.

Caso clínico: Mulher de 65 anos com antecedentes de cirrose hepática de etiologia alcoólica com hipertensão portal (ascite e varizes esofágicas), hidrotórax hepático e trombose das veias porta e mesentérica superior previamente conhecidos, seguida por gastroenterologia e com manutenção dos consumos. Foi internada por derrame pleural (DP) de grande volume à direita, tendo sido realizada

toracocentese diagnóstica e colocado dreno torácico com saída de líquido pleural (LP) amarelo turvo, com características de transudado e de quilotórax (triglicéridos 223 mg/dl, colesterol 35 mg/dl), amicrobiano e com citologia negativa para malignidade. Realizou TC do tórax e abdómen que não demonstrou alterações para além dos problemas previamente conhecidos e após exclusão de outras causas de quilotórax considerou-se a patologia hepática como a etiologia mais provável. Por gastroenterologia sem possibilidade de tratamento curativo, nomeadamente a realização de shunt pleuro-peritoneal ou transjugular intra-hepático porto-sistémico ou transplante hepático. Durante o internamento manteve drenagem de grande quantidade de LP apesar das medidas dietéticas e farmacológicas instituídas, tendo sido efetuada tentativa de pleurodese com talc slurry pelo dreno torácico, sem sucesso. Manteve necessidade de toracocenteses evacuadoras regulares e apresentou agravamento clínico progressivo com degradação do estado geral e insuficiência hepática, acabando por falecer.

Discussão: Não existe um algoritmo terapêutico para o quilotórax, condição cuja abordagem é muitas vezes difícil de estabelecer. Os autores apresentam um caso de quilotórax secundário a cirrose hepática com impossibilidade de tratamento curativo e falência da estratégia terapêutica conservadora.

P008. 2 CASOS DE MICOBACTERIOSE ATÍPICA

I. Estalagem, J. Silva, D. Silva, J. Soares

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: As infeções por micobactérias não tuberculosas (MNT) são cada vez mais comuns, não só por maior exposição a estes microorganismos, mas também por factores do hospedeiro, como a imunossupressão. Apresentamos 2 casos ilustrativos.

Caso clínico: sexo masculino, 70 anos, antecedentes de carcinoma urotelial de alto grau da bexiga, ressecado. Encaminhado à consulta de Pneumologia por emagrecimento e TAC tórax com padrão miliar pulmonar, colocando-se a hipótese de tuberculose miliar. Realizou broncofibroscopia com colheita de material para pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* (MT) e MNT, que foram negativas. Decidido em reunião multi-disciplinar biópsia pulmonar transbrônquica, com resultado negativo para células neoplásicas, granulomas ou micobactérias. Perante resultados inconclusivos, proposto para biópsia cirúrgica que revelou lesões granulomatosas necrotizantes, sugestivas de tuberculose. Com base na histologia iniciou terapêutica para MT. Ainda assim, clinicamente sem melhoria. Pedida revisão das lâminas que veio positiva para *Mycobacterium fortuitus*. Encaminhado para centro de referência de micobacterioses atípicas e internado para terapêutica endovenosa, com franca melhoria. O segundo caso trata-se de uma doente do sexo feminino, 74 anos, antecedentes de linfoma não-Hodgkin retroperitoneal grau 4 e carcinoma ductal invasivo da mama, ambos em remissão. Admitida na Pneumologia por dispneia, perda ponderal e anorexia. Realizou baciloscopia com pesquisa de bacilo de Koch (BK) directo que foi positiva, assumindo-se tuberculose pulmonar (TP). Iniciou anti-bacilares e encaminhada para o centro de diagnóstico pneumológico (CDP). Por manutenção do cansaço, tosse seca e hipoxémia, foi reinternada. Fez broncofibroscopia com biópsia brônquica com envio de produto para pesquisa de MT e MNT. O exame cultural da amostra de expectoração foi positivo para *Mycobacterium abscessus* complex. Por agravamento clínico, contactado centro de referência para micobacterioses atípicas e decidida transferência para início de terapêutica dirigida. A doente permanece internada, com evolução e prognóstico reservados.

Conclusões: Estes dois casos são representativos da dificuldade em obter o diagnóstico definitivo entre micobacterioses. No entanto com o avanço das técnicas moleculares de diagnóstico, este torna-se mais fácil.

P009. DESAFIO NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR EM DOENTE COM ISOLAMENTOS DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS

M.S. Marques, R. Duarte

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: As micobactérias não-tuberculosas (MNT) podem causar doença clinicamente e radiologicamente indistinguível da tuberculose. No entanto, uma vez que se tratam de microrganismos ubíquos, podem apenas apresentar-se como contaminantes, sendo necessária prudência na sua abordagem, tendo por base os critérios clínicos, radiológicos e laboratoriais, com concomitante exclusão de tuberculose.

Caso clínico: Mulher de 48 anos, com antecedentes de doença de Chron. Necessidade de iniciar terapêutica biológica em 2020 com adalimumab, tendo realizado, nesse contexto, despiste de infeção latente de tuberculose e apresentando ambos os testes imunológicos negativos. No rastreio anual desta infeção, em 2021, apresentava positividade para a prova cutânea da tuberculina (15 mm) e referia ainda perda ponderal (2 Kg), anorexia e hipersudorese noturna com um mês de evolução. No exame micobacteriológico da expectoração foi isolada em apenas uma amostra *Mycobacterium chelonae*, sem outros isolamentos em cultura e com pesquisa de PCR para *Mycobacterium tuberculosis* negativa. Uma vez que apresentava na radiografia torácica um reforço hilar bilateral associado a infiltrado reticular no ápice direito, foi solicitada tomografia computadorizada que evidenciou adenomegalias mediastínicas, bronquiectasias cilíndricas e varicosas de predomínio central e vários micronódulos e nódulos dispersos, não excedendo os 7 mm, com maior attingimento dos lobos superiores. Colheu novamente expectoração com isolamento de *Mycobacterium fortuitum* sem outros isolamentos em cultura e também com pesquisa de PCR para *Mycobacterium tuberculosis* novamente negativa. Realizou posteriormente uma broncofibroscopia onde foi isolado na cultura do lavado brônquico *Mycobacterium tuberculosis* Complex. Iniciou terapêutica com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol com melhoria clínica e radiológica.

Caso clínico: Este caso clínico ilustra a importância da progressão na escalada diagnóstica nos casos em que possuímos isolamentos de MNT diferentes, sendo obrigatória a exclusão de tuberculose pulmonar previamente ao início de qualquer tratamento. Os dados sobre a frequência e a relevância clínica do isolamento de MNT em doentes com tuberculose pulmonar são escassos e o seu isolamento pode levar a erros de diagnóstico importantes com a consequente instituição de tratamento inapropriado.

P010. FATORES EPIDEMIOLÓGICOS E ETIOLÓGICOS NO EMPIEMA PLEURAL

M.J. Cavaco, L. Mateus, A. Nunes, C.R. Silvestre, R. Cordeiro, J. Ferra, D. Duarte, C. Cardoso, P. Raimundo, A. Domingos

Centro Hospitalar do Oeste (CHO).

Introdução: Um empiema pleural (EP) é uma acumulação de pus dentro do espaço pleural, que se desenvolve devido à invasão deste espaço por um microorganismo. A observação de líquido pleural purulento permite o seu diagnóstico. Compreender a epidemiologia, nomeadamente incidência e fatores de risco, e a etiologia, através do mecanismo subjacente e da identificação do agente infeccioso, conduz a um melhor diagnóstico e tratamento desta patologia.

Objetivos: Caracterização epidemiológica e etiológica de doentes com EP.

Métodos: Análise retrospectiva de todas as toracocenteses realizadas num período de 7 anos (2015-2021) na Unidade de Técnicas Pneumológicas do CHO.

Resultados: Foram selecionados 124 doentes com derrame pleural infeccioso, dos quais 37 (29.8%) foram classificados como EP. Os

doentes tinham uma idade média de 62 anos, 18 (49%) com idade > 65 anos e 27 (73%) eram do sexo masculino. A maioria (n = 20, 54%) apresentavam hábitos marcados, nomeadamente tabagismo (n = 15, 41%), alcoolismo (n = 10, 27%) e consumo de drogas endovenosas (n = 3, 8%). Foram também identificados como fatores epidemiológicos relevantes: imunossupressão (n = 9, 24%), desnutrição (n = 4, 11%), má higiene dentária (n = 4, 11%) e aspiração de conteúdo gástrico (n = 4, 11%). A maioria dos EP eram parapneumónicos (n = 28, 76%), os restantes eram secundários a extensão de infeção abdominal (n = 3, 8%), pós-cirúrgico (n = 2, 5%), carcinoma broncogénico (n = 2, 5%), trauma torácico (n = 1, 3%) e rutura esofágica (n = 1, 3%). Foi realizado isolamento de agente infeccioso em 23 casos (62%), dos quais 3 revelaram flora polimicrobiana. Identificaram-se 65% gram positivos (*Staphylococcus aureus* n = 4, *Streptococcus pneumoniae* n = 2, outros n = 11), 28% gram negativos (*Pseudomonas aeruginosa* n = 2, *Klebsiella pneumoniae* n = 2, *Escherichia coli* n = 2, *Proteus mirabilis* n = 1), 4% anaeróbios (*Eikenella corrodens*) e 4% micobactérias.

Conclusões: O consumo de tabaco e álcool, em conjunto com o envelhecimento e a imunossupressão, representam a maioria das comorbilidades nestes doentes. Apesar do elevado número de EP parapneumónicos, é importante estar alerta para as restantes causas. A identificação do agente infeccioso continua a não ser possível num número significativo de casos, o que pode estar associado a microorganismos de difícil isolamento como bactérias anaeróbias, micobactérias e fungos.

P011. ESTENOSE TRAQUEAL COM RESOLUÇÃO ESPONTÂNEA

P.N. Costa, V. Fernandes, L. Graça, S. Lareiro, R. Pancas

CHUC.

Introdução: Os divertículos traqueais constituem habitualmente achados incidentais, sendo assintomáticos na vasta maioria dos casos. Se sintomáticos (tosse, estridor, dispneia, infeções de repetição e/ou halitose), podem necessitar de tratamento cirúrgico. Ainda que incomuns, as estenoses traqueais são uma causa importante de obstrução da via aérea e o seu reconhecimento tem vindo a aumentar no contexto da entubação oro-traqueal, permanecendo como a indicação principal para ressecção traqueal.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 64 anos. Em Maio de 2021, submetida a microcirurgia laríngea com exérese de lesão quística da corda vocal esquerda. Pós-operatório complicado por pneumotórax, pneumomediastino e enfisema subcutâneo exuberante em relação com rutura de divertículo traqueal por provável entubação oro-traqueal traumática. Realizou broncofibroscopia, que confirmou a lesão na parede posterior do terço médio da traqueia e foi transferida para a Cirurgia Torácica, onde foi realizado encerramento primário do colo diverticular, sem complicações imediatas. Em Fevereiro de 2022, recorre ao Serviço de Urgência com queixas de dispneia e tosse com 5 meses de evolução e episódio inaugural de hemoptise de pequeno volume. Realizou tomografia computadorizada e repetiu broncofibroscopia, revelando estenose proximal da traqueia com redução de cerca de 75% da sua área de secção transversa, condicionada por estrutura irregular e polipóide envolvendo fios de sutura cirúrgica. A doente foi novamente admitida pela Cirurgia Torácica com o intuito de ressecção do segmento traqueal estenosado. No dia prévio à cirurgia, desenvolve quadro agudo de tosse e estridor, com expulsão de fios de sutura envoltos em tecido de granulação e resolução completa e espontânea do quadro clínico, pelo que se optou pelo cancelamento da cirurgia. A doente manteve vigilância em consulta, permanecendo assintomática até à data.

Discussão: O caso apresentado retrata uma situação rara, mas que deverá ser reconhecida por todos os profissionais de saúde que contactam com patologia da via aérea (superior e inferior). Por se apresentar de forma clínica exuberante, esta é uma situação que,

com frequência, induz um elevado grau de preocupação no doente e no seu médico assistente, devendo ser orientada de forma eficaz e célere.

P012. EOSINOFILIA NO LAVADO BRONCOALVEOLAR - A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

M.J. Cavaco, L. Mateus, A. Nunes, C.R. Silvestre, R. Cordeiro, J. Ferra, D. Duarte, C. Cardoso, P. Raimundo, A. Domingos

Centro Hospitalar do Oeste (CHO).

Introdução: A eosinofilia pulmonar (EP) é definida como a infiltração de eosinófilos (Eos) nos vários compartimentos pulmonares, por vezes acompanhada por um aumento destas células na circulação sanguínea. Esta alteração não é específica de nenhuma patologia, podendo estar associado a infeções, fármacos, doenças pulmonares obstrutivas, doenças autoimunes e outras patologias do interstício pulmonar. O lavado broncoalveolar (LBA) é uma ferramenta importante no seu diagnóstico. Normalmente, os eosinófilos constituem menos de 2% da contagem diferencial de células do LBA. Considera-se EP quando os eosinófilos representam > 25% das células presentes neste exame.

Objetivos: Caracterização do perfil clínico e etiológico dos doentes com eosinofilia no LBA.

Métodos: Estudo retrospectivo das broncofibroscopias flexíveis em que o LBA foi realizado entre 2010 e 2021, na Unidade de Técnicas Pneumológicas do CHO. Foram analisados dados demográficos e clínicos dos doentes com número de eosinófilos superior ao normal no LBA.

Resultados: Dos 164 LBA realizados neste período, 18 (10,9%) possuíam > 2% de eosinófilos. 3 doentes (1,8%) cumpriam critérios de EP, respetivamente um caso de toxicidade pulmonar induzida por mesalazina (Eos 26%), um caso de toxicidade pulmonar induzida por interferão alfa (Eos 34%) e um caso de pneumonia eosinofílica crónica (Eos 46%). Os restantes casos de aumento dos eosinófilos no LBA correspondiam a 6 doentes (33%) com Fibrose pulmonar idiopática, 3 doentes (17%) com Pneumonia de hipersensibilidade, 2 doentes (11%) com asma eosinofílica grave, 2 doentes (11%) com Doença do tecido conjuntivo com envolvimento pulmonar (esclerose sistémica e dermatomiosite), um doente (5%) com Pneumonia fúngica (por *Pneumocystis jirovecii*) e um doente (5%) com doença pulmonar induzida por fármacos (amiodarona).

Conclusões: O estudo dos eosinófilos no LBA, em conjunto com o seu valor na circulação periférica, é um dado importante no diagnóstico de múltiplas patologias pulmonares. Perante um doente com número de eosinófilos superior ao esperado deve ser realizado um diagnóstico diferencial abrangente, alertando para a possibilidade de infeções fúngicas, toxicidade medicamentosa e doenças do interstício pulmonar.

P013. EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL BRÔNQUICA NO TRATAMENTO DAS HEMOPTISES: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

D. Ferreira, M. Castro, A.R. Marçôa, D. Rocha, E. Silva, C. Ribeiro, T. Shiang, M. Vanzeller

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho.

Introdução: As hemoptises constituem um dos principais motivos de referência dos doentes à observação e avaliação pela Pneumologia. Um fator primordial na sua abordagem é a etiologia das hemoptises. A angiografia brônquica apresenta um papel diagnóstico, mas também terapêutico, pois possibilita a embolização dos focos hemorrágicos identificados.

Objetivos: Pretende-se apresentar a casuística de arteriografias brônquicas com ou sem embolização arterial, em doentes internados no serviço de Pneumologia com diagnóstico de hemoptises, no período de 2018 a 2021.

Métodos: Colheram-se retrospectivamente os dados relativos às arteriografias realizadas no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2021, em doentes internados com hemoptises no serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho.

Resultados: Durante este período de tempo, realizaram-se um total de 42 angiografias brônquicas, em doentes com uma idade mediana de 60 anos, 22 (69%) das quais em homens, 21 (50%) não fumadores, 11 (26%) em 1º episódio de hemoptises, enquanto 15 (36%) já tinham sido submetidos previamente a embolização brônquica. De acordo com a gravidade, 11 (26,19%) doentes apresentavam hemoptises ligeiras, 16 (38,10%) moderadas e 5 (11,90%) maciças. 4 (9,5%) das angiografias foram realizadas com carácter emergente. As etiologias das hemoptises mais frequentemente descritas foram: bronquiectasias (n = 13; 30,95%), tuberculose pulmonar e sequelas associadas (n = 8; 19,04%) e neoplasia pulmonar (n = 3; 7,14%). A mediana do tempo de internamento foi de 7,50 dias. Realizaram-se 34 embolizações brônquicas, 12 (35,29%) apresentavam artérias tortuosas/dilatadas, 11 (32,35%) extravazamentos de contraste, 9 (26,47%) shunts arterio-arteriais e 2 (5,88%) aneurismas da artéria brônquica. 26 (76,47%) embolizações foram bem sucedidas, enquanto que nas restantes, a mediana de tempo até à recidiva foi de 1 dia.

Conclusões: A embolização brônquica é um tratamento eficaz e seguro no controlo da hemorragia pulmonar.

P014. CHYLOTHORAX AS AN UNUSUAL PRESENTATION OF BOSUTINIB THERAPY TOXICITY

I. Farinha, J.G. Santos, A.T. Cunha, T. Costa

CHUC.

Introduction: Tyrosine kinase inhibitors (TKIs) are the mainstay of treatment of Philadelphia chromosome positive chronic myeloid leukemia (CML). Pulmonary complications associated with TKIs are more frequently reported with Dasatinib (especially pleural effusion). Here we present a case of a patient with CML treated with Bosutinib who developed a chylothorax.

Case report: A 68-year-old woman, non-smoker, was diagnosed with chronic-phase CML in 2006. She was initially treated with Imatinib 400 mg qd, achieving a complete molecular response. However, therapy was switched to Bosutinib 500 mg qd in 2016, due to gastrointestinal intolerance. In 2021, she presented to the emergency department complaining of a one-month history of severe dyspnea, dry cough and chest pain. On physical examination, there was a decrease in breath sounds on the right inferior lung field. A chest radiograph revealed a small volume bilateral pleural effusion, larger on the right. A CT-Scan of the thorax revealed a bilateral free-flowing pleural effusion, larger on the right, and a partial collapse of the right middle lobe with no obstructive cause. A flexible bronchoscopy was performed with the finding of right middle bronchus tapering, allowing the progression of the bronchoscope. A bronchoalveolar lavage and brushing were performed in that bronchial segment, with no abnormalities found. An ultrasound-guided diagnostic thoracentesis was performed, with the removal of 26mL of pleural effusion with a hazy and milky appearance, classified as a lymphocytic predominant exudate. The pleural fluid was classified as a chylothorax after the biochemical examination (triglycerides 375 mg/dL). The pleural fluid culture, immunophenotyping and cytology exam were all negative. Liver function tests were normal. A clinical suspicion of a Bosutinib induced chylothorax was raised. Bosutinib was withdrawn, with a complete resolution of the bilateral pleural effusion within five weeks, therefore confirming the diagnosis. Respiratory symptoms resolved within a week.

Conclusions: There are clinically important pulmonary toxicities to take notice with TKIs. Here we presented a rare case of Bosutinib associated chylothorax, which resolved after discontinuation of the drug. Due to this infrequent presentation, a high clinical suspicion is required.

P015. TREATABLE TRAITS NA DPOC - EXACERBADORES VS. NÃO EXACERBADORES

P.N. Costa, D. Cardoso, J. Borges, C. Rodrigues

CHUC.

Introdução: A DPOC compreende uma população de doentes diversa e heterogênea, pelo que a estratégia de identificação de *treatable traits* (TT) e a sua gestão tem vindo a mostrar-se uma das principais ferramentas no controlo destes doentes, quer em fase de estabilidade quer durante uma exacerbação.

Objetivos: Avaliar a presença dos principais TT numa população de doentes com DPOC e analisar a sua relação com a ocorrência de exacerbações.

Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva dos processos clínicos de todos os doentes seguidos em consulta de readaptação funcional respiratória do Serviço de Pneumologia de um hospital terciário no primeiro semestre de 2021. Para 22 TT considerados no estudo, foram pesquisados os respetivos TIM (*treat identification marker*) e, para cada doente, foi feita também a recolha de dados acerca da ocorrência de exacerbações nos 12 meses prévios à consulta. Os dados colhidos foram submetidos a tratamento estatístico no programa IBM SPSS Statistics 26.

Resultados: No período de estudo compreendido foram avaliados 128 doentes, com uma idade média de $73 \pm 9,5$ anos e maioria do sexo masculino (82%). Destes, 20,3% (n = 26) foram definidos como doentes exacerbadores (por nos 12 meses prévios terem apresentado, pelo menos, 2 exacerbações moderadas ou 1 exacerbação grave). A pesquisa dos diferentes TT e seus TIM, permitiu verificar que o TT mais frequente no grupo dos doentes exacerbadores foi a patologia cardíaca (presente em 69,2%), enquanto que o TT mais frequentemente observado no grupo dos doentes não exacerbadores foi o enfisema (em 66,7%). Realizando a comparação entre a presença dos TT em ambos os grupos, foi possível constatar uma diferença estatisticamente significativa na presença de insuficiência respiratória (p = 0,017) e inatividade física (p = 0,005). Também o número total de TT por doente foi superior no grupo de doentes exacerbadores (p = 0,021).

Conclusões: O trabalho desenvolvido vai de encontro aos conhecimentos atuais, na medida em que valida o risco de agudização e hospitalização associados à inatividade física na DPOC. Sublinha ainda a importância da abordagem personalizada através da investigação de TT, nomeadamente pela maior prevalência destes traços nos doentes mais exacerbadores, desempenhando assim uma janela de oportunidade para a atuação precoce e prevenção da morbi-mortalidade.

P016. APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM DOENÇAS DO INTERSTÍCIO PULMONAR

C. Rôlo Silvestre¹, I. Gonçalves², M. Aguiar², M. Barata², M. Alvarenga², R. Rosa², T. Martin², S. Clemente², V. Martins², F. Todo Bom², S. Furtado³

¹Centro Hospitalar do Oeste. ²Hospital Beatriz Ângelo. ³Hospital da Luz.

Introdução: A síndrome da apneia do sono (SAOS) é uma comorbilidade cada vez mais reconhecida nas doenças do interstício pulmonar (DIP).

Objetivos: Avaliar e caracterizar a presença de SAOS nos doentes seguidos na consulta de DIP.

Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo dos doentes seguidos em consulta de DIP, entre 2020 e 2021, num hospital terciário. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos. A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS (v23.0). O teste à normal distribuição dos dados foi realizada com recurso ao teste Kolmogorov-Smirnov. As variáveis categóricas foram comparadas de

acordo com o teste exato de Fisher ou chi-quadrado, de acordo com o mais indicado.

Resultados: Dos 253 doentes analisados, 51,4% (n 130) eram do sexo feminino, com mediana de idades de 69 anos (AIQ 56-77). Mais de metade dos doentes sem história de tabagismo (n 132; 52,2%). O Índice de Massa Corporal (IMC) mediano foi de 27,84 Kg/m² (AIQ 24,32-31), 24,1% dos doentes apresentava obesidade. As patologias mais frequentes seguidas em consulta foram a sarcoidose (n 44; 17,4%), as DIP associadas a doenças do tecido conjuntivo (n 35; 13,8%) e a pneumonia de hipersensibilidade (n 31; 12,3%). Dos doentes com DIP, 18% (n 46) tinham realizado polissonografia, sendo que em 17,8% (n 45) foi sugestiva de SAOS. Cerca de 4,7% (n 12) apresentavam clínica sugestiva e aguardavam polissonografia. Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre a idade dos doentes com o diagnóstico de SAOS e os restantes doentes (66 vs. 69 anos; p = 0,335). Cerca de 57,8% (n 26) dos doentes com SAOS era obeso. Os doentes com SAOS apresentavam um IMC superior (Mdn 31,55 Kg/m²) ao dos restantes doentes (Mdn 27,16 Kg/m²) (p = 0,001). Da análise das várias patologias do interstício dentro da amostra, a prevalência da SAOS foi superior na sarcoidose 34,1% (n 15). Verificou-se, uma associação entre ter sarcoidose e ter SAOS (OR 3,086, IC95: 1,482-6,427, p = 0,002). Não se constatou associação entre ter SAOS e outras DIP.

Conclusões: Nesta população de doentes com DIP, constatou-se que a SAOS é uma comorbilidade comum (17,8%), em particular nos doentes com sarcoidose (34,1%). Verificou-se que existe uma associação entre ter sarcoidose e ter SAOS, sendo contudo necessários novos estudos para caracterizar melhor esta relação.

P017. SARCOIDOSE E SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO - EXISTE RELAÇÃO?

C. Rôlo Silvestre¹, I. Gonçalves², M. Aguiar², M. Barata², M. Alvarenga², R. Rosa², T. Martin², S. Clemente², V. Martins², F. Todo Bom², S. Furtado³

¹Centro Hospitalar do Oeste. ²Hospital Beatriz Ângelo. ³Hospital da Luz.

Introdução: Um aumento da prevalência da Síndrome da Apneia do Sono (SAOS) nos doentes com sarcoidose tem sido reportado na literatura. Contudo, os fatores de risco etiopatogénicos não estão totalmente esclarecidos.

Objetivos: Analisar a presença de SAOS numa amostra de doentes com sarcoidose e identificar características clínicas nos doentes com as duas patologias.

Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo dos doentes com sarcoidose seguidos em consulta de doenças do interstício pulmonar, entre 2020 e 2021, num hospital terciário. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos. A análise estatística foi feita com recurso ao SPSS (versão 23).

Resultados: Dos 44 doentes com sarcoidose analisados, 56,8% (n 25) eram do sexo masculino, com média etária de $55 \pm 14,9$ anos, 63% (n 28) não tinha história de tabagismo. O índice de massa corporal (IMC) médio dos doentes foi de $29,6 \pm 5,48$ Kg/m², sem diferença estatisticamente significativa entre os dois sexos (p = 0,199). Quinze doentes (17,4%) realizaram estudo do sono, sendo que a maioria realizou estudo cardiopulmonar (n 11; 73,3%). Todos obtiveram o diagnóstico de SAOS. Verificou-se que 40% (n 6) tinham SAOS moderado, 33,3% (n 5) grave e 26,7% (n 4) ligeiro. Destes, a maioria era do sexo masculino (n 11; 73,3%). O IMC médio dos doentes com SAOS revelou-se superior aos dos restantes doentes ($32,1 \pm 5,23$ Kg/m² vs. $27,9 \pm 5,11$ Kg/m², p = 0,029). Não se verificou diferença significativa entre a média etária dos doentes com SAOS e a restante amostra (p = 0,685). O estadió radiológico II de scadding foi o mais prevalente (n 24; 54,5%), seguindo-se o estadió III (n 10; 22,7%). Não se verificou relação entre a gravidade da SAOS e o estadiamento imagiológico (p = 0,550), nem associação entre fazer

corticoterapia e ter SAOS (OR 1,481, IC 95 0,404-5,428, $p = 0,738$). Identificaram-se como fatores de risco para SAOS nesta população de doentes, ser diabético (OR 5,778, IC 95 1,192 - 28,041, $p = 0,044$) e obeso (OR 6,750, IC 95 1,428-31,896, $p = 0,029$).

Conclusões: A SAOS revelou-se uma comorbidade frequente nesta população com sarcoidose, tal como observado na literatura. Na população que realizou estudo do sono, a maioria apresentava SAOS de gravidade moderada. Identificaram-se como fatores de risco para a SAOS nesta amostra ter diabetes mellitus e obesidade.

P018. FUNÇÃO RESPIRATÓRIA NA DOENÇA NEUROMUSCULAR - PROTOCOLO DO HOSPITAL DOUTOR FERNANDO FONSECA

T. Almeida, M.I. Luz, L. Correia, A. Gerardo, H. Liberato

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

Introdução: Estima-se que em Portugal, existam mais de 5.000 doentes com doenças neuromusculares (DNM), distribuídos por diferentes patologias. Atendendo à complexidade da gestão destes utentes, é essencial o seguimento por equipas multidisciplinares em consultas especializadas. A avaliação da função respiratória nos doentes com DNM é realizada periodicamente através de exames clínico-funcionais, de acordo com a evolução da doença, de forma a antecipar introdução de medidas terapêuticas adequadas. Face a esta necessidade, foi criado no hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca um protocolo de avaliação funcional respiratória nestes doentes.

Objetivos: Apresentação do protocolo a aplicar a todos os doentes com DNM, em seguimento na consulta de Pneumologia do HFF de forma a uniformizar os procedimentos realizados e a sua periodicidade.

Métodos: Critérios de inclusão para a aplicação do protocolo: doentes neuromusculares, com idade igual ou superior a 18 anos e seguidos em consulta de Pneumologia. A avaliação consiste na realização dos seguintes exames: Gasimetria arterial (GSA), espirometria sentada e em decúbito, avaliação da força dos músculos respiratórios através da realização das pressões máximas inspiratória e expiratória (PIM e PEM), sniff nasal inspiratory pressure (SNIP) e medição do *Peak Cough Flow* (PCF) de 3 em 3 meses.

Resultados: Foram incluídos 75 doentes, com idade mediana de 59,9 anos. A maioria dos doentes tinha o diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica (57,3%). Todos os doentes realizaram espirometria e GSA, 48% ($n = 36$) realizaram SNIP 40% ($n = 30$) realizaram PCF e 68% ($n = 51$) avaliação da força dos músculos respiratórios. Com a aplicação deste protocolo otimizámos a avaliação funcional destes doentes, uniformizámos práticas e a periodicidade da realização dos exames no laboratório de função respiratória do HFF.

Conclusões: A função respiratória é essencial na avaliação do doente neuromuscular. A criação de protocolos visa uma uniformização desta avaliação, tendo como objetivo a otimização do seguimento destes doentes, melhorar a qualidade de vida e uma redução da morbi/mortalidade associada às DNM. O melhor seguimento funcional destes doentes tem permitido uma deteção precoce do agravamento funcional e a instituição de terapias como a VNI, *Cough Assist* e reabilitação respiratória.

P019. PNEUMONIA ORGANIZATIVA DE APRESENTAÇÃO FULMINANTE EM DOENTE COM COLITE ULCEROSA SOB MESALAZINA E INFLIXIMAB

L. Gomes, J. Couto, M. Afonso, P. Santos, M.A. Marques, P.G. Ferreira

CHUC.

Introdução: O atingimento pulmonar na doença inflamatória intestinal (DII) é incomum e surge frequentemente como manifestação

extra-intestinal (MEI) da mesma ou por toxicidade induzida por fármacos.

Caso clínico: Homem de 38 anos com colite ulcerosa (CU) diagnosticada 2 anos antes sob mesalazina e infliximab iniciados há 17 e 5 meses, respetivamente. Admitido por dispneia de agravamento progressivo nas últimas 3 semanas, febre e dor pleurítica. Evidenciava um padrão consolidativo em radiografia de tórax e uma insuficiência respiratória tipo 1 (IR1) (FiO2 máx 0,60), ambas em agravamento apesar da antibioterapia empírica de largo espectro. A TC tórax mostrou consolidações multifocais com componente peribronquico de distribuição apico-caudal difusa, sugerindo pneumonia organizativa (PO). Dado o contexto de imunossupressão foi submetido a broncoscopia com estudo microbiológico invasivo alargado, negativo. Face ao agravamento clínico e sob suspeita cimeira de possível toxicidade pulmonar a fármaco foi iniciada corticoterapia, com resposta parcialmente satisfatória e melhoria da IR1. A nível funcional apresentava uma FVC de 57% e uma DLCOsb 41% do previsto. A colonoscopia excluiu DII ativa. Para melhor clarificação diagnóstica foi realizada biópsia pulmonar por VATS uniportal que mostrou aspetos centrais de PO, componente de bronquiólite expressiva e reação gigante-celular. Atendendo à ausência de CU ativa, o doente teve alta sob prednisolona e micofenolato de mofetil com remissão clínica e radiográfica e notória melhoria funcional.

Discussão: Este caso traduziu uma forma de doença intersticial aguda/rapidamente progressiva com IR1 grave. Perante a imunossupressão do doente, a exclusão de infeção oportunística por estudo microbiológico invasivo foi imperativa. O nível profundo de imunossupressão, o perfeito controlo intestinal da CU e o formato clínico-radiológico tornaram menos provável a hipótese de MEI. Após reconciliação dos achados complementares com inclusão da biópsia (pneumonia em organização com reação gigante-celular) e discussão multidisciplinar, foi assumido o diagnóstico provisório de PO secundária a provável toxicidade à mesalazina. Os aspetos histológicos remetem para casos publicados de toxicidade pulmonar a este fármaco. Não foi efetuado rechallenge com o fármaco por noção de risco elevado.

P020. OLIGOMETASTATIC NON-SMALL CELL LUNG CANCER: HOW FAR SHOULD WE GO?

J. Oliveira Pereira, A. Santos, S. Martins Castro, A. Pego

CHUC.

Introduction: Metastatic adenocarcinoma of the lung is a high-mortality condition, with an estimated survival of 10-26% at 24 months. In oligometastatic disease (up to 5 metastases at 3 different sites), curative-intended therapy is being increasingly debated and attempted, significantly prolonging survival. CNS oligometastatic involvement, however, still seems to be associated with worse outcomes.

Case report: A 43-year-old active smoker, obese, female (30 pack-years) was admitted in may 2009 to the neurosurgery ward to study a right parietal brain lesion with suspected metastatic etiology. The patient underwent craniotomy with complete resection of the lesion, which was histologically compatible with adenocarcinoma with acinar and papillary patterns and immunophenotypically suggestive of lung origin (TTF1 and CK7+, CK20-). The complementary study (thorax CT + PET-CT) identified a single lung lesion in the right upper lobe with 24 × 17 mm and pleural extension. Transthoracic needle biopsy revealed a primitive adenocarcinoma with acinar pattern and minor solid component. The patient was proposed for right upper lobectomy and mediastinal lymphadenectomy, which confirmed an adenocarcinoma with acinar and microglandular patterns but no pleural invasion, setting a pathological stage T1N0M1b - IVa. The patient subsequently underwent adjuvant whole-brain radiation therapy (30Gy/10Fr) and chemotherapy with 5 cycles of carboplatin and gemcitabine, discontinued due to haematological

toxicity. Follow-up in the outpatient pulmonary oncology clinic with periodic CT scans revealed no signs of recurrence within the following 13 years, to date.

Discussion: We report a case of long-time survival of a patient with oligometastatic NSCLC with CNS involvement, who showed good response to curative-intended therapy. With this case we aim to illustrate the need to seek individual and aggressive therapeutic approaches in patients with synchronous oligometastases, which can greatly contribute to increased progression-free survival and overall survival in patients with advanced disease.

PO21. ADVANCED PULMONARY CARCINOID TUMORS: A CASE SERIES

C. Caramujo, I.F. Gomes, T. Fraga, R.F. Soares, I. Domingues, E. Jesus, G. Sousa

Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.

Introduction: Advanced bronchial carcinoid tumours (aB-carcinoid/NET) are a rare group of pulmonary neuroendocrine neoplasms with heterogeneous pathological features and clinical behaviour. We present a case series analysis of a Cancer Centre in Portugal.

Objectives: Our aim was to characterize and analyse the outcomes of patients treated for aB-carcinoid/NET at our centre.

Methods: All patients treated for aB-carcinoid/NET at our centre between January 2014 and December 2021 were analysed. The patients' history, clinical features, treatment, and outcome were obtained by review of medical records.

Results: A total of 18 patients with aB-carcinoid/NET were identified. The median age was 75 years [29-84]. Ten patients were male (55.6%). The most frequent histology was typical carcinoid (n = 14, 77.8%), followed by atypical carcinoid (n = 4, 22.2%). Most patients had an ECOG performance status of 1 (n = 11, 61.1%). Half the patients presented with stage IV cancer at diagnosis (n = 9, 50%) and two patients (11.1%) with a stage III unresectable tumour. Only 7 patients (38.9%) presented with a resectable tumour at diagnosis and performed surgery. Five of these patients (71.4%) had a typical carcinoid tumour. Seventeen patients (94.4%) were treated with first line octreotide as systemic therapy and only one of these patients was treated with chemotherapy in subsequent lines. For a median follow-up of 5.0 years, median overall survival (OS) was not reached and median progression free survival (PFS) under treatment with octreotide was 82 months (CI95%, 50.9-113.1).

Conclusions: Most patients presented with metastatic disease and typical carcinoid histology. Our data reinforces the indolence and favourable prognostic of typical carcinoid bronchial tumours.

PO22. REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NA CONDIÇÃO PÓS-COVID-19 - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

J. Borges, P. Costa, D. Cardoso, F. Soares, C. Rodrigues

CHUC.

Introdução: O espectro de sintomas com, pelo menos, 2 meses de duração que se desenvolve nos 3 meses após a fase aguda da infeção por SARS-CoV-2 é conhecido como condição pós-COVID-19. Atendendo ao impacto na qualidade de vida e à presença de dispneia mMRC > 2 e/ou de saturação (SpO₂) < 92% persistentes, estes doentes devem ser considerados para reabilitação respiratória (RR).

Objetivos: Avaliar os benefícios da RR no pós-COVID-19 dos doentes que integraram o programa de um hospital central.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes no pós-COVID-19 que integraram o programa de RR, com análise descritiva e comparativa do antes e após o programa.

Resultados: Foram incluídos 22 doentes, em que o quadro não era melhor explicado por diagnósticos alternativos, com idade e índice

de massa corporal medianos de 59 anos (min = 33; max = 78) e 30,1 kg/m², respetivamente. Destes, 54,5% eram do sexo masculino e 45,5% tinham exposição prévia a tabaco. A gravidade da apresentação clínica foi crítica, grave, moderada e ligeira em 18,2%, 45,5%, 4,5% e 32,8% dos doentes. Quanto à caracterização funcional e imagiológica é de referir alteração ventilatória restritiva, diminuição da difusão alvéolo-capilar pelo CO e persistência de alterações em tomografia computadorizada torácica em 1 (4,5%), 8 (36,4%) e 12 (54,5%) doentes, respetivamente. Os doentes integraram o programa de RR que incluía exercícios de controlo ventilatório e expansibilidade torácica, exercício aeróbio em passadeira e cicloergómetro, bem como treino de força dos membros inferiores e superiores. O início do programa ocorreu em mediana 7 meses após a fase aguda e estes apresentaram benefício clínico avaliado por outcomes clínicos, como questionários de qualidade de vida e de atividades de vida diária. Nos outcomes relacionados com a capacidade de exercício existe diferença na mediana da distância percorrida na prova de marcha dos 6 minutos (PM6M) antes e após o programa (p = 0,007), o que não acontece quanto ao número de repetições no teste sit-to-stand (STS). Foi ultrapassada a diferença mínima clinicamente importante em 10 e 7 doentes na PM6M e no STS.

Conclusões: A RR afigura-se como um método terapêutico eficaz na condição pós-COVID-19, conseguindo uma melhoria clínica e da capacidade de exercício. O estudo encontra-se limitado pelo tamanho da amostra.

PO23. TREATABLE TRAITS NA ABORDAGEM DO DOENTE DPOC

D. Cardoso, P.N. Costa, J. Borges, A. Reis, C. Rodrigues

CHUC.

Introdução: A abordagem por *treatable traits* (TT) tem sido proposta como estratégia para uma gestão personalizada do doente DPOC, identificando alvos terapêuticos determinados por biomarcadores TIM (*treat identification marker*).

Objetivos: Identificar os principais TT numa amostra de doentes DPOC e avaliar a sua variabilidade entre classes GOLD.

Métodos: Definiram-se 22 TT e seus TIM. Estudo retrospectivo de doentes DPOC seguidos em consulta de readaptação respiratória, no primeiro semestre de 2021, com análise descritiva e comparativa entre classes-GOLD.

Resultados: Total de 128 doentes com idade mediana de 72,5 anos e predomínio masculino (82%), 56,3% de classe B, 22,7% classe D, 15,6% classe A e 5,5% classe C. Os TT pulmonares mais prevalentes foram: enfisema (66,4%), inflamação eosinofílica das vias aéreas (64,1%), bronquite crónica (50%), insuficiência respiratória (IR/44,5%), dessaturação com o esforço (36,7%) e intolerância ao exercício (34,4%). Os TT extra-pulmonares mais frequentes foram: doença cardiovascular (57%), SAOS (34,4%), obesidade (32,8%) e depressão (32%). Os TT comportamentais mais prevalentes foram: inatividade (29,7%) e má adesão terapêutica (18,8%). Os TT menos pesquisados /registados em processo clínico foram: osteoporose (97,7%), DRGE (71,9%), SAOS (54,7%) e depressão (52,3%). Verificou-se diferença estatisticamente significativa no número médio de TT encontrados em cada classe GOLD (p = 0,007): 7,28 na D, 6,49 na B, 5,1 na A e 4,7 na C. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre classes GOLD, na identificação de IR (p = 0,003), dessaturação (p = 0,006) e intolerância ao esforço (p = 0,014), mais predominantes nas classes B e D, bem como na presença de bronquiectasias (BQ/p = 0,01), mais predominantes nas classes A e C.

Conclusões: Os TT mais prevalentes foram o enfisema, a inflamação eosinofílica das vias aéreas, a bronquite crónica e a doença cardiovascular presentes em mais de metade dos doentes. Os mais sintomáticos (B e D) têm maior número de TT, fruindo de maior janela terapêutica. Estes apresentam maior prevalência de IR, de intolerância e dessaturação ao esforço, com significado estatístico

co, relativamente aos menos sintomáticos (A e C), que têm maior prevalência de BQ. A presença de comorbilidades extrapulmonares associadas à DPOC foram os TT menos pesquisados ou registados em consulta.

P024. COGNITIVE AND PHYSICAL PERFORMANCE IN THE PULMONOLOGY OUTPATIENT CLINIC: THE MARATHON STUDY

J. Oliveira Pereira, K. Lopes, C. Santos, C. Bárbara, F. Rodrigues CHUC.

Introduction: Cognitive impairment is associated with several respiratory disorders and impacts health status and quality of life, being related with lower adherence to treatment and increased hospitalization and mortality rates. There is consistent association between physical function and the cognitive performance across different functional contexts. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA[®]) is a validated screening test for Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's disease.

Objectives: We aimed to verify the association between cognitive performance, oxygen saturation and the 6-minute walking test (6-MWT) in the Pulmonology Outpatient Clinic and to explore the relation between respiratory disease and cognitive impairment.

Methods: In this cross-sectional study, patients performing a 6-MWT were asked to fulfil the MoCA[®] and the STOP-BANG. The results were retrieved along with data on patient demographics, education and clinical information. Correlations between the oxygen saturation, walking distance and MoCA[®] were analysed and adjusted for variables including age, education and comorbidities.

Results: Ninety-two patients were enrolled, with a median age of 68.5 years (IQR 59-75) and female predominance (52.2%, n = 48). Most had not graduated from high school (60.9%, n = 56). Confirmed airway disease was most frequent (n = 41), followed by interstitial (n = 32) and vascular disease (n = 23). Participants walked a median distance of 295m (IQR 228-356), 57% of the predicted (IQR 46-68). The sample had a median baseline SpO₂ of 95% (IQR 94-97) and reached a median SpO₂min of 89% (IQR 85-93) during the 6-MWT. A significant proportion of patients (20%, n = 29) presented a MoCA[®] compatible with Cognitive Impairment (< 22 points), 6 of whom suggestive of Alzheimer's Disease (< 17 points). Regression analysis revealed an association between cognitive performance, age and education (B = -0.087 and 0.361, respectively; R² = 0.342) but not with oxygen saturation, performance on the 6-MWT or clinical diagnosis.

Conclusions: Cognitive impairment is prevalent in the Pulmonology Clinic setting and patient management strategies should take it into consideration. In this population, cognitive function correlates with age and education, but not with oxygen saturation, performance in the 6-MWT or clinical diagnosis.

P025. PNEUMONIAS COM BACTERIEMIA: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

S. Pereira, J. Caldeira, J. Nogueira, J.P. Baptista

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A pneumonia apresenta uma mortalidade elevada em casos graves com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI). A bacteriemia relaciona-se com maior gravidade de doença em várias patologias infecciosas conhecidas. Estudar a bacteriemia em pneumonias e a sua relação com a gravidade da doença permite uma melhor gestão destes doentes críticos.

Objetivos: Caracterização de doentes com pneumonia invasiva e avaliação da gravidade da doença comparativamente a doentes sem bacteriemia.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes internados no SMI do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) por pneumonia entre 2018 e 2020.

Resultados: Analisados 172 doentes internados por pneumonia, dos quais 44 (25,5%) apresentaram bacteriemia durante o internamento. Este subgrupo era maioritariamente do sexo masculino (72,7%) com uma média de idades de 62,9 ± 3,2 anos. Os microrganismos mais frequentemente isolados foram o *Staphylococcus aureus* em 13 doentes, o *Streptococcus pneumoniae* em 5 doentes e o *Staphylococcus coagulase* negativa em 5 doentes. A média de internamento no SMI foi de 23,4 ± 29,0 dias e VMI de 15,2 ± 14,8 dias. Nos índices de gravidade, observamos uma pontuação média de 10,1 ± 4,2 pontos no SOFA, de 20,7 ± 10,1 no APACHE II e de 48,6 ± 17,6 no SAPS II com uma mortalidade prevista média de 44,0 ± 28,4%. Foi necessária traqueotomia em 10 doentes, reintubação em 4, e 3 doentes necessitaram de ECMO. A taxa de mortalidade foi de 27,3%. Os doentes com bacteriemia apresentaram mais dias de VMI (p < 0,05) e maior necessidade de traqueotomia (p < 0,05) comparativamente aos doentes sem bacteriemia. Não houve diferença estatisticamente significativa nos dias de internamento no SMI. Apenas o SAPS II foi mais alto no grupo de doentes com bacteriemia (p = 0,062) não existindo diferenças do SOFA e APACHE entre os grupos. Não se verificou maior necessidade de reintubação, ECMO ou maior mortalidade nos doentes com pneumonia invasiva.

Conclusões: A pneumonia invasiva está associada a maior duração da VMI e maior frequência de traqueotomia. *Staphylococcus aureus* foi o agente etiológico mais frequentemente identificado. Não se verificou diferença na mortalidade entre os dois grupos de pneumonias (invasiva vs. não invasiva). Este estudo mostra uma tendência para maior gravidade nas pneumonias com bacteriemia.

P026. SEGUIMENTO APÓS DOENÇA GRAVE POR SARS-CoV-2: UMA EVOLUÇÃO AINDA INCERTA

C. Valente, J. Pinto, V. Santos

Centro Hospitalar Universitário de São João.

Introdução: As sequelas a longo prazo da doença por SARS-CoV-2 têm vindo a ser alvo de grande preocupação. Este risco é particularmente relevante nos doentes que apresentaram doença grave com necessidade de suporte ventilatório. Os autores apresentam a evolução clínica de um doente, após pneumonia grave por SARS-CoV-2, ao longo de 18 meses de seguimento.

Introdução: Homem de 75 anos, com antecedentes de DM tipo 2, excesso ponderal e dislipidemia. Infecção por SARS-CoV-2 em abril de 2020 que motivou internamento em unidade de cuidados intensivos durante 68 dias, com necessidade de ventilação invasiva. À data de alta, sem insuficiência respiratória e com TC tórax a documentar opacidades em vidro despolido e consolidações dispersas, envolvendo todos os lobos pulmonares, com distorção arquitetural, opacidades reticulares periféricas e bronquiectasias de tração. Na primeira avaliação em ambulatório (dezembro/2020), apresentava dispneia (mMRC 2), alteração ventilatória restritiva (FVC 73,5%, FEV1 87,5%, FEV1/FVC 90%, RV 49%, TLC 61%, DLCO 44%) e TC tórax com alterações fibróticas, apesar de menos proeminentes que no exame anterior. Na segunda avaliação (junho/2021), apresentava franca melhoria sintomática, normalização dos parâmetros de função respiratória (FVC 81,8%, FEV1 104,2%, FEV1/FVC 90%, RV 79,6%, TLC 83%, DLCO 59%) e discreta melhoria das alterações radiológicas. Na terceira avaliação (dezembro/2021), após 18 meses de seguimento, o doente negava dispneia, mantinha estudo funcional respiratório dentro dos limites da normalidade e alterações imagiológicas sequelares. Foi observada uma melhoria imagiológica significativa, apesar de permanecerem lesões sequelares discretas, que não tiveram repercussão sintomática nem funcional, mas podem explicar a diminuição isolada da DLCO.

Discussão: As consequências a longo prazo da COVID-19 não devem ser negligenciadas. Este caso é um exemplo animador que reitera a

necessidade de se conhecerem as diferentes formas de evolução da doença, de forma a estabelecer recomendações e normas de seguimento.

P027. TUBERCULOSE OU NEOPLASIA, EIS A QUESTÃO

I. Duarte, F. Canedo, D. Silva, D. Maia, R. Gerardo, A. Miguel

Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central - Hospital Santa Marta.

Introdução: A imunossupressão é um fator de risco para o desenvolvimento de infeções oportunistas e neoplasias. Mediante uma clínica inespecífica e achados menos comuns em exames complementares de diagnóstico, o diagnóstico diferencial torna-se um desafio.

Caso clínico: Mulher de 59 anos, natural de Cabo Verde, com diagnóstico recente de VIH1, apresentou-se em consulta da especialidade com clínica com 1,5 meses de evolução de febre, sudorese noturna, astenia, tosse seca e perda ponderal de 5Kg, motivo pelo qual foi internada para estudo. Analiticamente com anemia normocítica normocrômica e velocidade de sedimentação aumentada; TCD4+ 201,81 /14,21% e carga viral 251.000 cp/ml. Realizou TC toracoabdominopélvica que demonstrou condensação parenquimatosa com broncograma aéreo no segmento externo do lobo médio e nódulo com 12 mm na sua vertente anterior e superior; múltiplas adenomegalias mediastínicas (paratraqueal (14 mm), pré-carinal (19 mm) infra-carinal (27 mm) e hilar direita (27 mm)); e adenomegalias confluentes no escavado supra-clavicular direito. Sem isolamentos nos exames culturais e sem colheita de expetoração possível, pelo que se efetuou videobroncofibroscopia. O estudo da árvore brônquica direita evidenciou mucosa difusamente edemaciada e hiperemiada, com áreas de granulação particularmente no brônquio intermediário; alargamento dos esporões de divisão e diminuição de calibre do brônquio lobar superior direito, com lesão na mucosa, hipervascularizada, na sua emergência onde foi realizada biópsia compatível com processo inflamatório granulomatoso necrotizante sugestivo de tuberculose. Não foram obtidos isolamentos nas colheitas de lavado brônquico e broncoalveolar. Complementarmente, feita biópsia excisional da adenopatia supraclavicular direita com diagnóstico de linfadenite granulomatosa a *Mycobacterium tuberculosis*, tendo por fim iniciado terapêutica com antibacilares.

Discussão: Reportamos um caso de tuberculose endobrônquica, uma forma de apresentação de tuberculose frequentemente subdiagnosticada perante lesões endobrônquicas. Assim, pretendemos salientar a importância do seu diagnóstico precoce e tratamento imediato para prevenção de complicações como estenose brônquica.

P028. PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO: O INÍCIO DE UMA MARCHA DIAGNÓSTICA PARA SÍNDROME DE MARFAN

J. Canadas, G. Cunha, F. Guimarães, J. Pimentel, C. Pissarra, P. Rosa

Hospital Vila Franca de Xira.

Introdução: A síndrome de Marfan (SM) é uma doença do tecido conjuntivo, autossómica dominante, associada a complicações pulmonares, como pneumotórax espontâneo primário (PEP). A SM é comumente diagnosticada usando os critérios de Ghent (revistos em 2010).

Casos clínicos: As autoras apresentam 2 casos de PEP em doentes com fenótipo sugestivo de SM em marcha diagnóstica. O primeiro caso é de um doente de 31 anos, do sexo masculino, com antecedentes pessoais de tabagismo (24 unidades maço/ano) e de consumo de canabinóides, admitido no Serviço de Urgência (SU) por quadro de dor torácica à direita de início súbito e dispneia, com diminuição do murmúrio vesicular (MV) no hemitórax direito. Na radiografia de tórax apresentava um extenso pneumotórax à direita

ápico-basal e, em tomografia computadorizada de tórax (TCT), para além do extenso pneumotórax, um enfisema parasseptal e centrilobular moderado, com predomínio nos lobos superiores. No exame objetivo a destacar um morfotipo longilíneo, estrias cutâneas do dorso, pectus excavatum e hiperreflexo dorsal, sinal do punho, hipoplasia malar e miopia. Realizou ecocardiograma que mostrou um diâmetro aórtico de 28,65 mm (Z-score de -2,24). O segundo caso refere-se a um doente de 19 anos, do sexo masculino, com antecedentes pessoais de PEP à esquerda e hipoplasia do folheto posterior da válvula mitral, admitido no SU por quadro de instalação súbita de toracalgia pleurítica esquerda, com MV diminuído no 1/3 superior esquerdo. Na radiografia de tórax apresentava câmara de pneumotórax apical esquerdo e, em TCT, pequenas bolhas enfisematosas parasseptais nos ápex, com espessamento septal. Ao exame objetivo apresentava um morfotipo longilíneo, estrias cutâneas na parede torácica posterior, *pectus excavatum* e cifoescoliose, sinal de punho e do polegar, hipoplasia malar e pé plano. O ecocardiograma evidenciou um diâmetro aórtico de 35,95 mm (Z-score de 1,48).

Discussão: Estes dois casos clínicos alertam-nos para a importância de um diagnóstico diferencial perante doentes jovens que se apresentam com PEP, principalmente se recidivantes, mantendo sempre um elevado grau de suspeição pela importância da realização de um diagnóstico precoce da doença. Apesar de se tratarem de dois casos ainda em marcha diagnóstica, as características fenotípicas são concordantes com SM.

P029. ASPERGIOSE PULMONAR: A IMPORTÂNCIA DA RESPOSTA IMUNOLÓGICA NO DIAGNÓSTICO DE UMA DOENÇA REEMERGENTE.

D. Noivo, J. Patrício, M. Marçal, A. Alfaiate, F. Modesto, L.S. Fernandes, P. Duarte

Hospital de São Bernardo, Setúbal.

Introdução: A aspergilose pulmonar cavitária crónica é reconhecida como uma infeção fúngica mimetizadora de uma variedade de doenças pulmonares. Apesar da cultura micológica ter uma sensibilidade baixa (17%), a pesquisa do antígeno galactomannan no LBA tem uma sensibilidade na ordem dos 90%. O teste de eleição para o diagnóstico é a pesquisa de IgG específica para *Aspergillus*.

Caso clínico: Homem, 44 anos, natural de Angola. Canalizador há 3 anos. Ex-fumador (30 UMA). História de provável tuberculose pulmonar (TP) há 10 anos e hepatite B crónica. Negava medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por tosse produtiva mucosa com início há um ano e, desde há 3 meses, com hemoptises ocasionais, anorexia, perda ponderal e sudorese noturna. Analiticamente e ao exame objectivo sem alterações de relevo. Hipotransparência do hemicampo pulmonar esquerdo, com desvio homolateral do mediastino na radiografia de tórax. A TC-tórax objetivava atelectasia do pulmão esquerdo, cavitação com 6 x 3 cm no segmento apico-posterior do pulmão esquerdo e conteúdo intracavitário. Foi internado em unidade de isolamento respiratório atendendo suspeita de recidiva de TP. As baciloskopias, TAAN para *Mycobacterium tuberculosis* complex e micobactérias não tuberculosas e exames culturais bacteriológicos, micológicos e micobacteriológicos das expectorações eram negativos. A broncofibroscopia apresentava sinais inflamatórios com colapso do brônquio lobar superior esquerdo. A microbiologia, citologia e pesquisa de antígeno galactomannan no lavado broncoalveolar foram negativas. As precipitinas séricas e IgG específicas para *Aspergillus fumigatus* foram positivas e foi assumido o diagnóstico de aspergilose pulmonar cavitária crónica. O doente iniciou tratamento antifúngico com voriconazol com resposta clínica favorável e foi referenciado para Consulta de Cirurgia Torácica, para potencial pneumectomia.

Discussão: A par do papel diagnóstico na ausência de isolamento fúngico em cultura, a pesquisa de IgG específica para *Aspergillus* tem um valor preditivo positivo de quase 100% na diferenciação

entre colonização e infeção. Salienta-se a relevância do diagnóstico diferencial das lesões cavitadas e pesquisa dos anticorpos séricos para um diagnóstico precoce e tratamento adequado desta identidade reemergente como é a aspergilose pulmonar.

P030. COMPRESSÃO TRAQUEAL EXTRÍNSECA POR CIFOESCOLIOSE: RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

J. Canadas, M. Cunha, F. Guimarães, J. Pimentel, C. Pissarra, P. Rosa

Hospital Vila Franca de Xira.

Introdução: A parede torácica é um elemento chave na função pulmonar como estrutura responsável por criar o fluxo de ar inspiratório e expiratório e, por isso, alterações anatómicas da parede torácica afetam a função pulmonar. As deformações da parede torácica, como a cifoescoliose, estão associadas a doença pulmonar restritiva, no entanto, a compressão extrínseca da traqueia devido à deformação da parede torácica não é frequentemente valorizada.

Casos clínicos: As autoras apresentam 2 casos de doentes com compressão extrínseca da traqueia por uma cifoescoliose exuberante. O primeiro caso trata-se de uma doente de 37 anos, do sexo feminino, com antecedentes pessoais de osteogénese imperfeita tipo 5 e cifoescoliose dextroconvexa acentuada da coluna torácica, com alteração ventilatória restritiva grave, sem características sugestivas de obstrução intra ou extratorácica, e insuficiência respiratória parcial. Em contexto de consulta de pneumologia realizou uma tomografia computadorizada do tórax (TCT) com destaque para uma deformidade da caixa torácica a condicionar estreitamento traqueal na transição do opérculo torácico, com calibre transversal de 23 x 4 mm. O segundo caso trata-se de um doente de 61 anos, do sexo masculino, com antecedentes pessoais de malformação congénita por talidomida, com focomelia, cifoescoliose da coluna torácica, status pós-cirurgia de correção de fenda palatina, ex-fumador (37 unidades maço/ano), doença pulmonar obstrutiva crónica GOLD B, com enfisema centrilobular, e insuficiência respiratória parcial. No seguimento de consulta de pneumologia apresenta uma TCT com uma cifose muito importante, que determina alteração da topografia dos órgãos, com desvio anterior do esófago e da traqueia, sendo que a traqueia em localização do opérculo torácico se encontra francamente reduzida com 6 mm de diâmetro máximo ântero-posterior, com o diâmetro transversal conservado.

Discussão: Desde há muito tempo que se sabe que alterações da parede torácica estão associadas com alteração ventilatória restritiva, no entanto, compressões e estenoses da traqueia na sequência destas alterações estruturais da caixa torácica são pouco descritas e conhecidas. Por isso, apresentamos estes dois casos de alterações estruturais muito exuberantes, com uma alteração franca da anatomia torácica, e com compromisso significativo do calibre da traqueia.

P031. EXACERBATION PROFILE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENTS AT DIAGNOSIS

A.L. Fernandes, C. Ponte, D. Santos, M. Bibi, C. Jácome, C. Amaral, M. Pardo, F. Bernardo, H. Martinho, T. Taveira-Gomes, P. Simão

Hospital Pedro Hispano; Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Introduction: Exacerbations and comorbidities are the leading contributors for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) morbidity and mortality and represent an important challenge for the management of the disease.

Objectives: This study aimed to assess the exacerbation profile of patients at the time of COPD diagnosis in a real-world clinical setting cohort, as well as to describe patients' characteristics by exacerbation category.

Methods: Real-world, retrospective, observational, longitudinal study that analyzed secondary data from Unidade Local de Saúde de Matosinhos. The first COPD diagnosis in the population aged 40 years or above between Jan 2013 and Dec 2019 was defined as the index date. Exacerbations were defined as the occurrence of hospitalizations, emergency room (ER) visits, claims for courses of oral corticosteroids (OCS) and/or respiratory antibiotics and classified as a moderate exacerbation (ModEx) or a severe exacerbation (SevEx). Patients were grouped into an exacerbation category based on their 12-month history prior to index: 0 exacerbations (A), 1 ModEx (B), 2 or more ModEx (C); 1 SevEx (D) and or more 2 exacerbations, but 1 SevEx (E).

Results: A total of 6 418 COPD patients were included. At COPD diagnosis, 36.4% of patients did not experience any exacerbation whereas 16.1% experienced a ModEx, 7.1% experienced 2 or more ModEx, 34.4% experienced one SevEx and 6.1% experienced 2 or more exacerbations, but at least one severe. Respiratory- and cardiovascular comorbidities had an increasing trend across categories, with lower respiratory tract infections, influenza/pneumonia, hypertension, type 2 diabetes, chronic kidney disease, arteriosclerotic disease and heart failure being more prevalent in categories C, D and E. ICS with LABA or LAMA was the most frequent treatment option across all cohorts. Patients in category B and D were as likely to be prescribed mono LABA or LABA as a triple combination ICS, LABA, LAMA therapy, whereas in patients from cohorts C and E triple combination therapy was more frequently prescribed.

Conclusions: This study confirms the high burden of exacerbations even before a diagnosis of COPD, reflecting that a timely diagnosis and treatment to avoid further events is needed.

P032. HEMOPTISE MACIÇA - DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

M. Tavares, F. Fernandes, R. Natal, S. Braga, J. Ribeiro, F. Jesus, F. Silva, É. Almeida, L. Ferreira

Serviço de Pneumologia, ULS Guarda.

Introdução: As hemoptises podem fazer parte do quadro clínico de inúmeras patologias do foro respiratório e estão associadas a elevada morbilidade e mortalidade. Pela sua potencial gravidade, o diagnóstico etiológico precoce é fundamental para uma correta terapêutica e orientação dos doentes.

Caso clínico: Doente do género masculino, 67 anos, raça caucasiana, residente no distrito da Guarda, ex-trabalhador das limpezas, não fumador, com exposição a fumo de lareira. Sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo e sem medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência no contexto de hemoptise ligeira, associada a tosse produtiva, astenia, anorexia e perda ponderal com vários meses de evolução. Após a admissão hospitalar apresentou episódio de hemoptise fulminante com necessidade de entubação orotraqueal, ventilação mecânica invasiva e admissão no Serviço de Medicina Intensiva. Na radiografia torácica foi objetivada consolidação no terço superior do pulmão esquerdo. A tomografia computadorizada de tórax com contraste permitiu excluir hemorragia ativa e confirmou a presença de condensação 73 x 54 mm no segmento apico-posterior do lobo superior esquerdo com sinal do crescente. Tendo em conta o quadro clínico e as alterações imagiológicas foram colocadas as hipóteses diagnósticas de aspergiloma e tuberculose. O exame micobacteriológico da expectoração identificou bacilos ácido álcool resistentes e o teste de amplificação de ácidos nucleicos detetou *Mycobacterium tuberculosis*. O exame micológico de expectoração negativo e IgE *Aspergillus*, anti-corpos e precipitinas de *aspergillus* negativos permitiu excluir a hipótese de aspergiloma. Foi estabelecido o diagnóstico de tuberculose sendo iniciada terapêutica com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. O doente apresentou melhoria clínica e imagiológica progressivas, com resolução completa das alterações parenquimatosas na TC torácica após 9 meses.

Discussão: As diversas formas de apresentação da tuberculose pulmonar tornam fundamental a exclusão de outras patologias com achados clínicos e imagiológicos semelhantes. O sinal do crescente é descrito como um aro circunferencial de ar dentro de uma consolidação pulmonar. Apesar de ser um achado imagiológico característico de aspergiloma, pode também ocorrer em entidades como a tuberculose.

PO33. MORRER CURADO - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

F. Reis, A. Nunes, F. Paula, F. Froes

Hospital Pulido Valente-Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte.

Introdução: O cancro do pulmão é a principal causa de morte por cancro, atingindo uma taxa de mortalidade de 18,5% em 2020. A lobectomia é o tratamento *gold-standard* em estádios iniciais e pode oferecer um aumento de sobrevida a 5 anos significativo. A pneumonia nosocomial é das complicações mais graves e comuns após cirurgia torácica, verificando-se uma incidência até 22% e taxa de mortalidade até 40%.

Caso clínico: Dois homens na 7ª e 8ª décadas de vida, fumadores, com adenocarcinoma do pulmão nos estádios IA2 e IB (UICC TNM 8), respetivamente, foram submetidos a lobectomia curativa por toracotomia. No primeiro caso verificou-se choque séptico ao 5º dia pós-operatório e drenagem torácica purulenta persistente, documentando-se pneumotórax, empiema e pneumonia no remanescente pulmonar em tomografia computadorizada torácica. Foi instituído piperacilina/tazobactam dirigido a estirpe de *Pseudomonas aeruginosa* identificada em LBA (lavado bronco-alveolar) e adiou-se intervenção cirúrgica por redução de parâmetros inflamatórios nas primeiras 72 horas; contudo, o doente desenvolveu insuficiência respiratória parcial grave e em cerca de uma semana verificou-se pneumonia multifocal bilateral, identificando-se uma nova estirpe de *P. aeruginosa* já multirresistente em LBA. Não apresentando estabilidade hemodinâmica e ventilatória para intervenção cirúrgica, o doente foi medicado com meropenem, contudo sem evolução favorável, acabando por falecer ao 21º dia pós-operatório. No segundo caso clínico, ao 3º dia pós-operatório verificou-se hipoxemia e pneumonia do pulmão operado, por critérios radiológicos e analíticos; foi instituído piperacilina/tazobactam dirigido a estirpe de *Pseudomonas aeruginosa* multissensível e linezolid. Manteve agravamento de quadro respiratório e posterior síndrome de disfunção de múltiplos órgãos, falecendo ao 11º dia pós-operatório.

Discussão: A pneumonia nosocomial pós-operatória é uma complicação frequente e potencialmente fatal, mesmo após cirurgia curativa. A prevenção e o controlo das complicações infecciosas são essenciais. A janela de intervenção é curta e não pode ser perdida, sob o risco de obliterar a abordagem curativa inicial.

PO34. PNEUMONIA NECROTIZANTE A MSSA EM DOENTE COM SARS-CoV-2

J. Portela, A.C. Vieira, F. Meneses, J. Soares

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A presença de bacteriemia e pneumonia a MSSA tem sido descrita em cerca de 1,2-1,6% dos doentes com infeção a SARS-CoV-2, estando associada a uma elevada taxa de mortalidade sobretudo em doentes imunodeprimidos.

Casos clínicos: Os autores relatam o caso de um homem de 59 anos com antecedentes de HTA, obesidade, DM tipo II, dislipidemia e LNH folicular em remissão completa pós R-CHOP, encontrando-se sob rituximab de manutenção. Admitido no SU em Dezembro/2021 por quadro de cansaço para moderados esforços, tosse seca e febre com 15 dias de evolução. À admissão a realçar polipneia (FR 26 cpm) e

hipoxemia (SatO2 93% aa, pO2 59), com MV globalmente diminuído. Analiticamente destaca-se aumento da PCR de 9,18 mg/dL e pesquisa de SARS-CoV2 Positiva. Radiologicamente com áreas de densificação em vidro despolido bilateralmente. Posterior internamento no serviço de Pneumologia-COVID. Ao 20º dia de doença, por manutenção da febre, agravamento da insuficiência respiratória com necessidade de ONAF, agravamento dos parâmetros inflamatórios e aparecimento de consolidações nodulares cavitadas em TC-Tórax foi feito rastreio sético com isolamento de MSSA em 2 hemoculturas, iniciando Flucloxacilina 2 g 6/6h e excluída Endocardite por Ecocardiograma transesofágico. Verificou-se uma resposta inicial desfavorável à antibióterapia, com manutenção da febre e com agravamento das consolidações em eventual contexto de embolização séptica ao final de 15 dias. Foi submetido a broncofibroscopia com isolamento de MSSA em LBA e SB, e realizou PET para estudo de outros focos de embolização: hipermetabolismo em provável estrutura vascular da perna direita. Assim, fez ecografia das partes moles que diagnosticou Schwannoma, excluindo foco infeccioso. Após 25 dias de antibióterapia dirigida começou-se a verificar apirexia, melhoria dos parâmetros inflamatórios, da insuficiência respiratória e das consolidações pulmonares. Cumpriu um total de 6 semanas de antibióterapia com Flucloxacilina, com resolução da insuficiência respiratória e melhoria significativa das consolidações pulmonares.

Discussão: Num doente imunodeprimido com infeção a SARS-CoV-2 e febre mantida, devemos levantar a suspeita de coinfeção, com a realização de um estudo microbiológico o mais completo possível para instituição adequada de antibióterapia.

PO35. EM CONSULTA DO SONO, UM INCIDENTALOMA NO MEDIASTINO ANTERIOR

S. Lopes, D. Sousa, S. Martins, I. Vicente, M.S. Valente

Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira (CHUCB).

Introdução: As massas do mediastino podem apresentar-se sob três formas: um achado incidental num exame de imagem, num doente assintomático; sintomas locais devido à presença de uma massa no tórax ou sintomas associados a síndromes paraneoplásicas. Os timomas correspondem a cerca de 20% dos tumores do mediastino anterior. A incidência é superior na faixa etária, entre 40 a 60 anos.

Caso clínico: Homem de 84 anos, casado, não fumador, com antecedentes médicos de: hipertensão arterial; cardiopatia valvular; síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS); doença de Parkinson. Numa consulta de seguimento de Pneumologia, dia 18 de janeiro de 2022, apesar de estar assintomático, foi requisitada uma radiografia torácica, a qual revelou uma opacidade arredonda hilar à direita, motivo pelo qual realizou uma tomografia computadorizada (TC) de tórax. Este exame demonstrou, uma massa de tecidos moles, no mediastino anterior, de contornos regulares e bem definidos, com 77 milímetros de diâmetro, que parecia evidenciar plano de clivagem com as estruturas mediastínicas. Perante este resultado, colocou-se como hipótese diagnóstica um timoma *versus* carcinoma tímico. Para diagnóstico definitivo solicitou-se uma tomografia por emissão de positrões (PET) e uma biópsia transtorácica. O estudo por PET foi compatível com volumosa massa mediastínica hipermetabólica, reunindo características imagiológicas suspeitas de lesão neoplásica maligna. Por sua vez, o resultado anatomo-patológico dos fragmentos resultantes da biópsia transtorácica, revelou aspetos histomorfológicos e imunofenotípicos compatíveis com a hipótese clínica de timoma, B1/B2. Consequentemente, foi referenciado para o Serviço de Cirurgia Cardiorrácica de Coimbra, onde foi submetido, a exérese da massa do mediastino. O diagnóstico histológico da peça operatória confirmou tratar-se de um timoma A/B1 excisado na totalidade, sem invasão do plano cirúrgico. Atualmente, mantém seguimento em consulta de Pneumologia.

Discussão: Relatamos o caso de um timoma como achado acidental, num exame de rotina, num doente idoso, assintomático. Sabemos que são tumores de crescimento lento, cujos principais fatores prognóstico são: o estadio da doença e a ressecabilidade do tumor. Para os tumores totalmente ressecáveis, a resseção cirúrgica completa é abordagem terapêutica inicial.

P036. SENHOR PLACA DE PETRI - UM CASO DE PNEUMONIA NO IMUNOCOMPROMETIDO

M. Cunha, F. Guimarães, J. Canadas, A. Alves, P. Rosa, A. Nunes, M. Paulino, F. Esteves

Hospital de Vila Franca de Xira.

Introdução: A terapêutica imunomoduladora cria o substrato ideal para a ocorrência de infeções oportunistas, por vezes múltiplas e concomitantes. Podem ser responsáveis por um agravamento clínico e configuram pior prognóstico, motivando realização de profilaxia e terapêutica específica.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de um homem de 72 anos, com antecedentes de vasculite ANCA com envolvimento multissistémico e sob hemodiálise, corticoterapia e rituximab. É admitido no Serviço de Urgência por dispneia, tosse com expectoração e insuficiência respiratória parcial. Realizou radiografia de tórax com opacidade basal direita e TC com consolidações nodulares com broncograma aéreo à direita, micronodularidade centrilobular e enfisema centrilobular bilateral. Assumiu-se pneumonia associada aos cuidados de saúde e, por se tratar de um doente imunocomprometido, iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam. Realizou broncofibroscopia com os seguintes isolamentos: *Klebsiella pneumoniae* multiresistente em lavado broncoalveolar, *Candida kefyr* e *Talaromyces diversus*, *Pneumocystis jirovecii* nas secreções brônquicas, antígeno Galactomannan positivo e PCR citomegalovírus positivo (título 41.591 UI/mL, com IgM e PCR séricas positivas e alterações da enzimologia hepática). Sob meropenem dirigido registou-se melhoria clínica e normalização de parâmetros inflamatórios e, em reunião multidisciplinar, decidiu-se: iniciar sulfametoxazol-trimetoprim e ácido fólico dado o isolamento de *Pneumocystis jirovecii*; iniciar valganciclovir assumindo reativação de Citomegalovírus (pelo doente ter IgG CMV positivo previamente ao internamento); com antígeno Galactomannan positivo e alteração imagiológica nodular no lobo inferior direito sugestiva de aspergiloma, optou-se por vigilância imagiológica; consideraram-se os agentes micológicos como contaminação.

Discussão: As infeções no imunocomprometido são de difícil gestão clínica, sendo necessária uma revisão cuidada das indicações de tratamento e profilaxia dos agentes oportunistas específicos, de modo a melhor orientar a terapêutica e seguimento do doente em causa. Considera-se este caso relevante por permitir, num indivíduo apenas, a revisão dessas indicações e validade clínica das mesmas, realçando a importância de gestão em equipa multidisciplinar.

P037. UMA CAUSA INESPERADA DE HEMOPTISES

S. Silva, V. Martins, M. Aguiar, F. Todo Bom

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: As hemoptises podem ser causadas por diversas entidades e as causas mais frequentes são a infeção respiratória, bronquiectasias e neoplasia do pulmão.

Caso clínico: Homem de 78 anos, ex-fumador de 13 UMA e com dislipidemia, HTA e doença ulcerosa péptica, recorreu ao SU por sensação de corpo estranho na orofaringe e 4-5 episódios/dia de tosse hemoptóica há 4 dias, acompanhado de disfonia. Negava expectoração e sintomas constitucionais. O exame objetivo não tinha alterações, incluindo adenopatias ou massas cervicais palpáveis. A história familiar era irrelevante. Na observação por ORL destaca-se

ligeira parésia da corda vocal direita com bom lúmen glótico. O doente teve alta para investigação em ambulatório. Realizou TC cervical e tórax que mostraram lesão sólida expansiva paratraqueal direita com 4.6cm de maior eixo, com invasão da parede da traqueia, esófago superior e lobo direito da tiroide, de ponto de partida indeterminado. A BFC revelou massa com crescimento endoluminal no terço proximal da parede posterior da traqueia que foi biopsada. Realizou endoscopia digestiva alta, com compressão extrínseca esofágica, sem lesões endoluminais. Exames de estadiamento sem lesões à distância. As biópsias revelaram carcinoma TTF-1 +. Foi realizada imunohistoquímica (IHQ) com tiroglobulina positiva. Tiroglobulina sérica de 473,7 ng/mL e calcitonina e função tiroideia normais. Foi feito o diagnóstico de neoplasia folicular da tiroide, localmente invasiva, e o doente foi encaminhado para o IPO de Lisboa.

Discussão: Anualmente são diagnosticados 400 novos casos de cancro da tiroide em Portugal. O subtipo folicular é o segundo mais frequente e corresponde a 10-15% dos casos, habitualmente com comportamento mais agressivo. Ocorre invasão regional de outros órgãos em 1-8%, sendo a traqueia o 3º local mais frequente (12%), causando dispneia ou hemoptises. Numa massa cervical de ponto de partida indeterminado, a IHQ tem um papel determinante. O marcador TTF-1 é encontrado nas neoplasias diferenciadas da tiroide e pulmão. A combinação de tiroglobulina com TTF-1 é específica para neoplasia diferenciada da tiroide. No dia a dia do broncologista é raro encontrar uma massa traqueal por invasão direta de neoplasia da tiroide. Este caso alerta-nos para a importância de considerar outra origem primária das massas traqueais.

P038. HISTIOCITOSE PULMONAR EM ESTÁDIO PRECOCE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R. Cordeiro, L. Mateus, M.J. Cavaco, A. Nunes, C. Silvestre, N. Andre, A. Domingos

Centro Hospitalar do Oeste-Torres Vedras.

Introdução: A histiocitose pulmonar de células de Langerhans (HPCL) é uma doença incomum, associada ao tabagismo, que afeta principalmente adultos jovens. Acredita-se, atualmente, que a distribuição é idêntica entre géneros. A presença de quistos bizarros e múltiplos nódulos que poupam as bases pulmonares é a sua apresentação mais característica. Nos estadios precoces pode apresentar-se como doença nodular difusa, indistinguível da bronquiolite respiratória. A HPCL cursa habitualmente com envolvimento exclusivamente pulmonar, embora em alguns casos haja manifestações extrapulmonares.

Caso clínico: Doente 45 anos, sexo feminino, fumadora de 15 UMA, com antecedentes de consumo de heroína, hepatite C, asma brônquica e rinite alérgica. História de múltiplas idas ao serviço de urgência (SU) e consultas por quistos sebáceos infetados na região axilar com necessidade de drenagem. Recorreu ao serviço de urgências em novembro 2020 por dispneia na sequência de trauma torácico. Referia queixas diárias de pieira e expectoração mucosa. Realizou TC-Tórax que mostrou incontáveis micronodularidades subsólidas (1-3 mm), de distribuição centrilobular, difusa e bilateral, associadas a focos de densificação em vidro despolido. Sem adenopatias. Estes micronódulos já se encontravam presentes em imagens de 2019, embora em menor quantidade e predominantemente calcificados. A avaliação laboratorial mostrou normal contagem leucocitária, sem aumento dos parâmetros inflamatórios e VIH negativo. Na consulta de Pneumologia, pedida broncofibroscopia que não mostrou alterações - colhidas amostras para exame microbiológico, micobacteriológico e fungos que foram negativas. O LBA mostrou diminuição da razão CD4/CD8, com 0.4% de histiocitos CD1a. Discutido com o serviço de Radiologia que considerou provável o diagnóstico de HPCL em estadio precoce. Doente proposta a criobiópsia que mostrou células de Langerhans e permitiu o diagnóstico definitivo.

Discussão: A HPCL é uma entidade rara, com uma apresentação inicial de difícil diagnóstico e necessidade de abordagem multidisciplinar. Dada a mudança de hábitos tabágicos da população nas últimas décadas, a prevalência na população feminina tem vindo a aumentar. A criobiópsia tem-se afirmado como uma alternativa diagnóstica que permite o diagnóstico histológico de forma menos invasiva.

P039. QUISTO BRONCOGÉNICO MEDIASTÍNICO - UMA ENTIDADE RARA

E. Almeida, F.P. Silva, F. Jesus, S. Braga, J. Ribeiro, G. Samouco, J.M. Silva, L. Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: Os quistos broncogénicos são malformações congénitas raras, com uma prevalência estimada entre 1:42.000 e 1:68.000. Desenvolvem-se nas fases precoces da gestação, e são comumente encontrados incidentalmente em exames de imagem. A maioria localiza-se no mediastino médio, mas estão descritas outras localizações como o parênquima pulmonar, o pericárdio ou o abdómen. Frequentemente apresentam uma evolução assintomática, mas podem levar ao desenvolvimento de sintomas como toracalgia, dispneia, tosse ou hemoptises, e causar complicações graves por compressão de estruturas intratorácicas adjacentes.

Caso clínico: Mulher de 33 anos, não fumadora, sem antecedentes pessoais ou familiares de patologia respiratória, medicada com atorvastatina 10 mg/dia. Referenciada a consulta de Pneumologia após achado de alteração em radiografia do tórax em contexto de preparação pré-operatória para excisão de quisto dermoide. Apresentava-se assintomática do ponto de vista respiratório, e o exame objetivo não tinha alterações significativas. Apresentava em Rx do tórax uma opacidade homogênea, arredondada, de contornos bem definidos, em localização para-aórtica direita. Realizou TC torácica que mostrou uma formação quística em posição retrocarinal e lateralizada à direita, com 37 mm de maior eixo, de densidade líquida, não captante de contraste. Foi efetuada exérese da lesão por toracotomia axilar, tendo-se verificado a presença de uma lesão de natureza quística, com 3 cm de diâmetro, com conteúdo seroso, e cujo exame anatomopatológico viria a revelar tratar-se de um quisto broncogénico pelo revestimento de epitélio respiratório cilíndrico ciliado pseudoestratificado. A doente teve alta hospitalar ao quinto dia pós-operatório, sem registo de intercorrências no imediato, e manteve-se assintomática no seguimento ambulatorio posterior.

Discussão: Apesar de raros, os quistos broncogénicos são as formações quísticas mais comuns do mediastino, e correspondem a 10-15% de todos os tumores mediastínicos. É recomendada a ressecção cirúrgica para confirmação do diagnóstico por exame anatomopatológico, mas também para prevenir o desenvolvimento de sintomas ou complicações e, embora muito pouco frequente, evitar a transformação maligna destas lesões.

P040. A IMPORTÂNCIA DO FOLLOW-UP EM NÓDULOS BENIGNOS DO PULMÃO

S. Ferreira, M. d'Almeida, C. Giesta, J.C. Duarte, A.L. Garcia, C. Lousada

Centro Hospitalar do Médio Tejo.

Introdução: Os hamartomas pulmonares são os tumores benignos do pulmão mais comuns, representando 5-8% dos nódulos solitários pulmonares. Estudos sugerem uma associação entre hamartoma e malignidade, estimando-se que o risco de desenvolver neoplasia do pulmão em doentes com hamartoma seja cerca de 6 vezes superior à população em geral. Vários estudos destacam a importância do seguimento destes doentes, os quais podem apresentar neoplasias

malignas aquando do diagnóstico ou posteriormente, durante o follow-up.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, com 64 anos, referenciado à consulta de Pneumologia Oncológica por lesão pulmonar no lobo inferior esquerdo (LIE) em tomografia computadorizada (TC) torácica, realizada nos cuidados de saúde primários. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e hábitos tabágicos (40 Unidades Maço Ano). Sem sintomatologia respiratória. A biópsia transtorácica (BTT) revelou o diagnóstico de hamartoma pulmonar. Foi submetido a ressecção do nódulo por cirurgia toracoscópica assistida por vídeo (VATS) e manteve seguimento em consulta. 9 meses após a cirurgia, em TC torácica de controlo, apresentou um nódulo no LIE com 9mm, tendo realizado BTT, sem sinais de malignidade. Fez TC torácica após 6 meses, que evidenciou crescimento nodular (14 mm). Foi submetido a tomografia por emissão de positrões (PET), com captação anómala de FDG-F18 (SUVmax: 3.,6). Neste contexto, optou-se por ressecção cirúrgica, cuja anatomia patológica permitiu diagnosticar um adenocarcinoma do pulmão.

Discussão: Alguns estudos relatam casos esporádicos de transformação maligna de hamartomas pulmonares, no entanto, a maioria dos autores sugere a coexistência de neoformações distintas. Podem ser detetadas neoplasias malignas, sobretudo pulmonares, aquando do diagnóstico ou durante o seguimento de um doente com hamartoma. O seguimento do doente apresentou possibilitou diagnosticar um adenocarcinoma pulmonar, 15 meses após excisão de um hamartoma, no mesmo lobo pulmonar. O caso exposto vem corroborar o que tem sido descrito em estudos prévios. Ao diagnosticar um hamartoma, é importante estar alerta para a possível presença ou desenvolvimento de cancro do pulmão. Os doentes devem ser acompanhados durante anos, lembrando sempre que um segundo nódulo detetado no momento do diagnóstico pode ser maligno.

P041. ASMA, QUANDO SE PERDE O CONTROLO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Custódio, A. Daniel, H. Alves, C. Noronha, F. Todo Bom

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: A granulomatose eosinofílica com poliangite (GEPA) é uma vasculite necrotizante rara caracterizada por asma de início tardio, vasculite eosinofílica de pequenos/médios vasos e com envolvimento multissistémico. A asma pode preceder a fase vasculítica em 30 anos e caracteriza-se por asma de difícil controlo, com necessidade frequente de corticoterapia (CCT) oral.

Caso clínico: Homem, 55 anos, história de hipertrofia dos adenoides e polipose nasal. Diagnóstico de asma aos 30 anos, controlada com CCT em baixa dose e beta-agonista inalados, sem exacerbações frequentes e com Asthma Control Test (ACT) > 20. Desde janeiro de 2021, exacerbações frequentes, com necessidade de vários ciclos de CCT oral e ajuste de terapêutica inalada, mantendo ACT < 15. Em janeiro de 2022, recorreu ao serviço de urgência, com queixas de mialgias gemelares, lesões vesiculares arroxeadas e pruriginosas nos membros, artrite dos joelhos e cotovelos, sudorese noturna, edema e parestesias dos pés. Sem agravamento dos sintomas respiratórios ou febre quantificada. Objetivamente, eupneico em ar ambiente (SpO2 97%), temperatura timpânica de 37,6 °C, membros com presença de lesões de púrpura palpável, com envolvimento palmo-plantar, edema dos pés e hipostesia álgica do dorso dos pés. Analiticamente, leucocitose com eosinofilia (10.260 eosinófilos) e PCR de 17,05 mg/dL. Do restante estudo, destaca-se anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) MPO positivos (> 134 U/mL), ANCA PR3 negativos e fator reumatóide fracamente positivo (17,4 UI/mL). Realizou biópsia cutânea que mostrou intenso infiltrado inflamatório perivascular e intersticial, com abundantes neutrófilos e eosinófilos, leucocitoclasia e lesões de vasculite, com necrose e extravasão eritrocitária. A TC de tórax revelou alterações em vidro despolido, *de novo*, bilaterais. Foi feito o diagnóstico de GEPA e

iniciada CCT oral e posteriormente metotrexato com evolução clínica e analítica favorável, com regressão das lesões cutâneas e ausência de novas exacerbações de asma.

Discussão: Este caso clínico mostra a importância de estar alerta para o aparecimento de novos sintomas em doentes com asma de difícil controlo. O reconhecimento precoce desta patologia é fundamental para a instituição atempada de terapêutica adequada, que apresenta um impacto importante na sobrevida destes doentes.

P042. LINFOMA MALT PULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Conde, C. Parra, A. Vale, A.C. Pimenta, P.S. Varela, A. Loureiro, C.D. Ferreira

CHTMAD.

Introdução: O linfoma pulmonar primário (LPP) corresponde a uma proliferação linfóide clonal que afeta os pulmões, num doente sem envolvimento extra-pulmonar detectável ao diagnóstico ou nos 3 meses subsequentes (Freeman *et al.* 1972). O linfoma MALT (*Mucosa-associated Lymphoid Tissue*) é uma entidade rara, representando 0,5% de todas as neoplasias pulmonares primárias, contudo compreende 80-90% de todos os LPP.

Caso clínico: Apresentamos um caso clínico de uma doente de 88 anos, autónoma, com antecedentes de HTA, diabetes mellitus tipo 2 e carcinoma epidermóide da vulva em vigilância desde 2012. Por queixas de dispneia, realizou radiografia torácica em fevereiro de 2022 que revelou infiltrado a ocupar o 1/3 inferior do hemitórax esquerdo. Sem outros sintomas respiratórios. Foi medicada com amoxicilina/ ácido clavulânico, tendo repetido radiografia após o ciclo de antibioticoterapia, que se mantinha sobreponível. Por esse motivo fez TAC torácica, que mostrava “aspeto consolidativo com broncograma aéreo extenso abrangendo praticamente a totalidade do lobo inferior esquerdo e também parte da língua” e foi enviada à consulta de Pneumologia. Revendo o processo clínico da doente identificou-se imagem de consolidação do LIE já em radiografias de outubro de 2018. Fez broncofibroscopia que revelou, a nível do BLIE, mucosa brônquica globalmente congestiva, com apagamento de pregas e alargamento dos esporões de divisão a este nível. Realizadas biópsias brônquicas, que identificaram envolvimento da mucosa brônquica por linfoma B extra-ganglionar da zona marginal (linfoma MALT). Foi encaminhada para a consulta de Hematologia e encontra-se a fazer o estadiamento da neoplasia.

Discussão: O linfoma MALT pulmonar é uma entidade rara e indolente com um quadro clínico altamente variável à apresentação. No presente caso a imagem pulmonar teria já mais de 3 anos de evolução, ainda assim com sintomas frustrantes ao diagnóstico. As características imagiológicas pulmonares não são patognomónicas e podem ser confundidas com outro tipo de entidades malignas ou benignas. Não existem recomendações internacionais que orientem a abordagem terapêutica. A idade da doente e comorbilidades associadas poderão limitar esta abordagem, nomeadamente opções cirúrgicas.

P043. IMPACT OF COVID-19 PANDEMIC IN THE DIAGNOSE AND TREATMENT OF EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS

E.M. Tinoco, A. Vasconcelos, F. Alves, R. Duarte

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho.

Introduction: Extrapulmonary tuberculosis (EPTB) accounted for 18% of the tuberculosis (TB) cases in 2020 worldwide. Its diagnosis delay is often due to heterogeneous clinical manifestations, difficulty obtaining diagnostic samples and frequent need for invasive diagnostic exams usually performed in hospital settings. The impact

of the COVID-19 pandemic on TB services was estimated to be dramatic. Many changes were reported in hospital organizations that led to elective surgical procedures, routine consultations, and diagnosis/ treatment services being postponed or cancelled.

Objectives: To analyze the effect of the COVID-19 pandemic on EPTB diagnosis and treatment delay,

Methods: A retrospective observational study was conducted in a Portuguese TB outpatient clinic between March and December 2019 (pre-pandemic) and 2020 (pandemic). All patients with EPTB were included; patients with concomitant pulmonary TB were excluded. Demographic characteristics, clinical features and patient, healthcare system and treatment delay were compared.

Results: A total of 26 EPTB diagnosis occurred in the pre-pandemic period vs 21 in the pandemic period. Fifteen patients with concomitant PTB were excluded. Seventeen patients (51.5%) with EPTB in 2019 and 15 (48.5%) in 2020 were analysed. In the pre-pandemic period, the median patient delay was 11.5 days (IQR 7.8-21.5), similar to the pandemic period (15.0 days, IQR 3.0-78.5; $p = 0.752$). In 2020 there was a slight increase (not statistically significant) in healthcare system delay (39.5.0 days IQR 19.0-80.3 vs. 37.0 days IQR 13.0-161.0; $p = 0.944$) and in treatment delay (78.0 days IQR 37.0-201.5 vs. 59.0 days IQR 22.5-227.5; $p = 0.696$).

Conclusions: During the pandemic, healthcare systems were forced to reorganize itself and many suspected EPTB patients worldwide saw their diagnostic cascade interrupted and postponed. Regardless of these changes our TB outpatient clinic was able to maintain the TB response in a country where this disease is still a public health problem. TB outpatient clinics with the ability to diagnose, treat and follow up patients and persons at risk have shown that decentralizing TB from hospitals is successful, allowing the establishment of high-quality patient-centered care.

P044. ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

S. Ferreira, C. Giesta, M. d'Almeida, J.C. Duarte, P. Matos, C. Lousada

Centro Hospitalar do Médio Tejo.

Introdução: A aspiração de corpo estranho pode ocorrer em qualquer fase da vida, mas é um evento muito mais frequente em crianças e idosos, sendo que 80% dos casos ocorrem em idade pediátrica, abaixo dos 15 anos. Nos adultos, apresenta-se, frequentemente, com um quadro clínico subtil, sendo necessário um elevado grau de suspeição clínica e um exame objetivo cuidado para o diagnóstico. A tosse é o sintoma mais comum, surgindo em cerca de 80% dos casos.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, com 55 anos de idade, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e pneumonia adquirida na comunidade, medicado com amoxicilina + ácido clavulânico há 2 meses. Referenciado à consulta de Pneumologia por tosse crónica mucopurulenta e alterações na tomografia computadorizada (TC) torácica: área de condensação com broncograma aéreo, brônquios de paredes espessadas e algumas bronquiectasias no lobo inferior direito (LID). Para melhor esclarecimento destas alterações, realizou broncofibroscopia, que evidenciou lesão polipóide esbranquiçada na convergência de S7/S10 do brânquio lobar inferior direito, não permitindo a progressão do broncofibroscópio. As biópsias efetuadas apenas revelaram processo inflamatório, sem sinais de neoplasia, tendo sido solicitada revisão de lâminas, que revelou 10% de células neoplásicas. Repetiu TC torácica, após 4 meses, que mantinha área de opacidade periférica, com cerca de 54 × 24 mm no LID, tendo realizado tomografia por emissão de positrões (PET), com captação heterogénea de FDG-F18 (SUVmax: 4,0). Neste sentido, avançou-se para ecoendoscopia endobrônquica (EBUS), que identificou um corpo estranho no LID semelhante a um caroço de cereja. A TC torácica de controlo não evidenciou nódulos ou con-

densações com significado patológico, com resolução das alterações anteriormente identificadas.

Discussão: Os autores pretendem, com este caso clínico, alertar para a colheita de uma história clínica detalhada com alta suspeição na aspiração de um corpo estranho aquando de infeções respiratórias sucessivas. Apesar do doente não ter memória para o sucedido, esta poderia ter permitido a resolução mais célere do caso, evitando toda a ansiedade inerente ao processo diagnóstico. Além disso, relembra-nos que na Medicina, frequentemente, o diagnóstico final não é o mais evidente ou expectável.

P045. DIAGNOSTICO ACIDENTAL DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR POR EBUS - CASO CLÍNICO

E.M. Tinoco, A.R. Gigante, A. Oliveira, D. Coutinho, S. Campinha, S. Neves, J. Almeida

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho.

Introdução: A ultrassonografia endobrônquica (EBUS) é utilizada principalmente para estudo de adenopatias e estadiamento mediastínico do cancro do pulmão. No entanto a proximidade da traqueia e da árvore brônquica às estruturas vasculares permite a visualização do tronco pulmonar, das artérias pulmonares principais e das artérias lobares. Na literatura atual encontram-se descritos casos clínicos que reportam o diagnóstico accidental de TEP; do mesmo modo um estudo piloto com 32 doentes realizado por Aumiller *et al.* demonstrou uma associação de 96% entre o EBUS e a angio-TC do tórax na identificação de TEP central.

Caso clínico: Homem de 60 anos, autónomo, ex-fumador. Recorreu ao SU por queixas de astenia e tonturas com 3 semanas de evolução. Realizou uma TC CE que revelou uma lesão expansiva cerebelosa esquerda de provável natureza metastática. A TC TAP revelou proeminência do número e das dimensões dos gânglios linfáticos mediastínicos que apesar do eixo curto infra/ pericentimétrico, eram heterogêneos e com centro hipodenso; a PET-CT apresentou focos de captação discreta nos gânglios mediastino-hilares direitos, inespecíficos. Tendo em conta estas alterações realizou EBUS-TBNA/BFC de diagnóstico. No dia do exame o doente referiu toracalgia pleurítica anterior esquerda com SatO₂ em ar ambiente de 98%. Durante o procedimento foi identificada no ramo direito da artéria pulmonar alterações ecográficas sugestivas de trombo. Realizou angio-TC tórax que revelou uma defeito de preenchimento localizada à bifurcação das artérias pulmonares direita e esquerda e estendendo-se aos ramos segmentares dos lobos superiores e inferiores. Foi internado com diagnóstico TEP de risco intermédio-alto e hipocoagulado com enoxaparina em doses terapêuticas. O restante estudo culminou com o diagnóstico de CPNPC cT1bN3M1c, estadio IVB.

Discussão: No caso clínico apresentado o diagnóstico de TEP foi realizado inicialmente por EBUS, sendo posteriormente confirmado por angio-TC tórax. Tendo em conta que as estruturas vasculares próximas da via aérea central podem ser visualizadas durante a realização de EBUS é importante que os pneumologistas estejam cientes da sua potencial utilidade no diagnóstico de TEP em doentes pré-selecionados e não candidatos à realização de angio-TC tórax.

P046. SARCOIDOSE E FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA: APENAS UMA COINCIDÊNCIA?

A. Fabiano, C. Alves, M.M. Silva, M. Osório, L. Santos, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A sarcoidose e a fibrose pulmonar idiopática (FPI) são doenças pulmonares difusas com etiopatogenia e curso clínico diferentes. A associação destas doenças no mesmo doente é relativamente rara.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente com 79 anos, ex-fumador (CT 20 UMA), com diagnóstico de sarcoidose Scadding

I há cerca de 10 anos por mediastinoscopia, tendo ficado em vigília desde então. É trazido ao serviço de urgência por alteração do estado de consciência, astenia, falta de força nos membros inferiores, anorexia e agitação psico-motora. A TC crânio-encefálica não revelou alterações. As análises revelaram hipercalcémia grave (14,1 mg/dL corrigida à albumina) e lesão renal aguda (Cr 4,8 mg/dL). Do estudo da hipercalcémia: PTH baixa e 25-hidroxivitaminaD normal, ECA elevada. TC tóraco-abdómino-pélvica sem lesões neoforativas. O doente iniciou hidratação vigorosa, diurético de ansa e prednisolona 40 mg, atribuindo a hipercalcémia à sarcoidose com melhoria clínica progressiva, correção da hipercalcémia e da lesão renal aguda. A TC torácica revelou múltiplas adenopatias mesdiastínicas e hilares e fibrose pulmonar com reticulação sub-pleural, bronquiectasias de tração e favo de mel nos lobos inferiores. O caso foi discutido em reunião de interstício e foi considerado um padrão UIP típico, não sendo comum este padrão nos doentes com sarcoidose pelo que se decidiu avançar com criobiópsia pulmonar. Foram realizadas múltiplas criobiópsias em vários segmentos do lobo inferior, confirmando o padrão UIP definitivo, sem evidência de granulomas. Foi assumido o diagnóstico de sarcoidose *scadding* I com hipercalcémia associada e fibrose pulmonar idiopática. O doente tem alta sob corticoterapia e a aguardar aprovação de anti-fibrótico.

Discussão: Embora a associação destas patologias seja rara, estão descritos vários casos na literatura, levantando a questão desta associação ser uma mera coincidência ou um novo fenótipo resultante de uma mutação genética não definida.

P047. FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA - APRESENTAÇÃO INCOMUM DE DOENÇA RARA

M. d'Almeida, S. Ferreira, T. Câmara, J. Duarte, C. Lousada

Centro Hospitalar do Médio Tejo.

Introdução: A fibroelastose pleuroparenquimatosa (FEPP) é uma forma de pneumonia intersticial idiopática, rara, caracterizada por fibrose da pleura e correspondentes regiões sub-pleurais dos lobos superiores, com atingimento intra-alveolar, acompanhada por elastose das paredes alveolares.

Caso clínico: Apresento o caso clínico de um homem de 73 anos de idade, não-fumador, com história de infeções respiratórias pulmonares de repetição. A medicação habitual era finasterida 5 mg; não havia história familiar de doenças pulmonares intersticiais (DPI), nem exposição a agentes químicos relevantes. Apresentou um quadro de tosse não produtiva, pieira e cansaço de agravamento progressivo com meses de evolução. A auscultação pulmonar mostrou crepitações basais e sibilos dispersos. O estudo funcional respiratório revelou um padrão restritivo, DLCO diminuída e hipoxémia. A TC de Tórax mostrava múltiplas opacidades heterogêneas de predomínio lobar inferior, sobretudo no lobo inferior direito. As alterações na TC de tórax de controlo eram sugestivas de doença pulmonar intersticial e compatíveis com o diagnóstico de pneumonia organizativa criptogénica ou FEPP. O doente foi submetido a biópsia cirúrgica do lobo inferior direito que confirmou o diagnóstico de FEPP. Foi iniciada terapêutica com prednisolona oral na dose (0,5-0,75 mg/kg/dia) e feito desmame progressivo. Atualmente, o doente está medicado com prednisolona oral 5 mg em dias alterados e a última TC de tórax mostrava apenas alterações residuais.

Discussão: Os estudos clínicos recentes sugerem uma associação desta patologia intersticial a infeções respiratórias de repetição. A FEPP é frequentemente progressiva apesar do uso de corticóides e imunossuppressores. De certa forma, o tratamento tem uma vertente empírica, que reflete a in experiência no tratamento destes doentes, dificultando a abordagem terapêutica, pelo que são necessários mais ensaios clínicos para melhor compreender a fisiopatologia desta doença e otimizar o tratamento.

P048. UM CASO RARO DE PROSTATITE GRANULOMATOSA

J. Portela, R. Ferro, M.M. Sousa, R. Duarte

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A administração de BCG intravesical é uma terapia adjuvante no tratamento de carcinoma urotelial, sendo a prostatite granulomatosa uma complicação rara. A tuberculose prostática é uma doença extremamente rara encontrada sobretudo em doentes imunocomprometidos. A semelhança entre uma BCGite vesicoprostática e tuberculose prostática tornam o seu diagnóstico bastante complexo.

Caso clínico: Os autores relatam o caso de um homem de 76 anos com antecedentes de HTA e Carcinoma urotelial, submetido a BGC intravesical de Abril-Julho/2021. Exposição a tuberculose em 2004 (irmão), negando qualquer rastreio imunológico. Foi encaminhado para o CDP de Gaia por prostatite granulomatosa. Inicia quadro de edema, calor e dor peniana em Março/2021, que motivou a realização de RMN prostática: nódulo 14mm na vertente pósteromedial da próstata direita sugestivo de neoplasia. Foi submetido a biópsia em Agosto/2021, após o término de tratamento de BGC intravesical, que revelou lesão inflamatória granulomatosa em toda a próstata, algumas delas com necrose. Analiticamente em Fevereiro/2021 apresentava um valor de PSA de 2,48 ng/mL que aumentou para 5,47 ng/mL em Setembro/2021. Do estudo microbiológico efetuado previamente, apenas foram feitas uroculturas que vieram estéréis inclusive TAAN, BAAR e micobacteriológico cultural. Não foi possível efetuar estudo micobacteriológico nas biópsias prostáticas efetuadas. Assim, apesar de haver um aumento de PSA sérico e existirem lesões inflamatórias granulomatosas dispersas por toda a próstata, não foi possível excluir Tuberculose prostática, motivo pelo qual iniciou tratamento antibacilar com HRZE em Outubro/2021 (após exclusão de envolvimento pulmonar e hematológico). A fase inicial manteve-se até Dezembro/2021, tendo sido passado para manutenção com HRE, com redução de dose do etambutol e avaliação por Oftalmologia. Cumpriu um total de 6 meses de tratamento com melhoria dos sintomas penianos.

Discussão: A diferenciação de BGCite vesicoprostática e tuberculose prostática é de extrema importância pelo seu impacto em saúde pública. Devemos estar atentos a estas duas entidades perante uma prostatite granulomatosa em doentes submetidos a BGC intravesical, tentando sempre obter o estudo micobacteriológico mais completo possível.

P049. SÍNDROME DE HIPOVENTILAÇÃO CENTRAL CONGÉNITA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

I.F. Pedro, D.C. Alves, R.B. Pinheiro, S.L. Moreira, C. Bárbara

Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte.

Introdução: A síndrome da hipoventilação central congénita (SHCC) é uma síndrome genética rara associada à mutação do gene paired mesoderm homeobox protein 2B (PHOX2B). Cursa com falência autonómica e consequente dependência permanente de suporte ventilatório, principalmente no sono.

Caso clínico: Jovem de 22 anos, primeira filha de pais não consanguíneos e saudáveis, com irmã também saudável. Gravidez de 36 semanas; trabalho de parto pré-termo às 32 semanas, induzido por desacelerações do ritmo cardíaco. Parto eutócico, com necessidade de reanimação com oxigénio. Internada na neonatologia por hipotonia generalizada, com apneias centrais, a motivar início de ventilação mecânica invasiva (VMI) às 3 horas de vida. Realizada traqueostomia pela necessidade de ventilação contínua. Excluídas outras patologias, admitiu-se o diagnóstico de SHCC aos 2 meses. Aos 10 meses, com desconexão acidental do ventilador sem desenvolvimento da cianose habitual. Melhoria progressiva da autonomia ventilatória diurna e hipotonia axial, tendo tido a primeira alta hospitalar aos 16 meses, com indicação para VMI apenas no sono, diurno e noturno. No estu-

do do sono realizado aos 2 anos, registados, no sono NREM, uma saturação de oxigénio mínima de 50% e dióxido de carbono no final da expiração > 99 mmHg, na ausência de resposta cardíaca ou respiratória, ambos com boa resposta à VMI. Ventilada através de traqueostomia até aos 10 anos, altura em que surgem dificuldades por fuga de ar. Tentada ventilação não invasiva (VNI) bem-sucedida, a permitir o encerramento da traqueostomia e manutenção da VNI até ao presente. Aos 13 anos, realizado teste genético que confirmou a mutação de PHOX2B (PARM 20/27). Actualmente, sob VNI no sono, ST, com 100% de adesão. Polissonografia sob VNI com eventos corrigidos, a permitir monitorização do sono por oxicapnografia domiciliária. Apresenta um desenvolvimento cognitivo e motor adequados, sem internamentos desde o pré-escolar.

Discussão: Apresenta-se um caso típico de SHCC com diagnóstico suspeitado aos 2 meses, à data sem pesquisa mutacional disponível. Constatou-se capacidade ventilatória na vigília adquirida aos 10 meses, infrequente em doentes com PARM longas. Apesar da transição para VNI poder representar um risco na estabilidade da correção da hipoventilação alveolar, este caso ilustra a sua segurança.

P050. DESAFIO DIAGNÓSTICO EM DOENTE COM NÓDULOS PULMONARES E HEPÁTICOS

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

Centro Hospitalar do Médio Tejo.

Introdução: O hemangioendotelioma epitelióide hepático é uma neoplasia maligna, rara, com origem vascular. A evolução clínica é variável e a sua deteção é frequentemente incidental. Os órgãos mais comumente envolvidos são o fígado, os pulmões e o osso. O diagnóstico é histológico.

Caso clínico: Apresento o caso de uma doente do sexo feminino, com 61 anos de idade, fumadora de 40 UMAs e empregada em lar. Como antecedentes pessoais apresentava hipertensão arterial, dislipidemia, ansiedade e hiperuricemia. Não havia antecedentes familiares de neoplasias ou patologias respiratórias. A sua medicação habitual era azilsartan 40 mg/clorotalidona 25 mg, atorvastatina 20 mg e alprazolam 0,5 mg. Apresentava apenas queixas de cefaleias com dois anos de evolução e não tinha alterações relevantes quer ao exame objetivo, quer na avaliação analítica. Foi realizada TC tórax, solicitada pelo médico de família, que identificou formações nodulares pulmonares dispersas, a maior com diâmetro inferior a 1 cm, e nódulos hepáticos, o maior com diâmetro inferior a 1 cm, e nódulos hepáticos, o maior com diâmetro 3,5 cm. A TC crânio-encefálica foi negativa para lesões secundárias e a TC abdominal e pélvica demonstrou a presença de lesões nodulares hipodensas, com realce periférico, em vários segmentos hepáticos, sugestivas de hemangiomas. Ao controlo imagiológico aos 6 meses, verificou-se a estabilidade da maioria dos nódulos pulmonares e hepáticos com a exceção de um nódulo pulmonar, no lobo superior direito, que apresentava agora 1cm de diâmetro. O caso foi discutido com o radiologista de intervenção que optou pela realização de biópsia de um nódulo hepático. O exame anátomo-patológico foi compatível com hemangioendotelioma epitelióide hepático.

Discussão: O diagnóstico desta patologia constitui um desafio diagnóstico quer pela sua apresentação, quer pela sua evolução, sendo sempre necessária uma amostra histológica. O caso apresentado enaltece a importância da discussão multidisciplinar para definir a abordagem mais adequada perante a identificação de nódulos hepáticos e pulmonares dispersos em doente sem doença oncológica prévia.

P051. FOCO OU NÃO FOCO - EIS A QUESTÃO

A. Nunes, F. Reis, F. Paula, F. Félix, F. Froes

Centro Hospitalar do Oeste-Hospital Torres Vedras.

Introdução: A pneumonia provocada por *Streptococcus pneumoniae* é uma das formas mais comuns de pneumonia adquirida na comuni-

dade. O desenvolvimento de pneumonia necrotizante é uma complicação rara na pneumonia por pneumococo, mas que poderá estar subdiagnosticada.

Caso clínico: Homem de 58 anos, sem antecedentes pneumológicos conhecidos, história de tabagismo e contexto social precário. Recorre ao SU por quadro de febre e dispneia com cerca de uma semana de evolução. Apresentava-se apirético, taquicárdico e com SpO₂ 92% em ar ambiente. Analiticamente apresentava leucopenia, hiponatremia, parâmetros inflamatórios, valor de D-dímeros e de NT-proBNP elevados, hiperlactacidemia, hipoxemia e hipocapnia. Em TC torácica documentou-se extensa consolidação do lobo superior direito (LSD) e lobo médio (LM). Antigenúria para *Pneumococo* positiva. Foi internado e instituiu-se antibiótica empírica. Por agravamento clínico com desenvolvimento de insuficiência respiratória global foi transferido para a UCI e iniciada oxigenoterapia de alto débito (HFNO). Por manutenção de necessidade de FiO₂ elevada, assim como aparecimento de secreções mucopurulentas abundantes, repetiu TC de tórax que revelou extensa destruição parenquimatosa e hidropneumotórax à direita com uma coleção de 10 × 6 × 13 cm na topografia do LSD/LM. Foi proposto para controlo cirúrgico de foco infeccioso tendo sido submetido a bilobectomia superior, após a qual foi possível o desmame da ventilação invasiva e diminuição progressiva do aporte de oxigénio.

Discussão: Apresentamos um caso atípico e exuberante de pneumonia pneumocócica com resolução lenta e complicada por necrose bilobar extensa no qual a abordagem cirúrgica para controlo do foco infeccioso se revelou crucial, destacando a importância de uma abordagem atempada e multidisciplinar. Serve ainda o presente caso para realçar uma complicação que, apesar de potencialmente rara, deve ser precocemente identificada e controlada.

PO52. *PASTEURELLA* SEM ARRANHADELA! UM CASO DE BACTERIÊMIA E DERRAME PLEURAL NUM IMUNOCOMPETENTE

M.J. Santos, I.M. Macedo, M. Bragança, V. Maione, M.L. Carvalho, C. Bárbara

CHULN.

Introdução: A *Pasteurella multocida* é uma bactéria Gram-negativa que coloniza frequentemente a orofaringe de cães e gatos, sendo a causa mais comum de infeção por mordedura/arranhada. Infeções respiratórias ou invasivas (bacteriemia, meningite, endocardite) são raras e ocorrem quase exclusivamente em imunocomprometidos ou na presença de doença pulmonar subjacente. Considerando a escassez de casos reportados, descreve-se o caso de uma infeção respiratória com bacteriemia num doente com patologia pulmonar e sem história de mordedura/arranhada.

Caso clínico: Homem, 72 anos, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Apresentava quadro de tosse produtiva mucosa, dor pleurítica direita, febre e dispneia com 3 dias de evolução. Identificou-se diminuição do murmúrio vesicular à direita, elevação de parâmetros inflamatórios e insuficiência respiratória parcial. A TC tórax revelou derrame pleural direito com sinais de organização. Foi medicado empiricamente com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Foi colocada drenagem torácica, com líquido pleural com características de exsudado, sem isolamento microbiológico. Posteriormente em hemoculturas foi identificada *Pasteurella multocida*, sensível a amoxicilina. Apurou-se que o doente tinha contacto esporádico com cão e gato, negando, no entanto, mordedura/arranhada. Foi mantido amoxicilina/ácido clavulânico durante 21 dias, verificando-se melhoria clínica, analítica e radiográfica e tendo alta sem sintomatologia e sem recorrência do quadro.

Discussão: Infeções respiratórias por *Pasteurella multocida* são raras, no entanto, estão relatadas em doentes com patologia pulmonar prévia, como é o caso. Não foi identificada mordedura/arranha-

dela mas aferiu-se exposição a animais. Na literatura, verifica-se ainda que 3 em cada 4 doentes sem história de mordedura/arranhada e com manifestação clínica respiratória apresentam DPOC. A pneumonia é a manifestação mais comum, mas também pode ocorrer traqueobronquite, empiema ou abscesso. Os doentes sem antecedentes de mordedura/arranhada têm uma maior probabilidade de bacteriemia, de necessidade de hospitalização e gravidade de doença. Destaca-se ainda uma particularidade neste caso: a identificação de agente em hemocultura, com a presença de exame cultural de expetoração e de líquido pleural negativos.

PO53. BRONCOSCOPIA NA UCI: WE WILL ALWAYS HAVE PNEUMOLOGY

L.M. Morais, C.S. Alves, J.PB. Tomé, M.F. Silveira, L. Santos, R. Costa, F. Rodrigues

Hospital Fernando da Fonseca.

Introdução: A formação na área da broncofibroscopia diagnóstica e terapêutica em ambiente de cuidados intensivos tem crescido em paralelo com o surgimento da especialidade e a reformulação do ciclo de estudos em Medicina Intensiva (em 2015). No entanto, em algumas situações clínicas, a intervenção da Pneumologia e de equipas especializadas em broncoscopia continua a ser fundamental.

Objetivos: Descrição da casuística de exames endoscópicos realizados pela equipa de Pneumologia a doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Análise retrospectiva dos exames endoscópicos (broncofibroscopia (BFO) ou broncoscopia rígida (BR)) realizados pela equipa de Broncologia em doentes internados em UCI, entre janeiro de 2017 e dezembro de 2021.

Resultados: Foram analisados 45 exames endoscópicos, sendo 38 BFO e 7 BR. A média de idades foi de 64,2 anos (desvio padrão 14,4), sendo a maioria dos doentes do sexo masculino (66,7%). A média de exames por ano foi de 8,6 sendo o máximo em 2019 (16) e o mínimo em 2020 (3). As principais indicações para a realização de broncofibroscopia foram hemoptises, (31,1%, n = 14), suspeita de patologia infecciosa (17,8%, n = 8), suspeita de neoplasia pulmonar (13,3%, n = 6) e atelectasia pulmonar (13,3%, n = 6). Dentro dos achados endoscópicos destacam-se: broncorreia (24,4%, n = 11), cóagulos (8,9%, n = 4), hemorragia ativa (17,8%, n = 8), alterações inflamatórias (11,1%, n = 5), sinais (diretos e indiretos) de tumor (11,1%, n = 5), broncomalácia (8,9%, n = 4) e estenose traqueal (8,9%, n = 4). Relativamente às técnicas endobrônquicas realizadas, as mais comuns foram a colheita de secreções brônquicas (33,3%, n = 15), toilette brônquica (17,8%, n = 8), lavado bronco-alveolar (13,3%, n = 6) e biópsia brônquica (8,9%, n = 4). Foi colocada uma prótese endobrônquica.

Conclusões: Apesar da formação na área da BFO nos programas de formação em Medicina Intensiva, não se verificou uma tendência negativa na realização de exames endoscópicos por equipas especializadas ao longo dos últimos 5 anos no nosso centro. Assim, o apoio de equipas especializadas continua a ser essencial para prestar apoio a doentes em UCI, nomeadamente para realização de técnicas terapêuticas.

PO54. QUANDO TODOS OS PARÂMETROS CONTAM - SABER INTERPRETAR UMA ESPIROMETRIA

M. Bragança, V. Maione, I.M. Macedo, M.J. Santos, I.F. Pedro, G.M. Portugal, F. Ferro, C. Bárbara

CHULN.

Introdução: A avaliação de curva espirométrica pode ajudar na identificação de lesões torácicas pelo que a sua análise não deve ser descurada.

Caso clínico: Homem 45 anos, natural da Guiné-Bissau, a residir em Portugal há 3 anos, trabalhador na construção civil. Não fumador,

com antecedentes pessoais de asma, medicado com ICS-LABA, seguido em MGF, tendo realizado PFR em 11/2020, que foram interpretadas como obstrução ligeira. Em 06/2021 dirigiu-se ao serviço de urgência do CHULN por quadro com 3 semanas de evolução de ortopneia, pieira e dispneia de agravamento progressivo. Apresentava-se polipneico, com tiragem, pieira audível e ruído respiratório bifásico. Em ar ambiente com SpO₂ 98%, sem hipoxemia. Sem alterações analíticas. A radiografia tórax apresentava hiperinsuflação. Realizou TC-tórax que mostrou lesão sólida com projeção endoluminal ao nível das cordas vocais, com proximidade para a traqueia proximal. Realizou nasofibrolaringoscopia pela ORL que identificou massa subglótica de contornos arredondados, com implantação na face posterior da subglote que ocupava > 80% do lúmen e por agravamento da dispneia foi submetido a traqueostomia de urgência. No internamento realizou broncofibroscopia que identificou massa subglótica que condicionava oclusão total do lúmen subglótico, não permitindo a progressão do videofibroscópio. Realizaram-se biópsias, que identificaram tumor miofibroblástico inflamatório (TMI). A TC do pescoço mostrou volumosa lesão nodular de esboço polipoidal, obliterando o espaço subglótico, de dependência posterior, com extensão à vertente proximal da traqueia, atingindo 2,5 × 2 × 2 cm. Foi submetido a excisão da lesão por abordagem externa com cervicotomia e laringofissura, realizada em 08/2021, que decorreu sem intercorrências. Removeu a traqueostomia em 11/2021, sem intercorrências, mantendo seguimento na ORL. Sem recidiva de lesão até ao momento. Após resolução do quadro agudo, tivemos acesso às PFR realizadas em 11/2020 que demonstravam já obstrução fixa, com limitação dos fluxos inspiratórios e expiratórios.

Discussão: O TMI é uma lesão rara, localmente agressiva. A sua identificação atempada tem implicação clínica e prognóstica. A correta análise da curva da PFR poderia ter permitido um diagnóstico mais precoce, evitando procedimentos invasivos como a traqueostomia.

P055. BIÓPSIA LÍQUIDA NO DIAGNÓSTICO INICIAL DO CANCRO DO PULMÃO

K. Lopes, R. Câmara, M. Barbosa, C. Simão, T. Sequeira, P. Mota, M.T. Almodovar

Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

Introdução: A biópsia líquida (BL) permite detetar ADN tumoral circulante de forma não invasiva e célere. Apresentamos 3 casos clínicos de diagnóstico inicial de cancro do pulmão através de BL por pesquisa de mutações do gene EGFR (PCR-RT).

Casos clínicos: Mulher 50 anos, não fumadora, em exame de rotina foram diagnosticadas metástases hepáticas e na TC-tórax subsequente lesão primitiva na base esquerda, adenopatias mediastínicas, incontáveis nódulos de distribuição aleatória sugerindo disseminação hematogénea e metastização óssea. Realizou BL e EBUS-TNBA. Após uma semana a BL mostrou deleção do exão 19 no gene EGFR e foi iniciado osimertinib. Resultado posterior de Adenocarcinoma do pulmão na citologia (gânglio 7). TC-tórax aos 4 meses com resposta parcial, nomeadamente com desaparecimento dos nódulos bilaterais. Mulher 73 anos, não fumadora, com fadiga, lombalgia, perda ponderal (20%). Os exames de imagem mostraram nódulo no lobo superior esquerdo, adenopatias mediastínicas e metastização óssea extensa. Iniciou marcha diagnóstica com broncofibroscopia (inconclusiva) e biópsia óssea. Após a 1ª consulta de Pneumologia Oncológica do IPO, por dor não controlada e PS 4, foi admitida no internamento para controlo da dor e RT antiálgica. Realizou BL que mostrou deleção do exão 19 no gene EGFR e iniciou osimertinib em internamento, com recuperação gradual para PS1. A biópsia óssea veio a revelar metastização por adenocarcinoma do pulmão. Mulher 74 anos, não fumadora, com início súbito de episódios de confusão e desorientação, PS 1. Realizou RM-CE que mostrou múltiplas lesões expansivas cerebrais e cerebelosas bilaterais. A

PET/TC revelou uma massa no lobo superior esquerdo, adenopatias mediastínicas e envolvimento ósseo de corpos vertebrais. Recusou exames invasivos. Realizou BL com identificação, 5 dias depois, da mutação de deleção na exão 19 no gene EGFR, e iniciou osimertinib. **Discussão:** Em casos selecionados, a biópsia líquida pode ser considerada no diagnóstico inicial do cancro do pulmão, nomeadamente quando se impõe a necessidade de um início de tratamento rápido e na possibilidade de mutações com terapêutica-alvo. Os casos apresentados refletem a rapidez e especificidade diagnóstica deste método não invasivo, que permitiu o início precoce de terapêutica dirigida.

P056. CAVITAÇÃO PULMONAR COMO COMPLICAÇÃO RARA PÓS PNEUMONIA POR COVID-19: UM CASO CLÍNICO

M. Osório, R. Fernandes, C. Alves, M. Silva, M. Silveira, F. Rodrigues

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca.

Introdução: A evolução da pneumonia a COVID-19 para cavitação pulmonar constitui um achado raro com poucos casos descritos na literatura.

Caso clínico: O caso descrito retrata um homem, de 37 anos, com internamento recente por pneumonia a SARS-CoV-2, com necessidade de ventilação não invasiva, antibioterapia e corticoterapia. A angio-TC desse internamento excluía TEP e mostrava condensações periféricas organizadas nos lobos inferiores e padrão em vidro despolido nos lobos superiores, sem outras alterações de relevo. O doente regressa 7 dias após alta por toracalgia pleurítica esquerda, sem outras queixas. Analiticamente com D-dímeros 4.365, proteína-C-reativa 2,75, sem outras alterações. Desde modo, realizou nova angio-Tc, que excluiu TEP, com achado de novo de coleção líquida no lobo inferior esquerdo, com 80 × 45 mm, com nível hidroaéreo, associada a alterações compatíveis com pneumonia COVID-19 em fase fibrótica/tardia. Por suspeita de abscesso pulmonar decorrente de pneumonia necrotizante iniciou antibioterapia empírica. Durante o internamento, manteve-se clinicamente estável, apirético, com estudo cultural, autoimune e rastreio de aspergilose negativos. Em TC-tórax de reavaliação após 7 dias, objetivou-se nova lesão cavitada, 40 × 37 mm, no lobo superior direito com conteúdo gasoso. Realizou broncofibroscopia que não mostrou alterações, com estudo citológico, bacteriológico e micobacteriológico nas secreções brônquicas e LBA negativos. O galactomanano no LBA também se revelou negativo. Dada a estabilidade clínica e parâmetros inflamatórios consistentemente baixos optou-se por suspender a antibioterapia, assumindo-se o diagnóstico de cavitação pulmonar como complicação tardia de pneumonia a COVID-19. Após alta, a reavaliação imagiológica periódica demonstrou redução progressiva das lesões até resolução completa, sem terapêutica específica.

Discussão: O espectro clínico de doença secundária à infeção por SARS-CoV2 ainda se mantém, em certa medida, desconhecido. Mecanismos, como lesão alveolar difusa, hemorragia intra-alveolar e necrose celular podem estar na origem fisiopatológica da cavitação pulmonar, uma entidade cuja apresentação pode variar de autolimitada a doença extensa e progressiva.

P057. ATENTAR AO INESPECÍFICO - A PROPÓSITO DOS SÍNDROMES PARANEOPLÁSICAS

M. Bragança, V. Maione, I.M. Macedo, M.J. Santos, F. Ferro, A.I. Coutinho, L. Carvalho, C. Bárbara

CHULN.

Introdução: A hipercalcemia inclui-se nos síndromes paraneoplásicas estando frequentemente associada a neoplasia.

Caso clínico: Mulher 58 anos, fumadora ativa (20 UMA), sem antecedentes pessoais. Refere quadro de perda ponderal (12 kg em 10 meses), acompanhada de tosse produtiva mucosa e cansaço de agra-

vamento progressivo. Seguida em MGF que identificou hipercalcemia (13,2 mg/dL) com PTH baixa, tendo sido referenciada para o CHLN. Realizou ácido zoledrónico, tendo sido encaminhada para Hematologia, onde por quadro consumptivo com hipercalcemia e anemia foi equacionada possível doença inflamatória sistémica ou síndrome paraneoplásica associada a neoplasia oculta. Apresentou serologias infecciosas negativas, estudo de doenças autoimunes granulomatosas negativo, IGRA negativo, BAAR negativo e eletroforese de proteínas sem alterações. Realizou TC-TAP que identificou volumosa massa centrada ao pulmão, com áreas hiperdensas, perdendo os planos de clivagem com conglomerado adenopático hilar direito e mediastino, incluindo esófago torácico distal, pericárdio (contactando a aurícula direita e invadindo a aurícula esquerda - confirmado por ecocardiograma), VCS, veias pulmonares direitas, artéria pulmonar principal direita, brônquios lobares direitos, diafragma e VCI, com múltiplas adenopatias toraco-abdomino-pélvicas. Foi admitida na Pneumologia tendo realizado BFC que identificou achados imagiológicos e endoscópicos sugestivos de neoplasia brônquica de componente maioritariamente extra-luminal. LBA a mostrar exsudado granulocitário, negativo para células neoplásicas. Biópsias brônquicas negativas para células neoplásicas. Durante o internamento apresentou FA de novo com vários episódios de RVR de difícil controlo com terapêutica médica em provável contexto de alterações iónicas já que apresentou hipercalcemia de novo (12,5 mg/dL) provavelmente paraneoplásica tendo realizado pamidronato, fluidoterapia e ácido zoledrónico, com pouca resposta. Realizou BATT, que revelou carcinoma pavimento celular. TC-CE sem sinais de secundarização. Doente com PS 3, que agravou durante o internamento para PS 4. Faleceu no internamento.

Discussão: A hipercalcemia é um síndrome paraneoplásica, estando associada ao carcinoma pavimento celular do pulmão (incidência de 5-10%). A hipercalcemia é habitualmente um fator de mau prognóstico.

P058. O IMPACTO DA TERAPÊUTICA BIOLÓGICA NA ASMA GRAVE - RELATO DE CASO CLÍNICO

A. Vasconcelos, S.M. Castro, A.R. Pereira, D. Gomes, C.C. Costa, C. Valente, J.C. Costa

CHBV-Hospital de Aveiro.

Introdução: A asma é uma doença heterogénea caracterizada pela inflamação crónica das vias aéreas que afeta cerca de 350 milhões de pessoas no mundo. Destas, 10-15% apresentam uma asma grave com elevado impacto na morbimortalidade, aumento dos internamentos e custos na saúde. O mepolizumab está indicado nos doentes com asma grave eosinofílica e trata-se de um anticorpo monoclonal anti-IL-5 que atua inibindo a inflamação eosinofílica. Como resultado observa-se um controlo da doença através da diminuição do número de exacerbações, da dose de corticoterapia e melhoria da qualidade de vida.

Caso clínico: Mulher de 59 anos, não fumadora seguida em CE de Pneumologia por asma e bronquiectasias (BQ) bilaterais saculares não fibrose quística. Trata-se de uma asma de longa data, previamente controlada, mas que nos últimos 3 anos apresentou múltiplas exacerbações por ano - várias com necessidade de internamento, das quais uma com necessidade de ventilação mecânica invasiva, apesar de terapêutica com ICS/LABA em alta dose, LAMA, montelukaste e prednisolona 5 mg por dia. Analiticamente com eosinofilia de $(2,1 \times 10^9/L)$ e IgE total de 218 UI/mL; funcionalmente com alteração ventilatória obstrutiva grave (FEV1 940 mL, 38% do previsto), com BD negativa; TC torácica com múltiplas BQ bilateralmente de distribuição difusa apico-caudal, sem relevante preenchimento endoluminal. Esboçam-se escassos micronódulos de baixa densidade no segmento superior do lobo inferior esquerdo podendo traduzir discreta alteração inflamatória. Após exclusão de descompensação de outras comorbilidades, adesão e técnica inalatório decidido iniciar mepolizumab 100 mg de 4 em 4 semanas onde se observou boa

resposta a terapêutica, nomeadamente com melhoria clínica, inclusive com suspensão da corticoterapia; analítica (sem eosinofilia e IgE total normal); e funcional (FEV1 1.790 mL, 73% do previsto).

Discussão: Apresenta-se este caso para evidenciar a boa resposta clínica e funcional numa doente com asma grave e BQ saculares exuberantes após introdução da terapêutica biológica. Apesar de ser um fármaco dispendioso, reduziu marcadamente o número de recursos hospitalares utilizados por esta doente, assim como uma melhoria funcional, traduzindo-se numa melhor qualidade de vida.

P059. MAL ASMÁTICO - REVISÃO DE 3 CASOS EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPIRATÓRIOS

I. Spencer, H. Cabrita, P. Falcão, C. Martins, E. Fragoso, C. Lopes, P. Azevedo

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A asma brônquica, doença inflamatória crónica, causa hiperreatividade e obstrução variável das vias aéreas. A baixa adesão à terapêutica apresenta risco de morbimortalidade. A maioria das exacerbações são geridas com corticóides e broncodilatadores. Contudo, face a exaustão respiratória e refratariedade terapêutica, a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), suporte ventilatório de eleição, é desafiante.

Objetivos: Analisar os fatores de risco, evolução clínica e abordagem terapêutica da asma crítica aguda.

Métodos: Análise retrospectiva de admissões por asma aguda em Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR), entre Out/19 e Jan/20, num hospital terciário. Realizada revisão dos registos médicos.

Resultados: Três doentes, sexo feminino, idade mediana 24 anos (IQR 23-40 anos), admitidas em UCIR por exacerbação de asma com IR parcial (n = 2) e acidemia respiratória (n = 1). Antecedentes de asma sob terapêutica broncodilatadora apenas em SOS e tabagismo (n = 2/3). A duração mediana do internamento foi 14 dias (IQR 10-19 dias), com média de 10 dias de VMI (IQR 9-12). Uma doente realizou ventilação não invasiva (VNI), instituindo-se VMI nas primeiras 24 horas; outra oxigenoterapia de alto fluxo, convertida a VMI após 12 horas; O APACHE inicial mediano foi 13 (IQR 11-21). O SOFA mediano à admissão foi 5 (IQR 3-7) e à data da alta 0 (IQR 0-2). Verificou-se descompensação por traqueobronquite aguda (n = 2/3) e pneumonia adquirida na comunidade (n = 1/3). Nos três casos foi isolado *Rhinovírus* em secreções brônquicas, um deles com co-isolamento de *S. pneumoniae* e *H. influenzae*. Duas doentes tiveram sobreinfecção respiratória por *Serratia marcescens*, e MSSA e *Haemophilus influenzae*, cumprindo antibiótica dirigida. Em doente com eosinofilia (2140/nl), desadaptação ventilatória e broncoespasmo mantido, administrou-se mepolizumab (*off-label*) com rápida resposta. Os diagnósticos secundários foram: miopatia do doente crítico (n = 3), delirium (n = 2), e hepatite tóxica (n = 1).

Conclusões: A baixa adesão à terapêutica de manutenção na asma associa-se a maior risco de admissão em UCI, sendo a infeção respiratória viral o principal fator descompensador. É vital não adiar a instituição de VMI face a deterioração clínica. Sem aprovação nas exacerbações, as terapêuticas alvo segundo fenótipo podem vir a ter um papel no futuro.

P060. UMA APRESENTAÇÃO TUMORAL “DE CORTAR A RESPIRAÇÃO”

D. Baptista, F. Cruz, I.F. Pedro, G. Portugal, R. Pinheiro, R. Macedo, J.D. Cardoso, F. Freitas, P. Monteiro, P. Pinto, C. Bárbara

CHULN-Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: O carcinoma anaplásico da tireóide é raro, constituindo cerca de 2% dos tumores da tireóide e o mais letal.

Caso clínico: Mulher de 64 anos, não fumadora, hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia. Recorreu ao Serviço de Urgência por sensação de “aperto na garganta”, expectoração hemoptóica com o esforço e rouquidão com uma semana de evolução. Referia disfagia para sólidos com um ano de evolução. Negava anorexia ou perda ponderal. À observação: estridor audível, SpO₂ 97% com FiO₂ 21%. Identificou-se massa cervical baixa, indolor com contornos irregulares, aderente aos planos. Ecografia tiroideia: volumosa lesão sólida hipoecogênea no lobo direito com extensão ao istmo, de contornos irregulares, classificada EU TIRADS 5. Foi efetuada biópsia por punção aspirativa com agulha fina da massa do lobo direito da tireóide. TC pescoço: exuberante massa infiltrativa heterogênea localmente avançada com ponto de partida no lobo direito da glândula tiroide, invadindo a subglote/laringe e a traqueia proximal. Compromisso do plexo braquial e do nervo frênico à direita. TC tórax: afilamento da traqueia na vertente superior. Em ambos os campos pulmonares, imagens nodulares sugestivas de metástases pulmonares. Realizou broncoscopia rígida com visualização de massa cerca de 1,5 cm abaixo das cordas vocais tendo sido efetuada laserterapia de citorredução com posterior *debulking* da massa, tentativa de colocação de prótese diablo 16-14-16 sem sucesso. Após procedimento verificou-se alívio sintomático imediato. Para proteção da via aérea foi equacionada colocação de prótese endotraqueal, mas atendendo à localização da massa próxima das cordas vocais esta hipótese foi descartada. A outra opção seria traqueostomia, tendo a doente sido avaliada pela Otorrino e igualmente pela localização anterior da massa a mesma hipótese tornou-se inválida. Resultado anatomo-patológico da massa endobrônquica e da biópsia tiroideia revelou carcinoma anaplásico tireóide, rico em células gigantes de tipo osteoclasto. A doente veio a falecer dois meses após diagnóstico.

Discussão: O carcinoma anaplásico é um dos subtipos de neoplasia da tireóide mais agressivos, apresentando crescimento rápido. Atendendo ao prognóstico reservado, o diagnóstico precoce é crucial para, em equipa multidisciplinar, melhorar a qualidade de vida dos doentes.

P061. DERRAME PLEURAL PARANEOPLÁSICO: DO TRATAMENTO ÀS COMPLICAÇÕES

J.M. Simões, A.P. Monteiro, R. Silva, N.G. Gomez

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte.

Introdução: O derrame pleural (DP) representa uma causa importante de insuficiência respiratória (IR) aguda nos doentes oncológicos. A abordagem terapêutica do DP constitui um desafio e é determinada com base no estado geral do doente, sintomatologia, tipo de tumor primário, sobrevida e grau expectável de re-expansão pulmonar após drenagem pleural.

Caso clínico: Homem de 58 anos com diagnóstico de adenocarcinoma do esófago em estágio IV, sob quimioterapia paliativa. Recorreu ao SU por quadro com 2 semanas de evolução de dispneia e cansaço para pequenos esforços. Ao exame objetivo: polipneia, SpO₂ 90% em ar ambiente, taquicardia e murmúrio vesicular abolido no hemitórax direito. Na gasometria: IR parcial. Na angio-TC Tórax: volumoso DP direito com atelectasia do lobo inferior direito. Foi realizada toracocentese com drenagem lenta de 3 litros de líquido pleural (LP), sem complicações e com boa tolerância durante o procedimento. Após 45 minutos, o doente iniciou quadro de agitação, tosse com expectoração espumosa, dispneia intensa, hipertensão arterial e IR global com acidemia respiratória. Foi assumida a hipótese de edema pulmonar de re-expansão e instituída terapêutica de suporte, com necessidade de Bi-nível contínuo em modo S/T. O LP foi classificado como exsudado e interpretado no contexto de DP paraneoplásico. Por recidiva sintomática do DP, foi realizada novamente toracocentese com colocação de dreno torácico com conexão a sistema de drenagem subaquática. Durante cerca de 3 semanas manteve drenagem torácica de

1-1,5 litros/dia, tendo sido posteriormente realizada pleurodese com instilação de talco por drenagem pleural.

Discussão: O edema pulmonar de re-expansão é descrito como uma complicação rara (< 1%) da toracocentese, na qual a drenagem de grandes volumes e a cronicidade do DP têm sido apontados como importantes fatores de risco. No entanto, a prática clínica mostra-nos que, pela heterogeneidade de doentes e das várias condições clínicas, não é claro qual o volume ideal de drenagem de LP para a prevenção desta complicação. Este caso clínico evidencia a importância de manter a monitorização dos doentes após realização de toracocentese, tornando-se fundamental determinar com maior robustez científica que outros fatores de risco ou medidas preventivas existem para o edema pulmonar de re-expansão.

P062. O JOGO DA IMITAÇÃO

M. Pinto, J. Rodrigues, A. Magalhães, I. Moreira, A. Santos, A. Miguel

Hospital Santa Marta.

Introdução: A tuberculose pode manifestar-se de várias formas no pulmão. A silicose é fator de risco para tuberculose, pela ação inibitória da sílica sobre os macrófagos alveolares. O diagnóstico de tuberculose deve ser excluído sempre que exista essa suspeita; no entanto, isso não deve atrasar o estudo de diagnósticos alternativos, potencialmente mais ominosos.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, caucasiano, com 69 anos. Trata-se de um ex-fumador de 40 unidades maço-ano, que trabalhou durante muitos anos em pedreiras de granito. Sem outros antecedentes de relevo. Em consulta, referia um quadro com seis meses de evolução de dispneia para esforços progressivamente menores, associada a tosse seca e perda ponderal quantificada em 10 Kg. Sem febre ou sudorese noturna. Em TC torácica prévia era visível uma consolidação do lobo superior esquerdo, com bronquiectasias de tração e adenopatias mediastínicas calcificadas, aspetos que sugeriam silicose. Por hipoxemia, foi internado para estudo. Analiticamente, sem elevação de parâmetros inflamatórios ou outras alterações. Repetiu TC torácica que mostrou franco agravamento das consolidações, agora envolvendo todo o pulmão esquerdo, bem como aspetos em árvore-em-botão à direita e uma lesão nodular na supra-renal direita. Perante a suspeita de tuberculose, realizaram-se duas baciloskopias de expectoração, que se revelaram negativas. Procedeu-se então a broncofibroscopia e colheita de lavado broncoalveolar (LBA). Nos dias seguintes, verificou-se franco agravamento clínico, com necessidade de escalar suporte até oxigenoterapia de alto fluxo. A bacilosopia e TAAN do LBA foram negativas. Repetiu-se broncofibroscopia com biópsias transbrônquicas compatíveis com adenocarcinoma do pulmão, PD-L1 negativo, com metastização pulmonar contralateral e supra-renal. Dada a hipoxemia persistente sob FiO₂ 80-90%, considerou-se não haver condições para iniciar quimioterapia, encontrando-se o estudo mutacional ainda em curso.

Discussão: Em casos raros, o adenocarcinoma do pulmão pode ter uma apresentação imagiológica que mimetiza processos infecciosos (padrão bronquioloalveolar). Em doentes com fatores de risco, como tabagismo e exposição a sílica, a hipótese de neoplasia deve sempre ser considerada, para um diagnóstico atempado e melhoria do prognóstico.

P063. INFEÇÃO POR MICOBACTÉRIA NÃO TUBERCULOSA - CAUSA OU CONSEQUÊNCIA?

F. Jesus, E. Almeida, M. Tavares, R. Natal, J. Costa, A. Tavares, L. Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: As micobactérias não-tuberculosas (MNT) podem causar lesão a nível pulmonar, com doença cavitária, ou surgir no con-

texto de outras doenças, como as imunodeficiências ou patologia estrutural pulmonar. A incidência da doença pulmonar por MNT tem aumentado, devido ao crescente número de idosos, doentes com patologia estrutural pulmonar e uso de imunossuppressores.

Caso clínico: Mulher, 25 anos, sem antecedentes ou medicação habitual, recorreu à Urgência por tosse seca com meses de evolução. Negava dispneia, febre, dor torácica, astenia, anorexia ou perda ponderal. Exame objetivo com crepitações no hemitórax esquerdo, sem insuficiência respiratória ou outras alterações. Analiticamente com elevação ligeira da proteína C reativa, sem leucocitose. Fazia-se acompanhar de TC-tórax realizado previamente, com múltiplas cavitações no pulmão esquerdo e micronodulação com distribuição *tree-in-bud* bilateralmente. Dada a escassa expetoração realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar, sem intercorrências, com secreções mucosas dispersas. O exame micobacteriológico mostrou bacilos álcool-ácido resistentes no exame direto, com pesquisa de DNA *Mycobacterium tuberculosis* complex negativa. Posteriormente, no exame cultural isolou-se *Mycobacterium kansasii* (20-40 UFC). Na anamnese com a doente não foi possível identificar nenhuma causa para as alterações estruturais pulmonares ou predisposição à infeção por MNT - negou infeções pulmonares no passado, sem imunodeficiências ou terapêuticas imunossupressoras, sem outros achados analíticos relevantes e sem exposições de risco - sendo assumido que a infeção por MNT seria a causa das alterações estruturais. A doente iniciou terapêutica com rifampicina, etambutol e isoniazina nas doses recomendadas, atualmente no 3º mês de tratamento, com boa tolerância.

Discussão: A infeção por MNT é uma patologia sub-diagnosticada de incidência crescente à qual os clínicos devem estar alerta dado o envelhecimento da população e o aumento de doentes sob imunossupressão. Esta tem importantes implicações, sobretudo a nível da terapêutica, com longos períodos de tratamento. O caso ilustrado traduz uma forma grave de infeção por MNT numa doente jovem e sem fatores de risco, enfatizando a importância desta patologia que, apesar de rara, deve ser tida em conta nos diagnósticos diferenciais.

P064. DE MICRONÓDULOS A TUBERCULOMA

I. Spencer, J. Nascimento, C. Martins, A. Manique, C. Bárbara

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A tuberculose é uma doença infecciosa de transmissão respiratória causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Embora curável e evitável, constatando-se decréscimo da incidência em Portugal nos últimos anos, é uma causa importante de doença pulmonar e de outros órgãos.

Caso clínico: Homem, 73 anos, ECOG 1, médico, período prolongado de realização de consultas a toxicodependentes com VIH. Não fumador, rinossinusite com polipose e asma brônquica não alérgica, sob terapêutica anti-IL5 (mepolizumab) desde Março/2018. Funcionalmente com obstrução brônquica e bronquiolar e prova de broncodilatação negativa. Nega antecedentes ou contacto recente com tuberculose. Outras doenças: gammapatia monoclonal de significado indeterminado IgG/L em vigilância desde 2006; dislipidemia. Seguido em consulta de Pneumologia, realizou TC torácica em Junho/2019, que apresenta 2 micronódulos não calcificados, o maior com 3,5mm, no segmento apical do lobo superior direito (LSD) e bronquiectasias no LSD, características sobreponíveis a TC de Janeiro/2017. Refere astenia, tosse e expetoração purulenta, sendo repetida TC torácica (Janeiro/2022), que apresenta acentuação importante do interstício peribroncovascular e nódulo (2,5 x 1,9 cm) no LSD, com contacto pleural, espessamento da pleura e áreas retráteis adjacentes. Realizada PET (Fevereiro/2022) com destaque metabólico anómalo em lesão nodular referida, suspeita de etiologia neoformativa. A biópsia pulmonar transtorácica (Março/2022) revela parênquima pulmonar colagenizado com infiltrado inflama-

tório disperso, nódulo linfóide reativo e granuloma necrotizante, compatível com tuberculose. Encontra-se atualmente sob seguimento em Centro de Diagnóstico Pneumológico, a cumprir terapêutica antibacilar com boa tolerância clínica e mantendo bacilosco-pias negativas.

Discussão: O conhecimento da epidemiologia, clínica e variedade imagiológica da tuberculose pode acelerar o diagnóstico e início de tratamento, com benefício para a saúde pública e do doente, particularmente em casos de patologia respiratória prévia. Em PET, o aumento da avidéz para fluorodesoxiglicose por tuberculomas pode ser comparável ao de contexto neoplásico.

P065. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÓNICA GLOBAL - UM DIAGNÓSTICO COMPLEXO

D. Cora, C. Cristovão, F. Nogueira

Serviço de Pneumologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa.

Introdução: A insuficiência respiratória crónica global (IR) é uma doença multifatorial. Geralmente os doentes com hipercapnia toleram melhor os seus efeitos deletérios do que os com hipoxemia isolada. Devido a instalação gradual da mesma a sintomatologia pode ser pouco perceptível.

Caso clínico: Mulher, 73 anos, fumadora (80 UMA). Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, insuficiência venosa crónica e obesidade (IMC 36). Internada para estudo de insuficiência respiratória global com poliglobúlia secundária, diagnóstico inaugural, em contexto de avaliação pré-cirúrgica de facectomia. Apurado quadro de três semanas de evolução de cansaço progressivo para moderados esforços e sonolência diurna. Negava outras queixas. Na admissão, assintomática, com insuficiência respiratória tipo II (SpO₂ 82%, pO₂ 54 mmHg, pCO₂ 60 mmHg, HCO₃ 48 mmol/L FiO₂ 21%). O controlo analítico revelou Hb 18 g/dl e Ht 56%. A angio-TAC torácica excluiu tromboembolismo pulmonar. O parênquima pulmonar tinha pequenas bolhas de enfisema, incipientes bronquiectasias cilíndricas. O ecocardiograma transtorácico foi compatível com provável hipertensão pulmonar ligeira (PSAP 37 + 10 mmHg). O estudo funcional respiratório (EFR) mostrou obstrução moderadamente grave com *air trapping*. Teve alta melhorada após oxigenioterapia suplementar que suspendeu, com terapêutica broncodilatadora, referenciada a consulta de Pneumologia. Nessa consulta, repetiu o EFR, que desta vez mostrava obstrução ligeira. A prova da marcha não apresentava dessaturação significativa. O estudo de sono revelou SAOS ligeira (IAH 9,1), índice de dessaturação de 12,8/h e oximetria com dessaturação periférica em 90,5% do registo de sono, tendo iniciado APAP. Por persistência da hipercapnia diurna e da hipoxemia, iniciou posteriormente VNI noturno. Nas consultas subsequentes, verificou-se persistência da hipoxemia apenas com discreta melhoria (pO₂ 66 mmHg). Por suspeita de TEP crónico, repetiu Angio TAC que foi negativa, e realizou cintigrafia de ventilação/perfusão compatível com tromboembolismo pulmonar. Iniciou terapêutica anticoagulante e foi referenciada a consulta de hipertensão pulmonar e doenças tromboembólicas.

Discussão: Este caso tem particular interesse porque mostra a complexidade deste distúrbio ventilatório, o que o torna mais difícil de diagnosticar.

P066. BENEFÍCIO TERAPÊUTICO A CURTO PRAZO DO TRATAMENTO COM INIBIDORES DA TIROSINA-CINASE

P.M. Ferreira, D. Coelho, R. Boaventura, C. Damas, N. Melo, H.N. Bastos

Centro Hospitalar e Universitário de São João.

Introdução: Os inibidores da tirosina-cinase (ITC) revolucionaram o tratamento de doentes com Adenocarcinoma Pulmonar metastatiza-

do. Este caso clínico demonstra como os ITC podem alterar o prognóstico a curto prazo de doentes oncológicos em Cuidados Intensivos.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 61 anos, diagnosticado recentemente com adenocarcinoma pulmonar pendente de estadiamento, recorre ao Serviço de Urgência por dispneia súbita em repouso. Por evidência radiológica de atelectasia por massa pulmonar, foi internado no serviço de Pneumologia. Dois dias após a admissão, por agravamento franco da insuficiência respiratória, foi transferido para Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) com escalada para ventilação mecânica invasiva. O TC tórax de reavaliação permitiu identificar uma consolidação do lobo inferior do pulmão esquerdo, suspeita de pneumonia necrotizante, adjacente à massa pulmonar hilar esquerda e associada a derrame pleural. Antibioterapia dirigida foi iniciada após realização de lavado brônquico. Na UCI foi confirmado o estágio avançado da neoplasia, tendo o estudo molecular detetado o rearranjo EML4(17)-ALK(20), uma mutação-alvo passível de tratamento dirigido. Não tendo o doente iniciado qualquer linha terapêutica dirigida à doença oncológica descrita, foi proposto tratamento com inibidor do ALK; o doente iniciou tratamento com alectinib e, 2 semanas depois, apresentava redução dimensional de todas as adenopatias conhecidas, bem como patência parcial do brônquio principal esquerdo, até então obliterado. Em D15 de alectinib, após 22 dias de antibioterapia dirigida e já extubado para VNI, o doente regressou a enfermaria com melhoria franca da insuficiência respiratória, mantendo recuperação funcional com reabilitação motora e respiratória, sem recorrência da dispneia. Teve alta para o domicílio após 56 dias de internamento.

Discussão: O tratamento com ITC permitiu uma melhoria clínica evidente mesmo a curto prazo, possibilitando a extubação e recuperação progressiva do doente e a alta hospitalar. Apesar da resposta franca inicial, o doente apresentaria reaggravamento clínico com recidiva do derrame pleural cerca de 2 meses depois; o estudo molecular do líquido pleural identificou uma mutação de resistência adquirida aos inibidores do ALK, acabando o doente por falecer.

P067. TUMOR CARCINÓIDE PULMONAR: UMA DOENÇA METASTÁTICA ATÍPICA

P.M. Ferreira, C. Sousa, A. Magalhães

Centro Hospitalar e Universitário de São João.

Introduction: Pulmonary carcinoid tumors are a rare subtype of lung cancer. The 2015 World Health Organization classification of pulmonary neuroendocrine tumors separates carcinoid tumors into typical and atypical. Typical carcinoids comprise 1% to 2% and atypical carcinoids 0.1% to 0.2% of all lung cancers. Although typically characterized by indolent clinical behavior, advanced disease is associated with poor survival. Everolimus, an mTOR inhibitor, has demonstrated efficacy and is a potential therapy in patients with unresectable or advanced disease.

Case report: A 64-year-old man, former smoker, was diagnosed with stage IV atypical carcinoid (pericardial, lymph node and bone metastasis) in May 2017 with a Ki-67 cell proliferation labeling index of 20% and a positive 68Ga-DOTANOC PET. The patient began treatment with a somatostatin analog (lanreotide) and maintained close follow-up, until April 2018 when he presented with new subcutaneous and bilateral orbital metastasis. Chemotherapy was initiated with carboplatin plus etoposide. CT performed after 3 cycles of chemotherapy showed new progression with pancreatic metastasis. A new line of chemotherapy with irinotecan for a total of 6 cycles was completed. On October 2018 the patient was admitted at the hospital due to complaints of constipation and abdominal pain. Blood sample analysis showed high amylase and lipase. Peritoneal carcinomatosis and progression of the pancreatic mass was documented by CT scan with signs of associated obstructive pancreatitis. Given the presence of a refractory and progressive disease under

chemotherapy it was decided to start treatment with everolimus. CT scan after 3 months of treatment showed a partial response, with reduction of the pancreatic mass and peritoneal thickening with resolution of the obstructive pancreatitis.

Discussão: Treatment of carcinoid tumors remains a challenge. Our patient showed a partial response with everolimus, which represented a fourth line of treatment, after the failure of chemotherapy and somatostatin analogs. This underlines the importance and benefit of using newly available drugs.

P068. HÉRNIA PULMONAR - UMA CAUSA RARA DE DOR TORÁCICA

D. Amorim, C. Pimentel, A.C. Ferreira, S. Feijó

Centro Hospitalar de Leiria.

Introdução: A hérnia pulmonar é uma entidade rara, que resulta da protusão de parte do parênquima pulmonar através da caixa torácica. Pode ocorrer após trauma ou como iatrogenia pós-cirúrgica, mas é ainda menos comum quando ocorre de forma espontânea. Clinicamente, o sintoma mais comum é a dor torácica, por vezes com presença de hematoma no local, pelo que os clínicos devem estar atentos a estes sinais e sintomas, apesar de inespecíficos.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de um homem de 57 anos, ex-fumador, com excesso de peso e apneia obstrutiva do sono. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de tosse seca com cerca de 1 semana de evolução, sem outros sintomas associados, sem alterações ao exame objetivo ou alterações analíticas de relevo. Foi assumida infeção vírica e o doente teve alta para o domicílio. Acaba por voltar ao SU 5 dias depois, por toracalgia na região latero-basal direita, agravada com a tosse, e presença de tumefação da parede torácica nessa mesma localização. Ao exame objetivo, comprovava-se a presença de hematoma, não apresentando outras alterações de relevo. Foi solicitada Tomografia Computorizada de Tórax, que demonstrou fratura do 7º arco costal e herniação pulmonar direita exuberante nessa mesma zona. Tendo em conta que não havia história de traumatismo nem qualquer cirurgia prévia, esta herniação foi assumida no contexto do esforço da tosse. O doente manteve vigilância em consulta de pneumologia, tendo acabado por ser encaminhado para cirurgia torácica, por manutenção de toracalgia.

Discussão: Este caso realça a importância de uma entidade extremamente rara, mas que se pode tornar incapacitante. Apesar de o tratamento cirúrgico ser cada vez menos considerado, este deve ser uma opção perante sintomatologia importante, com excelentes resultados e baixa morbilidade.

P069. QUILOTÓRAX COMO COMPLICAÇÃO TARDIA EM CONTEXTO PÓS CIRURGIA TORÁCICA

A.P. Trindade, M. Marçal, A. Nawojowska, D. Cabral, C. Rodrigues, S. Mendes, F. Félix

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: Procedimentos cirúrgicos na área do ducto torácico são responsáveis pela maioria dos casos de quilotórax traumático, por disrupção do ducto ou vasos tributários. Geralmente manifestam-se com o início da dieta entérica no pós-operatório, havendo casos reportados de aparecimento até 10 dias depois. Os autores apresentam um caso de quilotórax que se manifestou 15 dias após a cirurgia, controlado com a realização de linfangiografia.

Caso clínico: Um homem de 55 anos, fumador 90 UMA, faz uma TC que revelou nódulo 18 mm no lobo inferior direito (LID). A PET mostrou lesão sólida com nodularidade superior 10 × 14 mm com SUV 3, adjacente a lesão poliquística com banda lesional periférica sólida, de SUV 9. A biópsia transtorácica revelou adenocarcinoma, e após EBUS negativo, o doente foi submetido a lobectomia

inferior direita com esvaziamento ganglionar, e a ressecção em cunha de bolhas do lobo superior direito. Catorze dias depois, em drenagem torácica mantida por fuga aérea prolongada, nota-se aparecimento de líquido pleural de aspeto leitoso, na ausência de achados clínico-laboratoriais sugestivos de infeção. A bioquímica revelou um exsudado com níveis de colesterol elevados, compatível com quilotórax; os exames culturais foram negativos. Iniciou dieta zero, e posteriormente octreótido e nutrição parentérica total, conseguindo-se débito na ordem dos 200 mL/24h com a otimização terapêutica, com recrudescência de maior volume com a retoma da dieta oral. Por picos febris aos 27 dias de pós-operatório, realizaram-se hemoculturas e cultura de líquido pleural com isolamento de *Staphylococcus aureus* e *Klebsiella pneumoniae* respetivamente, tratadas com antibioterapia. Posteriormente, o doente manteve débito quiloso elevado, pelo que realizou linfangiografia com injeção do agente de contraste lipiodol. Tornaram-se evidentes pequenos focos de extravasamento sem indicação para embolização, controlados apenas com a administração do lipiodol. Removeu o dreno na semana seguinte, 48 dias após cirurgia, com alta no dia a seguir.

Discussão: Os autores destacam a apresentação particularmente tardia em contexto pós-cirúrgico e a sua resolução após a realização de linfangiografia, obviando a necessidade de intervenção.

P070. DUPLA RARIDADE NO ADENOCARCINOMA PULMONAR: EFICÁCIA DO AFATINIB EM MUTAÇÕES RARAS

A.P. Trindade, F. Ferro, A.S. Vilariça, D. Hamucrai, P. Alves

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: O afatinib é um inibidor tirosina cinase (TKI) com atividade demonstrada contra mutações raras do epidermal growth factor receptor (EGFR) no cancro do pulmão não de pequenas células (CPNPC). Os autores apresentam um caso de adenocarcinoma plurimetastizado e duas mutações raras, com resposta significativa sob afatinib.

Caso clínico: Sexo masculino, 57 anos, fumador ativo 60 UMA. Iniciou queixas intermitentes de toracalgia esquerda no verão de 2020, com aparecimento posterior de dispneia, cansaço e perda de peso de agravamento progressivos. No serviço de urgência em março/2021 fez uma TC tórax que mostrou lesão neoformativa 48 mm no segmento ápico-posterior do lobo superior esquerdo (LSE), com contacto com a pleura mediastínica ao nível da crossa da aorta, obliteração dos ramos segmentares do brônquio lobar e áreas difusas de espessamento pleural. Coexistiam nódulos pulmonares sólidos bilaterais, adenomegalias mediastínicas, lâmina de derrame pleural esquerdo e espessamento nodular da glândula suprarrenal esquerda. Fez biópsias transbrônquicas que mostraram infiltração por carcinoma não de pequenas células, CK7+ TTF-1 + p40 -, favorecendo adenocarcinoma, com PD-L1 10%. O estudo mutacional revelou mutações no codão G179A/C/S do exão 19 e S768I do exão 20 do gene EGFR. Uma TC feita 1 mês depois mostrou de novo volumosa cavitação 84 × 49 × 140 mm a envolver o LSE e língua, de parede espessada e conteúdo líquido e gasoso. Salientavam-se ainda aspetos sugestivos de infiltração linfagítica; invasão dos 4º e 5º arcos costais homolaterais e carcinomatose peritoneal. Admitiu-se progressão da doença, estágio IVa (T4N2M1b). Com status performance 2 condicionado pela dor, iniciou afatinib 40 mg/dia em maio/21. Progressivamente, teve uma marcada melhoria da dor torácica, dispneia e astenia, ficando com status performance 1. A TC realizada aos 3 meses mostrou resposta parcial com redução significativa da cavitação pulmonar, da lesão neoformativa primária e dos aspetos metastáticos, que permaneceram estáveis em TCs subsequentes.

Discussão: Neste caso de adenocarcinoma pulmonar com duas mutações raras do gene EGFR, num doente fumador, o afatinib mostrou-se eficaz na redução da carga de doença e no controlo da

sintomatologia, permitindo melhorar o status performance, com poucos efeitos adversos.

P071. CATATRENIA - DIFFERENT TREATMENT FOR ALL OR NO TREATMENT AT ALL?

A.M. Gerardo, D. Cora, M. Pereira, C. Pereira, A.M. Silva, L. Almeida, R. Staats, P. Pinto, C. Bárbara

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: A catatrenia é uma condição rara, classificada dentro dos distúrbios respiratórios do sono, como sintoma isolado e variante do normal. O diagnóstico é feito por polissonografia (PSG), correspondendo à identificação de uma inspiração profunda, seguida de uma expiração com emissão de uma vocalização monótona e prolongada semelhante a um gemido, terminando com um microdespertar. Normalmente ocorre durante o sono REM e sem dessaturação. Associada a instabilidade ventilatória e elevados índices de microdespertares com consequente sonolência diurna excessiva (SDE) e fadiga. Coexiste com síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) em 34% dos casos, sendo o tratamento com CPAP é efetivo, mas com baixa adesão.

Casos clínicos: Caso 1: mulher, 21 anos com asma e desvio do septo nasal. Queixas de ressonar, gemidos durante o sono e cefaleias matinais. Score Epworth: 7/24. PSG I: RDI 9,4/h; 9 clusters de catatrenia durante o sono REM. Iniciou APAP, não aderiu à terapêutica. Caso 2: homem, 39 anos com fibrilhação auricular. Queixas de insónia inicial. Score Epworth: 1/24. PSG I: diminuição da eficiência do sono, insónia inicial e final e fragmentação de sono. RDI 3,6/h; 2 clusters de catatrenia durante o sono REM. Não foi proposto tratamento. Caso 3: mulher, 29 anos. Sem AP. Queixas de fadiga, SDE, com impacto laboral. Queixas de gemido noturno desde os 17 anos, condicionando problemas com o marido. Score Epworth: 13/24. PSG I: índice de microdespertares elevado (25,1/h); RDI 3,4/h; 11 clusters de catatrenia durante o sono REM e NREM. Iniciou APAP, com boa adesão, reportada remissão completa dos sintomas e do gemido.

Discussão: O padrão da PSG pode mimetizar síndrome de apneia central do sono, pelo que uma análise cuidada e recurso a áudio/vídeo é importante para o diagnóstico. Sem associação a consequências nefastas para a saúde, continua a ser uma causa significativa de preocupação para os doentes e para os seus coabitantes. O tratamento com CPAP têm-se mostrado eficaz quando a catatrenia está associada à SAOS, com melhoria sintomática e resolução do gemido. Contudo, a necessidade de tratamento não é clara quando não há associação a outros distúrbios do sono, sendo a adesão ao tratamento com CPAP baixa na ausência de sintomas. É necessário repensar a classificação da catatrenia, que doentes tratar e como tratar.

P072. SÍNDROME DE KLEINE-LEVIN - A PROPÓSITO DE UM CASO DE HIPERSÓNIA EPISÓDICA

A.M. Gerardo, M. Dias, R. Tojal, R. Pinheiro, F. Rodrigues

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: O síndrome de Kleine-Levin (SKL) está categorizado dentro dos distúrbios centrais de hipersonolência. Tem uma prevalência estimada de 1-5 casos/milhão e afeta mais frequentemente homens na 2ª década de vida. Caracteriza-se por episódios de hipersonolência episódica associados a alterações cognitivas e comportamentais sugestivas. O número de episódios é muito variável em número (1-10/ano) e em duração (média 10 dias). Etiologia desconhecida, havendo fatores precipitantes identificados: infeções, ingestão de álcool, privação de sono e stress extremo. O curso da doença é benigno, com remissão espontânea ao longo do tempo. Sem tratamento dirigido disponível.

Caso clínico: Homem, 21 anos, estudante. Episódios recorrentes com início aos 16 anos de períodos de sonolência excessiva (18 h/dia). Quando desperto, dificuldades na leitura, discurso infantilizado e vocabulário limitado. Com alteração da percepção do ambiente envolvente, distorção dos objetos e dos sons. Os familiares reportam apatia, ausência de motivação para as atividades normais, alterações dos hábitos alimentares e desinibição sexual. Sem achados positivos no exame físico, neurológico e do estado mental. No passado medicado com fluoxetina, ritalina, risperidona e lítio, sem melhoria. Estes episódios acontecem 2-3x/ano e duram entre 8-12 dias. Entre os episódios, com retorno ao estado habitual. Avaliação complementar diagnóstica sem alterações incluindo: avaliação analítica sanguínea e urinária; EEG, TC e RM cráneo-encefálica, análise do LCR. PSG nível I: arquitetura mantida, sem eventos respiratórios ou movimentos anormais. TLMS: 4 sextas, latência média 7 minutos, sem SOREMs. Diagnóstico SKL, mantendo vigilância sem tratamento farmacológico, com diminuição do número e duração dos episódios. A hipersônia episódica é a característica definidora do SKL. Sintomas adicionais incluem alterações cognitivas, apatia, hiperfagia e hipersexualidade. Entre episódios o estado habitual está mantido. O diagnóstico diferencial inclui patologias psiquiátricas, neurológicas e outros distúrbios do sono. Os episódios tendem a remeter ao longo do tempo.

Discussão: O tratamento da hipersonolência não está indicado na maioria dos casos, permitir o sono diminui a duração dos episódios. Em casos graves de hipersônia pode ser oferecida farmacoterapia, com resultados controversos.

P073. UNDER PRESSURE: UM CASO DE PNEUMOMEDIASTINO IATROGÉNICO

V. Maione, M. Bragança, A. Dias, M. Guia, P. Pinto, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte.

Introdução: O pneumomediastino é definido como a presença de uma quantidade anormal de ar no mediastino. A fuga de ar do espaço alveolar para o mediastino pode ocorrer espontaneamente (pneumomediastino primário) ou como consequência de traumatismos, procedimentos invasivos, cirurgias torácicas e ventilação mecânica invasiva e não invasiva (secundário ou iatrogénico). O pneumomediastino é considerado uma complicação rara da ventilação mecânica invasiva (VMI), com uma incidência estimada em cerca de 4% na ausência de ARDS.

Caso clínico: Mulher de 59 anos, não fumadora, com história de hipertensão arterial e infeção recente por SARS-CoV-2. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de toracalgia anterior difusa com agravamento à inspiração profunda e com a tosse, de aparecimento súbito na noite anterior. A destacar septoplastia nasal eletiva realizada sob anestesia geral há menos de 48 horas. À observação apresentava-se hemodinamicamente estável e eupneica com SpO₂ 99% sem aporte suplementar de oxigénio, verificando-se de relevante ao exame objetivo edema cervical com crepitação subcutânea à palpação. Sem alterações de relevo na avaliação analítica e eletrocardiográfica. Realizada AngioTC de tórax que revelou acentuado pneumomediastino e enfisema subcutâneo na parte superior do tórax e região cervical. Assumido diagnóstico de pneumomediastino iatrogénico no contexto de VMI, tendo a doente sido internada. Durante o internamento verificou-se diminuição progressiva do enfisema subcutâneo até ao seu desaparecimento. Em TC de tórax de reavaliação observaram-se milimétricas imagens gasosas no mediastino anterior com significativa diminuição de dimensões.

Discussão: O caso descrito refere-se a uma apresentação típica de uma complicação rara da VMI, mas que não deve ser desvalorizada apesar da sua manifestação frustrar pelas consequências potencialmente graves que pode acarretar. Geralmente o pneumomediastino secundário a barotrauma na VMI é auto-limitado e tipicamente re-

solve com a redução das pressões de ventilação ou com a cessação desta, não sendo necessários outros tratamentos.

P074. MÚLTIPLOS NÓDULOS PULMONARES... UM DESAFIO DE DIAGNÓSTICO

G. Santos, M. Lopes, I. Oliveira, D. Canário.

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: Os nódulos pulmonares múltiplos incluem um amplo espectro de diagnósticos sendo o mais comum a metastização pulmonar, presente em 80 a 90% dos casos, geralmente associado a mau prognóstico. Contudo outras etiologias, como inflamatórias ou infecciosas, devem ser sempre consideradas, especialmente quando sintomáticos.

Caso clínico: Mulher, 57 anos, fumadora (CT 61,5 UMA), autónoma. Foi pasteleira e trabalhadora na área da cortiça. História de gastrite crónica do antro, lesão exsudativa submandibular e DPOC. Vem à consulta por infeções de repetição e múltiplos nódulos pulmonares (> 20), de contornos regulares, sem calcificações, distribuição aleatória (de maior diâmetro 10 e 13,5 mm), sem adenopatias mediastínicas, e ainda enfisema pulmonar do tipo centrilobular e paraseptal grave nos lobos superiores, documentados em TC de tórax. Realizou PET-FDG18 com captação ligeira nas lesões (SUV máximo 2,6) e gânglios infracarinal, hilar direito e paratraqueal inferior esquerdo (1,7, 2,2 e 2,4 respetivamente). Foi submetida a Broncofibroscopia (BF), sem alterações endoscópicas ou isolamentos microbiológicos; e posteriormente a EBUS cuja citologia foi negativa para malignidade. Após discussão em reunião multidisciplinar realizou biópsia pulmonar transtorácica (BPTT) guiada por TC cujo resultado revelou lesão mesenquimatosa benigna, padrão lobulado, constituída por cartilagem com pequeno foco de células respiratórias, sem atipia. Admitiu-se o diagnóstico de condromas pulmonares. Exames de autoimunidade, ECA, imunoglobulinas e complemento sem alterações. Encontra-se em investigação para possível Triade de Carney, aguardando PET-DOTANOC para exclusão de paragangliomas e endoscopia digestiva alta para exclusão de GIST (*Gastrointestinal stromal tumors*).

Discussão: Com este caso pretendemos demonstrar a importância do diagnóstico nestes casos de nódulos múltiplos pulmonares, para além da metastização pulmonar, especialmente pelo seu valor prognóstico. Os condromas pulmonares são considerados lesões benignas, semelhantes a hamartomas, que apesar de se apresentarem como lesões múltiplas têm bom prognóstico. Quando associadas a Triade de Carney poderão condicionar a sobrevida pelas outras componentes da tríade, nomeadamente o GIST e os paragangliomas cujo tratamento é recomendado.

P075. PNEUMOCISTOSE NO DOENTE ONCOLÓGICO PULMONAR - RELATO DE CASO

J. Couto, A. Dias, P.G. Ferreira, M. Afonso, P. Santos, Y. Martins, M.A. Marques, C.R. Cordeiro

CHUC.

Introdução: A pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* (PCP) é uma infeção oportunista associada a estados de imunossupressão. No doente oncológico, nomeadamente naqueles sob terapêutica imunossupressora (doses elevadas de corticoterapia, agentes citotóxicos, ou outras), a presença de pneumonia sem resposta à antibioticoterapia instituída, deverá levantar a suspeita de PCP.

Caso clínico: Homem de 65 anos, ECOG 3, com diagnóstico de carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC), estadio IV (metastização cerebral, pulmonar ipsilateral e hepática), sob imunoterapia com atezolizumab e administração recente de corticoterapia sistémica por metástases cerebrais com edema vasogénico, foi internado por dispneia, insuficiência respiratória tipo I e infil-

trado intersticial reticular de novo em radiografia do tórax, assumindo-se o diagnóstico de pneumonia no imunodeprimido. Verificou-se agravamento progressivo da insuficiência respiratória, sem melhoria analítica ou imagiológica com a antibioterapia instituída. Nesse contexto, realizou TC torácica que demonstrou alterações bilaterais de hiperatenuação em vidro despolido com espessamento septal, configurando padrão em *crazy paving*. Colocadas as hipóteses diagnósticas de pneumonite a atezolizumab e infecção oportunista. Realizada broncofibroscopia com colheita de lavado broncoalveolar (LBA) cujo estudo não revelou alterações sugestivas de pneumonite, mas observados oocistos na imunofluorescência indireta, confirmando o diagnóstico de PCP. Apresentou melhoria sustentada após início de sulfametoxazol-trimetoprim (SMX-TMP) em dose ajustada, durante 21 dias e terapêutica adjuvante endovenosa com metilprednisolona. Destacam-se como intercorrências pancitopenia transitória por toxicidade medular ao SMX-TMP e pneumonia nosocomial para a qual realizou piperacilina-tazobactam e vancomicina. Manteve melhoria clínica, analítica e imagiológica até à data de alta.

Discussão: A presença de fatores de risco para infecções oportunistas, tais como neoplasias sob terapêutica imunossupressora e/ou imunomoduladora obriga à necessidade de equacionar a hipótese de PCP perante a ausência de resposta à antibioterapia no tratamento de pneumonia. Esta associa-se a elevada morbimortalidade e deverá obrigar a um alto nível de suspeição, devendo ser ponderada a profilaxia aquando da instituição de terapêuticas imunossupressoras.

P076. BARRIERS AND CONTRIBUTORS TO SMOKING CESSATION

C. Barata, R. Rosa, A.L. Silva, E. Brysh, C. Matos, F. Nogueira.

Hospital Egas Moniz, CHLO.

Introduction: Smoking has a major impact on health worldwide, and we are now moving towards greater awareness of the consequences of tobacco and its impact on people's lives. However, there are still many factors that make smoking cessation difficult.

Objectives: To identify the barriers and contributors to smoking cessation in patients with respiratory diseases.

Methods: A cross-sectional study was performed on patients followed in respiratory outpatient clinic at our Hospital. Data were collected through a questionnaire given to patients, and descriptive analysis was conducted.

Results: 75 patients participated in the study (45% female, mean age 69 years). Main respiratory diseases were chronic obstructive pulmonary disease, lung cancer, obstructive sleep apnea syndrome, asthma and bronchiectasis. Most patients were ex-smokers (58%, n = 44). Among active smokers (n = 31, 41% female, mean age 65 years), the majority (61%, n = 19) had made at least one previous attempt to quit smoking and seven (22%) were current users of heated tobacco. The main difficulties reported were: difficult access to professional support (80%), expensive smoking cessation medication (64%), anxiety (58%), current social/family problems (35%), and lack of knowledge about medicines and smoking cessation programs (22%). The ease of access to tobacco and the advent of new tobacco substitutes and lack of knowledge about their harm were also an influencing factor in the failure of smoking cessation in these patients. The main contributors to successful smoking cessation were access to professional help and smoking cessation programs, the use of medication, and family support.

Conclusions: In this study, the difficulty in accessing smoking cessation programs and the expensive medication were the main barriers to smoking cessation. It is also important to highlight the trend of tobacco substitutes, which are wrongly presented as a good alternative to conventional smoking, with little information on their effects on the population. On the other hand, support from dedi-

cated professionals and family are the most important factors for success in smoking cessation.

P077. TRAQUEOBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA: UMA ENTIDADE A NÃO ESQUECER

A.R. Afonso, R.Q. Rodrigues, S. Pipa, L. Nascimento, A.I. Loureiro

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

Introdução: A traqueobroncopatia osteocondroplástica (TO) é um distúrbio benigno raro da árvore traqueobrônquica. Caracteriza-se pela acumulação de nódulos submucosos ósseos e cartilagueos que se projetam no lúmen da parede anterolateral da traqueia e brônquios principais, podendo causar estenose ou obstrução. Acredita-se que a sua incidência esteja subestimada, já que grande parte é assintomática ou apresenta sintomas respiratórios inespecíficos, dificultando o diagnóstico. É considerada uma condição idiopática, com etiologia e patogénese pouco esclarecidas. A presença de alterações endoscópicas típicas é geralmente suficiente para estabelecer o diagnóstico.

Caso clínico: Senhora de 70 anos, não fumadora, antecedentes de hipertensão arterial e asma controlada com associação inalatória de corticoide e beta-agonista de longa ação, sem história de exacerbações ou intercorrências infecciosas. Apresentação clínica com cerca de 2 anos de evolução de dispneia de esforço. Exame objetivo e estudo funcional respiratório dentro da normalidade. Dada a presença de alterações sugestivas de bronquiectasias na radiografia torácica, foi solicitada TC de alta resolução que, para além de alterações fibroticointersticiais e bronquiectasias subpleurais de predomínio nos lobos inferiores, permitiu observar irregularidade do lúmen traqueal com calcificações na árvore traqueobrônquica. Realizou broncofibroscopia com visualização de traqueia em sabre com protuberâncias cartilagueas exuberantes dispersas, de predomínio no terço distal da traqueia, condicionando estenose de ~30% do lúmen, poupando a parede posterior e estendendo-se à extremidade distal dos brônquios principais. Foram realizadas biópsias brônquicas que mostraram apenas retallo superficial da mucosa brônquica, traduzindo a dificuldade na obtenção da confirmação histológica. A doente mantém-se em vigilância com tratamento conservador dada a sintomatologia ligeira.

Discussão: As manifestações da TO são variáveis e a falta de especificidade clínica torna este um achado frequentemente incidental e subdiagnosticado. Embora a maioria possa ser gerida conservadoramente, em pacientes com obstrução da via aérea ou sintomas debilitantes pode ser necessário recorrer a tratamento endoscópico. O prognóstico depende da localização e extensão dos nódulos, sendo geralmente favorável.

P078. RECORRÊNCIA DE TIMOMA NA PLEURA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

S. Pipa, R.Q. Rodrigues, M.M. Cruz, A.R. Afonso, L. Ribeiro, T. Gomes, A.I. Loureiro

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. /Hospital de Vila Real.

Introdução: As neoplasias do timo são raras, correspondendo a cerca de 0,2-1,5% de todas as neoplasias. O timoma é uma neoplasia epitelial primária do timo, geralmente localizada no mediastino anterior. Pode apresentar invasão local, contudo é raro o envolvimento extratorácico e linfático regional. A resseção completa é o melhor preditor de prognóstico. Pode associar-se a síndromes para-neoplásicas como miastenia gravis em 30-50% dos casos, sendo também frequentes aplasia eritroide pura e hipogamaglobulinemia. A recorrência pode acontecer em 10-30% dos casos, após um período médio de 60 a 80 meses, sendo mais comum em estádios mais avançados.

Caso clínico: Género masculino, 78 anos, não fumador. Internamento no serviço de Hematologia em 2012 para estudo de aplasia eritroide pura associada a hipogamaglobulinemia IgG, tendo realizado TC torácica que identificou massa mediastínica anterior suspeita de teratoma/linfoma. Realizou biópsia transtorácica que foi compatível com timoma tipo B2 (classificação histológica da OMS). Foi orientado para Pneumologia e posteriormente para Neurologia por sintomas de miastenia gravis. Realizou timectomia (resseção R1), mostrando tratar-se de um timoma estadio III do sistema de Masaoka. Fez radioterapia pós-operatória e apresentou resolução da anemia e dos sintomas neurológicos. Manteve vigilância clínica e imagiológica em consulta de Pneumologia e Neurologia. Quatro anos depois, recorrência dos sintomas neurológicos, embora sem evidência de recidiva tumoral. Em janeiro de 2022 surgiu derrame pleural direito de novo. Realizou pleuroscopia com identificação de implantes nas pleuras parietal e visceral, submetidos a biópsia que confirmou envolvimento pleural por timoma (tipo B3).

Discussão: O risco de recorrência do timoma está intimamente relacionado com o estadio inicial da doença e sucesso terapêutico, sendo mais elevado nos estadios III e IV. Neste caso a recorrência ocorreu 10 anos após a resseção cirúrgica, reforçando a necessidade de manutenção de um seguimento prolongado destes doentes para além dos 10 anos. A associação entre recorrência das síndromes paraneoplásicas e recidiva tumoral não está estabelecida.

P079. SARCOIDOSE... UM DESAFIO DIAGNÓSTICO COM IMPACTO NO PROGNÓSTICO

J.C. Silva, G.F. Santos, I.F. Estalagem, P.G. Pedro, J.H. Soares

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A sarcoidose (SC) é uma doença granulomatosa multisistémica, idiopática, com envolvimento mediastínico e pulmonar em 90% dos casos. É caracterizada pela presença de granulomas não caseosos, contudo estes não são patognomónicos. A SC é considerada um diagnóstico de exclusão pelo que a elevada suspeita clínica é determinante.

Caso clínico: Homem, melanodérmico, 42 anos, não fumador, autônomo, natural de Cabo Verde. É carpinteiro, sem contacto com amianto/berílio. Iniciou seguimento em C. Pneumologia por cansaço (mMRC 1-2), astenia, anorexia, perda ponderal e recentemente tosse e febre. Na radiografia de tórax (RT) observaram-se condensações heterogêneas bilaterais nos lobos superiores (LS), sem cavitação, e alargamento hilar e na TC torax “consolidação com broncograma aéreo nos LS, densificações em vidro despolido, micronódulos e pequenos nódulos dispersos”. Realizou broncofibroscopia (BF) com LBA com isolamento de *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Stentrophomona maltophilia*, exame direto com raros bacilos, ex. cultural de *Micobacterium tuberculosis* e não tuberc. foi negativo. Cumpriu 14 dias de ciprofloxacina, sem melhoria clínica. 2 meses depois refere cansaço agravado (mMRC 3), incapacitante para o trabalho, sudorese noturna, sem febre e expectoração. Analiticamente destacou-se Ca²⁺ 10,1, ECA73, autoimunidade, função renal e PCR sem alterações. Na RT verificou-se agravamento das condensações bilaterais atingindo os 2/3 superiores. Realizou nova BF, sem isolamentos, e da imunofenotipagem destacou-se relação CD4/CD8 2,26. Efetuou BATT guiada por TC que revelou “granulomatose não necrotizante pulmonar com pequenos granulomas coalescentes peri-brônquicos e perivascularres”. Admitiu-se SC pulmonar tipo II tendo iniciado prednisolona oral 40 mg. Após 4 semanas de tratamento observou-se melhoria clínica e imagiológica.

Discussão: A SC apresenta geralmente um curso indolente, contudo nos indivíduos de raça negra a doença tende a demonstrar maior gravidade e rápida evolução. Os doentes são clinicamente mais sintomáticos podendo culminar num quadro de insuficiência respiratória grave e morte, na ausência do correto diagnóstico. A institui-

ção do tratamento adequado permite uma melhoria franca do quadro, tal como se verificou neste caso, evitando hospitalizações desnecessárias e eventual toxicidade farmacológica.

P080. SARCOIDOSE ALVEOLAR - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

C. Custódio, I. Marques, A. Sanches, C. Nogueira, S. Neves, S. Campinha

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multisistémica, de apresentação variável, com atingimento pulmonar em cerca de 90% dos casos. A sarcoidose alveolar é uma manifestação pulmonar atípica, representando um desafio diagnóstico, exemplificado pelos seguintes casos clínicos.

Casos clínicos: Caso clínico 1. Mulher, 56 anos, não fumadora, sem exposições de relevo. História de hipertensão arterial e síndrome depressiva. Desde 2020, queixas de tosse não produtiva, dispneia mMRC 1, fadiga e perda ponderal. Ao exame objetivo apresentava-se euféica, com baqueteamento digital e crepitações audíveis na base direita. A TAC de tórax revelou adenomegalias mediastino-hilares, reticulação subpleural, espessamento de septos interlobulares, bronquiectasias de tração, atenuação em vidro despolido e aspetos sugestivos de fibroelastose pleuroparenquimatosa. Do estudo analítico, elevação da IgM, ANA 1/160 e ECA elevada (100 U/L). Funcionalmente, FVC de 2,10 L (76%) e DLCO de 54,8%. Efetuou BR com LBA e criobiópsia transbrônquica que evidenciaram alveolite linfocítica e granulomas epitelióides não necrotizantes. Caso clínico 2. Mulher, 50 anos, não fumadora, corticeira, com história de hipertensão arterial. Diagnóstico de sarcoidose estadio I, em 2010, sem necessidade de terapêutica. Em dezembro de 2020, por agravamento das queixas de dispneia, repetiu TC de tórax que revelou múltiplas adenomegalias mediastino-hilares, estáveis e densificações bilaterais em vidro despolido de predomínio central nos lobos superiores e médio, de novo. Objetivamente sem alterações. Repetiu estudo imunológico, que evidenciou, ANA 1/640 e anti-MDA5 duvidoso. Posteriormente, realizada criobiópsia transbrônquica que revelou espessamento alveolar com fibrose, infiltrado inflamatório linfocitário e granulomas não necrotizantes. Os casos foram discutidos em reunião multidisciplinar, tendo sido assumido o diagnóstico de sarcoidose alveolar e iniciada corticoterapia oral.

Discussão: Estes casos clínicos demonstram a importância de existir uma equipa multidisciplinar capaz de enquadrar as características clínicas, imagiológicas e histopatológicas no diagnóstico diferencial de sarcoidose, principalmente na presença de apresentações atípicas.

P081. ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA, A PROPÓSITO DE QUATRO CASOS CLÍNICOS

M. Araújo, J. Lourenço, S. Dias, B. Cabrita, A.L. Fernandes, A.P. Vaz, I. Neves, J. Amado, P. Simão, B. Seabra

Hospital Pedro Hispano.

Introdução: A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) continua a ser um desafio. Os critérios de diagnóstico e tratamento apropriados permanecem em discussão. Apresentam-se 4 casos clínicos com critérios de ABPA de acordo com a “International Society for Human & Animal Mycology”.

Casos clínicos: Caso clínico 1: homem, 64 anos, asma e ABPA com 24 anos de evolução. À data de diagnóstico com bronquiectasias cilíndricas de predomínio central. Nos primeiros anos de doença evolução com múltiplas exacerbações a carecer de corticoterapia sistémica para estabilização clínica. Iniciada terapêutica com itraconazol com melhoria clínica a permitir desmame de corticoide, analítica (eosinófilos 100/uL; IgE 936 UI/mL, máximo = 166 UI/mL)

e imagiológica. Caso clínico 2: mulher, 74 anos, asma e ABPA com 7 anos de evolução, com bronquiectasias císticas, centrais unilaterais. Múltiplas exacerbações com necessidade de corticoterapia e, posteriormente, itraconazol. Evolução complicada com colonização por *Pseudomonas aeruginosa* - iniciada reabilitação respiratória, azitromicina e nebulizações de soro hipertônico. Evolução clínica e imagiológica complicada por atelectasia e perda de volume no lobo inferior esquerdo. Caso clínico 3: mulher, 62 anos, asma e ABPA há 7 anos. À data de diagnóstico com bronquiectasias varicosas no lobo superior direito e atelectasias subsegmentares bibasais. Cumpriu ciclo único de corticoide durante 6 meses com boa resposta clínica. Encontra-se há 6 anos sem corticoterapia apresentando estabilidade clínica, analítica (IgE 60 UI/mL, sem eosinofilia) e imagiológica. Caso clínico 4: homem, 77 anos, asma e ABPA com 5 anos de evolução, com bronquiectasias centrais. Várias exacerbações tratadas com corticoterapia, última há 2 anos tendo iniciado itraconazol que foi suspenso pelo desenvolvimento de insuficiência cardíaca. Atualmente em desmame lento de corticoide, apresentando estabilidade clínica, analítica (IgE 541; eosinofilia 700 /uL máximo = 1.400/uL) e imagiológica.

Discussão: A evolução clínica da ABPA pode variar desde doença ligeira a fatal. O tratamento atempado é essencial para controlo de exacerbações e limitar progressão da doença. O atraso na identificação desta patologia pode ter como consequências a evolução de bronquiectasias, fibrose pulmonar e perda de função pulmonar.

P082. A GRANDE IMITADORA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UMA LESÃO ESPICULADA

R. Enriquez, F. Neri, I. Gonçalves, T. Lopes, F. Todo Bom

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença prevenível e tratável que atinge todas as faixas etárias, com incidência < 20/100.000 pessoas em Portugal. Pode mimetizar diversas patologias, sendo necessário elevado nível de suspeição clínica para o diagnóstico precoce.

Caso clínico: Homem de 92 anos, autónomo (PS 0), natural de Loures. Ex-fumador há 45 anos (30 UMA). História de DPOC Gold 3B com insuficiência respiratória crónica sob OLD, também pulmonar tratada aos 18 anos e dislipidémia. Sem exposições ou viagens. Internado em Fevereiro de 2021 por dispneia de agravamento progressivo e perda ponderal não quantificada com um mês de evolução. Analiticamente proteína C reativa 10,6 mg/dL, HIV negativo. A TC do tórax revelou consolidação espiculada e micronódulo cavitado de 9 mm no lobo inferior esquerdo (LIE) e múltiplas densificações micro-nodulares bilaterais. Colocada hipótese diagnóstica de traqueobronquite aguda e provável neoplasia do pulmão. O exame bacteriológico da expectoração foi negativo em duas amostras. Realizou broncofibroscopia (BFO) com lavado broncoalveolar (LBA) e colheita de secreções brônquicas (SB) cujos exames direto e cultural micro- e bacteriológico, micológico, citopatológico e PCR de *M. tuberculosis* (Mt) foram negativos. Teve alta melhorado após antibioterapia, encaminhado a consulta de Pneumologia. Por deterioração clínica e gasométrica progressivas foi reinternado em Maio de 2021. Repetiu TC do tórax, com achados sobreponíveis, e realizou biópsia transtorácica da lesão do LIE cuja citologia revelou granulomas com necrose central e células gigantes multinucleadas, sem atipia celular e pesquisa BAAR negativa. Repetiu BFO com colheita de SB e LBA, com estudo negativo. O exame cultural das expectorações colhidas após BFO foi positivo para Mt ao 8º dia de incubação, multissensível no TSA, confirmando TB pulmonar. O doente cumpriu 6 meses de terapêutica antibacilar (HRZE) sem intercorrências e com melhoria clínica, a aguardar reavaliação imagiológica.

Discussão: Salienta-se este caso pelo modo como a TB pode mimetizar facilmente outra doença como a neoplasia pulmonar e pela

sua dificuldade diagnóstica, reforçando a importância de investigação mesmo no doente idoso, sendo uma causa tratável e de bom prognóstico. Destaca-se ainda a excelente tolerância a antibióticos num doente com mais de 90 anos.

P083. NEM TUDO O QUE CAPTA É CANCRO - CAUSA INCOMUM DE NÓDULOS PULMONARES

J. Couto, A. Dias, P.G. Ferreira, M. Afonso, P.S. Santos, Y. Martins, M.A. Marques, C.R. Cordeiro

CHUC.

Introdução: Na investigação de nódulos pulmonares a 18F-FDG PET-CT é um instrumento útil na sua caracterização. A amiloidose pulmonar nodular está associada a patologias hematológicas como gamapatia monoclonal de significado indeterminado (MGUS) e mieloma múltiplo, podendo associar-se a lesões hipermetabólicas em PET-CT que obrigam ao diagnóstico diferencial com lesões malignas do pulmão.

Caso clínico: Mulher, 87 anos, autónoma, antecedentes de MGUS e lesões nodulares pulmonares, sem antecedentes tabágicos ou exposicionais, seguida em consulta por nódulos pulmonares. Nódulos estáveis durante *follow-up* de 20 meses, inicialmente não abordados histologicamente por recusa da doente. Em dezembro de 2021, realizou TC torácica que identificou um nódulo no lobo inferior direito (28 × 13 mm) e massa justa-hilar esquerda (49 × 42 mm), ambos com sinais de calcificação. Complementou estudo com PET-CT que mostrou hipercaptação em ambas as lesões (SUVmax: 5,6-8,4). Foi internada para realização de biópsia transtorácica da massa justa-hilar esquerda, cujo estudo anatomopatológico destacou ausência de células neoplásicas, presença de matriz hialina com infiltrado linfocítico e duas células gigantes multinucleadas. Estudo serológico imuno-histoquímico e imunofixação sérica confirmaram discrasia plasmocitária monoclonal IgG λ , aumento do ratio κ/λ , proteinúria (0,6 g/dL) e aumento do ratio κ/λ na urina. Neste contexto, foi colocada a hipótese de amiloidose pulmonar nodular e solicitada marcação histoquímica com Vermelho do Congo da peça de biópsia. Observada birrefringência verde na microscopia polarizada, confirmando o diagnóstico declínico paralela de insuficiência cardíaca realizou ecocardiograma transtorácico (ETT) que mostrou sinais sugestivos de miocardiopatia infiltrativa.

Discussão: Este caso realça a importância de se equacionarem outras possibilidades etiológicas para nódulos pulmonares hipercaptantes na PET-CT, nomeadamente na presença de comportamento temporalmente estável. Há evidência na literatura relativamente ao possível comportamento hipermetabólico de lesões nodulares amiloidóticas, sendo a presença de patologia hematológica, com discrasia plasmocitária um contexto relativamente frequente. Neste caso em particular, as características e enquadramento clínico remeterão para provável amiloidose AL, que se procurará confirmar.

P084. UM ESTRANHO CASO DE TUBERCULOSE PLEURAL COM IGRA (INTERFERON-GAMMA RELEASE ASSAY) NEGATIVO

R. Silva, J.M. Simões, M. Freixa, G. Silva

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E - Hospital Pulido Valente.

Introdução: A tuberculose pleural (TP) é a 2ª causa mais comum de tuberculose extrapulmonar e habitualmente resulta de reativação de tuberculose prévia. O IGRA avalia a resposta imunomediada à exposição a *Mycobacterium tuberculosis* e tem elevada especificidade.

Caso clínico: Mulher de 92 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e cardiopatia isquémica, recorreu ao serviço de urgência por dispneia. Apresentava hipoxémia, parâmetros inflamatórios

normais e a telerradiografia de tórax revelou derrame pleural bilateral. Foi internada por insuficiência cardíaca e iniciou diurético endovenoso. No 3º dia de internamento objetivou-se febre (temperatura - 39 °C) tendo cumprido 7 dias de ceftriaxona por suspeita de infecção respiratória. Por persistência de febre e derrame pleural à direita, associado a adenopatias mediastínicas, documentados por TC de tórax, realizou-se toracocentese e punção aspirativa trans-brônquica de gânglio por broncofibroscopia. Na toracocentese drenou-se 1.350 cc de líquido serohemático, com características de exsudado, pH 7,40, glucose 90 mg/dL. O exame citológico revelou ADA elevado (55,3 U/L) e linfocitose 72%. O exame citológico foi negativo para células neoplásicas. O exame cultural bacteriológico e o exame direto micobacteriológico do líquido pleural foram negativos, bem como os exames bacteriológico e micobacteriológico do lavado broncoalveolar. Não foram identificados granulomas ou células neoplásicas na anatomia patológica do gânglio. As hemoculturas foram negativas, a TC abdomino-pélvica excluiu lesões suspeitas e foi excluída infecção por VIH. Também o IGRA foi negativo. Por estabilidade clínica, a doente teve alta clínica. Em consulta de reavaliação verificou-se a identificação de *Mycobacterium tuberculosis* no exame cultural micobacteriológico do líquido pleural e a doente foi encaminhada para o Centro de Diagnóstico Pneumológico.

Discussão: A linfocitose e ADA elevado levantaram suspeita para TP. No entanto, o IGRA foi negativo. Isto pode acontecer perante amostra obtida antes do desenvolvimento da resposta imunológica, em idade avançada, e imunossupressão. A presença de IGRA negativo num caso de tuberculose pleural consiste num achado atípico pois a sensibilidade deste método diagnóstico é de 63-93% em doentes com tuberculose ativa com especificidade > 95%.

P085. DESAFIO DIAGNÓSTICO - EFEITOS SECUNDÁRIOS DA IMUNOTERAPIA

M. Conde, C. Parra, T. Gomes, A. Vale, A. Loureiro

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

Introdução: Os inibidores de pontos de controlo imunes mudaram o paradigma do tratamento oncológico. Podem ter, no entanto, como efeitos secundários, complicações autoimunes que podem ocorrer em qualquer órgão, com potencial gravidade.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 69 anos, autónomo. Antecedentes de DPOC e carcinoma epidermoide do pulmão estadio IIIB, PD-L1 negativo, diagnóstico em janeiro 2018; proposta quimioterapia em 1ª linha. Verificou-se progressão endobrônquica após 3 ciclos, tendo sido proposto nivolumab, com resposta parcial às 16 semanas. Em agosto de 2018 inicia quadro com 1 semana de evolução de dor abdominal em cólica, polidipsia, poliúria, arrepios, sudorese noturna e sintomas constitucionais. Estudo analítico com lesão renal aguda e parâmetros inflamatórios aumentados, bem como sumário de urina ativo. Assumida desidratação e infeção do trato urinário apesar de urocultura estéril, com evolução favorável à fluioterapia e antibioterapia. Posteriormente, doente com 4 novas readmissões hospitalares por quadros semelhantes, com agravamento da função renal, sumários de urina ativos e mal-estar geral. Foram assumidas infeções urinárias nosocomiais, com um isolamento no segundo internamento de *E. coli* multissensível. A hipótese de toxicidade possível à imunoterapia esteve sempre presente, com avaliações por Nefrologia nos diferentes episódios. No quinto episódio de internamento foi iniciada prednisolona 1 mg/kg/dia, tendo sido assumida nefrite intersticial secundária ao nivolumab, com normalização da função renal, sem novos episódios de agravamento. Desde então sem evidência de recidiva da doença oncológica em quase 4 anos de *follow-up*.

Discussão: Os efeitos adversos imunológicos no rim podem causar glomerulonefrite auto-imune, bem como lesões tubulointersticiais. Na literatura, a nefrite imunológica geralmente responde bem ao

tratamento sistémico com corticosteróides. Embora inicialmente considerada rara, as taxas de incidência de toxicidade renal podem ser mais elevadas (9,9-29%). O diagnóstico pode ser um desafio multidisciplinar. Este caso clínico mostra, para além dos efeitos adversos graves, o papel da imunoterapia no controlo da doença oncológica pulmonar permitindo sobrevida livre de doença com qualidade de vida.

P086. PLASMA CONVALESCENTE NO IMUNODEPRIMIDO COM COVID-19 - RESPOSTA EM DUAS DOENTES SOB RITUXIMAB

M. Araújo, J. Lourenço, S. Dias, B. Cabrita, A.L. Fernandes, A.P. Vaz, I. Neves, J. Amado, P. Simão, B. Seabra

Hospital Pedro Hispano.

Introdução: O papel do plasma convalescente na COVID-19 tem sido alvo de discussão. Embora não pareça haver vantagem na utilização generalizada, alguns dados sugerem haver benefício nos doentes imunocomprometidos evitando a forma crónica da doença. Descrevem-se dois casos clínicos de doentes imunodeprimidas com pneumonia COVID-19 que foram tratadas com plasma convalescente.

Casos clínicos: Caso clínico 1: mulher, 39 anos, com lúpus sob rituximab (última toma no mês anterior), leflunomida e hidroxiquina, admitida por pneumonia COVID-19 extensa e dispneia em agravamento. Durante o internamento cumpriu corticoterapia, com várias intercorrências infecciosas que apesar de tratadas cursaram com persistência de insuficiência respiratória e agravamento imagiológico. Após estudo complementar exaustivo, foi verificada a persistência de PCR de SARS-CoV-2 positiva, anticorpos negativos e confirmada a infeção persistente com cultural de SARS-CoV-2. Decidido tratamento com plasma convalescente durante 4 dias com melhoria clínica e radiológica progressiva. Não se verificaram efeitos adversos da terapêutica com plasma. Caso clínico 2: mulher, 67 anos, com linfoma folicular sob rituximab (última toma há 8 meses). Admitida por COVID-19 com febre persistente e tosse não produtiva e TC com vidro despolido bilateral. Iniciada dexametasona mantendo evolução desfavorável com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Reavaliação imagiológica a demonstrar aumento das áreas de vidro despolido e áreas de consolidação de novo. Sem isolamento de outros agentes microbiológicos, realizou antibioterapia empírica e tratamento presuntivo de pneumocistose. Após estudo complementar exaustivo, mantinha PCR de SARS-CoV-2 positiva, anticorpos negativos e foi confirmada infeção persistente por exame cultural. Decidido tratamento com plasma convalescente durante 2 dias com melhoria clínica e radiológica progressiva. Não se verificaram efeitos adversos da terapêutica com plasma.

Discussão: A imunossupressão associa-se a pior prognóstico e resolução mais lenta da Pneumonia COVID-19. O plasma convalescente mostrou benefício nos dois casos descritos, de infeção persistente COVID-19, em doentes imunodeprimidas por rituximab à semelhança dos casos publicados. A dose adequada ainda é desconhecida, nos ensaios têm-se utilizado entre 1-2 unidades.

P087. UMA CAUSA HISTÓRICA COMO INDICAÇÃO PARA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

R.B. Pinheiro, I.F. Pedro, M. Pereira, C. Pereira, R. Macedo, P. Pinto, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A ventilação não invasiva (VNI) caracteriza-se pelo fornecimento de pressão positiva através de uma interface não invasiva e em 1980 tornou-se o tratamento de eleição para a insuficiência respiratória crónica. A VNI permitiu a redução marcada da ventilação por traqueostomia, com melhoria da sobrevida e qualidade de vida nos distúrbios torácicos obstrutivos e restritivos. A tuberculose

acompanha a história da humanidade, a descoberta do seu tratamento teve um profundo impacto na sociedade. O tratamento por colapsoterapia, especialmente toracoplastia, teve um papel importante na abordagem da tuberculose pulmonar antes do desenvolvimento dos antibacilares. A toracoplastia é um procedimento que envolve a deformação da caixa torácica, estando habitualmente associada ao desenvolvimento de restrição pulmonar e por vezes obstrução grave. A insuficiência respiratória crónica após toracoplastia é relativamente comum, estando associada a aumento da mortalidade. A VNI em doentes com deformação da caixa torácica está associada ao alívio dos sintomas de hipoventilação, melhoria da qualidade de vida e aumento da sobrevida.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, 83 anos de idade, não fumador. Com antecedentes de tuberculose pulmonar submetido a cirurgia em 1962 com colapsoterapia com bolas de lucite. Cerca de 55 anos depois da intervenção, verificou-se migração para a parede torácica das bolas de lucite e fistula pleuro-cutânea, tendo sido submetido a toracoplastia de 7 arcos costais e 1/3 inferior da omoplata homolateral, com remoção de 21 bolas de lucite e drenagem da fistula pleuro-cutânea. Em avaliação subsequente com alteração ventilatória restritiva e insuficiência respiratória global, tendo iniciado VNI com boa adaptação e melhoria clínica progressiva. Ao longo dos anos a VNI tem demonstrado ter impacto positivo na abordagem da doença restritiva torácica, com bons resultados observados nas doenças da parede torácica.

Discussão: A toracoplastia como abordagem da tuberculose com consequente deformação da caixa torácica, é uma causa de restrição pulmonar que faz parte da história da medicina e é cada vez menos encontrada. Atendendo aos avanços no tratamento da tuberculose, trata-se de uma complicação que as novas gerações de médicos não vão poder presenciar.

P088. REATIVAÇÃO DE CMV E TUBERCULOSE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

F. Canedo, I. Duarte, C. Antunes, A. Miguel

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital Santa Marta.

Introdução: Os estados de imunossupressão, iatrogénicos ou secundários a patologia, constituem um fator de risco para a reativação de infeções latentes. A reativação do Citomegalovírus (CMV) associa-se a complicações multiorgânicas potencialmente fatais. Nos casos de infeção concomitante com *Mycobacterium tuberculosis*, o CMV contribui para a progressão e prognóstico desfavorável.

Caso clínico: Sexo feminino, 69 anos, não fumadora. Internada para correção cirúrgica emergente de rotura de aneurisma da aorta toracoabdominal, que decorreu sem intercorrências. O período pós-operatório foi complicado com febre persistente e insuficiência respiratória hipoxémica grave ($\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 < 100 \text{ mmHg}$) de agravamento progressivo com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo até máximo de 60 L/min e fração inspirada de oxigénio (FiO_2) de 80%. No decurso diagnóstico realizou colheita de exames culturais seriados, cujo resultado não identificou agente etiológico. A TC torácica evidenciou, bilateralmente, áreas com padrão em vidro despolido, espessamento septal interlobular e nodularidades milimétricas dispersas. Foi instituída antibioterapia empírica que não se mostrou eficaz, verificando-se agravamento clínico com necessidade de ventilação mecânica invasiva e suporte aminérgico. Procedeu-se à repetição de videobronc fibroscopia com lavado broncoalveolar, do qual resultou teste de amplificação de ácidos nucleicos e exame cultural positivos para *Mycobacterium tuberculosis*, assim como PCR positiva para CMV, com carga viral quantificada em 5.420 UI/mL. No estudo analítico, destaca-se a elevação das transaminases hepáticas e fosfatase alcalina, anemia hemolítica com haptoglobina indetectável e trombocitopenia, interpretados no contexto de atingimento hepático e hematológico pelo CMV. Foi iniciada terapêutica dirigida

a CMV com ganciclovir e antibacilifera com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. No entanto, após uma semana de terapêutica, verificou-se falência multiorgânica com desfecho fatal.

Discussão: A reativação de infeções latentes, nomeadamente por CMV e *Mycobacterium tuberculosis* é frequente em indivíduos imunossuprimidos. Salienta-se este caso por se tratar de uma coinfeção numa doente com múltiplos fatores de imunossupressão, designadamente, o período pós-operatório num doente crítico e a corticoterapia.

P089. ATIVIDADE FÍSICA E OBESIDADE

M.J. Silva, A. Dias, A. Reis, C. Rodrigues

Centro Hospitalar de Leiria.

Introdução: A síndrome de obesidade hipoventilação (SOH) é definida por hipercapnia diurna ($\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$) em doentes obesos com índice de massa corporal (IMC) $> 30 \text{ kg/m}^2$, após a exclusão de outras causas de hipoventilação. Está geralmente associada a outras comorbilidades como patologia cardiovascular, osteoarticular, ansiedade e depressão.

Objetivos: Identificar o nível de atividade física através da versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (QIAF) dos doentes com SOH.

Métodos: Doentes seguidos em Consulta Funcional de Readaptação Respiratória do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra por SOH, sob ventilação não invasiva (VNI), aderentes e bem-adaptados, de 1 de janeiro de 2021 a 30 de abril de 2022 foi aplicado o QIAF. Dos 68 doentes diagnosticados, 41 foram excluídos por não adesão à VNI, limitação cognitiva ou física tendo sido incluídos 27 doentes. A análise estatística foi realizada com SPSS® (significância estatística de 5%).

Resultados: A maioria dos doentes eram do sexo feminino ($n = 17$; 62,9%), com média de idade de 70,4 anos. O IMC médio foi de 38,8 kg/m^2 . As comorbilidades mais associadas foram as cardiovasculares (hipertensão arterial: $n = 22$, 81,5%; insuficiência cardíaca: $n = 9$, 40,9% e fibrilhação auricular: $n = 9$, 40,9%). A alteração ventilatória mais frequente foi a síndrome ventilatório restritivo. O índice de apneia hipopneia residual (IAH) foi de 3,4 eventos/hora e na Escala de Sonolência de Epworth (ESSE) o valor médio de 1,2. De acordo com o QIAF os doentes eram maioritariamente ativos ($n = 10$; 37%) ou sedentários ($n = 9$; 33,3%). A média de horas que passavam sentados era de 6,2 horas. Não se verificou correlação com significado estatístico entre o nível de atividade física e o IAH residual, ESE, função pulmonar ou IMC. Em relação às comorbilidades investigadas a única com significado estatístico foi a depressão e ansiedade ($p = 0,048$).

Conclusões: Os doentes com SOH são frequentemente sedentários e apresentam várias comorbilidades associadas, nomeadamente cardiovasculares. Apesar de a Depressão e Ansiedade não ter sido a comorbilidade mais frequente nos nossos doentes foi a única com significado estatístico e que mostrou ter um impacto negativo na atividade física dos nossos doentes.

P090. MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO: UMA EXCEÇÃO À REGRA

M.M. Cruz, A.F. Silva, L. Nascimento, T. Gomes, A. Loureiro

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro.

Introdução: O mesotelioma pleural maligno (MPM) é uma neoplasia rara, associada a mau prognóstico, com uma sobrevida média de 6-18 meses em doentes submetidos a tratamento. Após a progressão com terapêutica de 1ª linha, existe pouca evidência quanto à escolha e eficácia da terapêutica de 2ª linha. Em 2006, van den Bogaer et al avaliaram 13 doentes com MPM que realizaram tratamento de manutenção com pemetrexado após quimioterapia de indução e ve-

rificaram que o pemetrexed foi bem tolerado, com baixa incidência de toxicidade grau 3-4 e que 1/3 dos doentes com doença estacionária após quimioterapia de indução obtiveram resposta parcial após manutenção com pemetrexed.

Caso clínico: Doente do género masculino, 65 anos, autónomo. Reformado, trabalhou numa central hidro-elétrica com exposição a amianto durante 30 anos. Ex-fumador de 75 UMAs. Queixas de dispnéia de esforço com início em 2014, com identificação de derrame pleural direito de agravamento progressivo. Enviado para consulta de Pneumologia, onde foi realizado estudo etiológico do derrame. Realizou inicialmente biópsia pleural cega e posteriormente biópsias por pleuroscopia, com diagnóstico de pleurite crónica inespecífica e hiperplasia mesotelial reativa, respetivamente. Por recidiva do derrame foi novamente submetido a biópsia pleural, com diagnóstico de mesotelioma pleural maligno epitelial em 2016. Iniciou quimioterapia com carboplatina e pemetrexed (realizou 6 ciclos) e radioterapia. Posteriormente iniciou manutenção com pemetrexed até Setembro de 2019. Manteve vigilância com doença estacionária até Dezembro de 2020, altura em que foi assumida progressão e realizou quimioterapia com carboplatina e pemetrexed (6 ciclos), mantendo pemetrexed em manutenção desde Julho de 2021. Atualmente o doente encontra-se com bom estado geral, sem evidência de progressão e sem toxicidade associada ao tratamento.

Discussão: O mesotelioma pleural maligno está associado a mau prognóstico, com baixa sobrevida. Este caso clínico destaca-se pela sobrevida prolongada atípica para este tipo de tumores, e pela utilização de pemetrexed em manutenção, apesar de não estar aprovado.

P091. A PROPÓSITO DE UMA “MASSA EXTRA-PULMONAR” PÓS-TRAUMÁTICA

A. Fernandes, H. Freitas, H. Oliveira, B. Santos, M. Castro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Introdução: Contextualizar o início de um quadro clínico é fulcral para definir quer a marcha, quer as hipóteses diagnósticas. O trauma, como fator desencadeante, acarreta muitas vezes hipóteses diagnósticas específicas.

Caso clínico: Homem de 53 anos, caucasiano, antecedentes de alcoolismo e oligofrenia. Recorreu ao SU a 8/10/2021 por toracalgia posterior esquerda após trauma, por queda da própria altura com 24 h de evolução. À observação, dor na grelha costal esquerda, à inspiração e palpação. A radiografia torácica apresentava fratura de 4 arcos costais esquerdos e extensa hipotransparência supero-externa homolateral. Realizou TC torácica por indicação da Cirurgia, identificando-se 4 fraturas costais coaptadas e massa extrapulmonar postero-externa no hemitórax esquerdo (13 cm), associada a moderado derrame pleural. Ficou internado na Medicina Interna para estudo de massa torácica. A 11/10/2021 iniciou lombalgia intensa, pouco responsiva à analgesia. MV ausente à esquerda. Pedida TC torácica com contraste urgente e biópsia. A 12/10/2021, quadro de desorientação, hipoxemia e hipotensão. Queda de 4 g na hemoglobina (10 > 6 g/dL). TC torácica revelou lesão expansiva extra-pulmonar, extra-pleural posterior, com empurramento anterior da gordura extra-pleural, associada a derrame pleural, colapso pulmonar esquerdo e desvio contralateral do mediastino. Doente transferido para a UCI por hematoma extra-pleural esquerdo hipertensivo. Administradas 3 unidades de sangue, ácido tranexâmico e colocado dreno torácico (500 ml de conteúdo hemático). Sedado, ventilado e helitransportado para Lisboa (Cirurgia Torácica). Submetido a toracotomia posterior, pleurectomia parcial, drenagem do hemotorax (3,7 L) e toilette pleural. Melhoria clínica, extubado a 15/10/2021, retirados drenos a 16/10/2021. Retorna a Portimão a 18/10/2021, febril, hipoxémico e taquicárdico, com hemoculturas pós-cirúrgicas que, à posteriori, identificaram MSSA. Cumpru flucloxacilina (14 dias) e reabilitação respiratória, inicialmente em UCI, depois na

enfermaria. Alta clínica a 12/11/2021, para seguimento pelo médico assistente.

Discussão: Perante situações de trauma, a observação rigorosa é imperativa. Algumas complicações, ainda que raras, são potencialmente fatais, pelo que devem ser recordadas.

P092. PNEUMONIA A *PASTEURELLA MULTOCIDA* EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

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

Centro Hospitalar Médio Tejo.

Introdução: *Pasteurella multocida* é uma bactéria gram-negativa que normalmente habita na orofaringe de mamíferos, incluindo animais domésticos com os gatos e cães. A sua transmissão para os humanos, habitualmente, ocorre após mordedura por estes animais. Assim as infeções dos tecidos moles são as mais comuns.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 72 anos, não fumadora e trabalhadora rural, com exposição a biomassa, cães, gatos e galinhas e com história de glaucoma medicado, que foi referenciada pelo médico de família por síndrome constitucional associada a queixas respiratórias e a alterações radiológicas pulmonares. Referia tosse produtiva com expectoração mucopurulenta, dispnéia (mMRC grau 1), calafrios vespertinos com sudorese nocturna, astenia, anorexia e perda ponderal não quantificada, com 4 meses de evolução. Analiticamente destacava-se uma ligeira elevação de proteína C reactiva (4,50 mg/dL) e procalcitonina negativa. Na radiografia de tórax foram identificados infiltrados heterogêneos dispersos bilateralmente, mais evidentes no vértice pulmonar esquerdo. Para esclarecimento destes achados realizou tomografia computadorizada de tórax que mostrou múltiplos infiltrados parenquimatosos em ambos os campos pulmonares. Realizou broncoscopia flexível para recolha de material e observação da árvore traqueobrônquica, tendo-se visualizado sinais inflamatórios dispersos, mucosa friável e secreções mucopurulentas. Foi então isolada *Pasteurella multocida* sensível amoxicilina+ácido clavulânico no aspirado brônquico. Dos exames complementares de diagnóstico salienta-se ainda hemoculturas negativas e serologias para o vírus de imunodeficiência humana, vírus da hepatite B e C negativos. Realizou claritromicina e amoxicilina + ácido clavulânico durante 7 dias com melhoria do quadro clínico e radiológico.

Discussão: Apesar das infeções cutâneas após mordedura serem mais comuns, tem vindo a surgir na literatura a possibilidade de colonização nasal e orofaríngea de doentes com interações frequentes com animais domésticos, nos quais períodos de supressão imunológica podem levar à ativação da infeção. Não obstante a pneumonia causada por *P. multocida* é extremamente rara em doentes imunocompetentes, com a maioria das infeções documentadas em casos clínicos.

P093. O PAPEL DA BRONCOSCopia FLEXÍVEL NA REMOÇÃO DE UM CORPO VEGETAL

B.S. Silva, A. Oliveira, D. Coutinho

Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Introdução: A aspiração de corpos estranhos por adultos continua a ser uma ocorrência frequente, necessitando muitas vezes de utilização de broncoscopia rígida para remoção do mesmo. Descreve-se de seguida um caso relativo a remoção de uma malagueta de árvore brônquica com recurso a broncoscopia flexível.

Caso clínico: Homem de 50 anos de idade, com asma ligeira. Recorreu ao serviço de urgência de um hospital terciário cerca de 2 horas após episódio de aspiração de malagueta em posição supina, tendo iniciado de imediato com acessos persistentes de tosse e dor em

pontada no hemitórax direito. À admissão sem insuficiência respiratória, com auscultação pulmonar a revelar discretos roncós à direita. Foi realizada TC torácica que documentou presença de opacificação de morfologia arredondada, arejada, com cerca de 8 mm de diâmetro axial, alojada no lúmen do brônquio inferior direito. Após discussão do caso com equipa de broncoscopia, foi transferido para avaliação broncoscópica e possível remoção de corpo estranho. Foi realizada broncoscopia flexível, com identificação de corpo estranho vegetal a nível dos segmentos basais do brônquio inferior direito; a remoção do corpo foi conseguida através de basket endoscópico, decorrendo sem intercorrências. O procedimento realizou-se com o doente sedado e em ventilação espontânea. Cerca de 2 horas depois do procedimento e após regressar ao hospital de origem, o doente encontrava-se assintomático, tendo tido alta para o domicílio.

Discussão: O presente caso reforça a importância da broncofibroscopia flexível como exame de 1ª linha na abordagem do doente com aspiração do corpo estranho, prevenindo as potenciais complicações associadas a broncoscopia rígida. A utilização de basket endoscópico neste caso permitiu a retirada segura do corpo estranho intacto.

P094. A IMPORTÂNCIA DO DERRAME PLEURAL NA PATOLOGIA SISTÊMICA

A. Fernandes, A. Veloso, A. Barroso, R. Neves, C. Guerreiro, V. Areias, U. Brito

Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Introdução: O derrame pleural, pelo seu fácil acesso, torna-o um meio relevante para auxiliar o diagnóstico de diversas patologias. **Caso clínico:** Homem de 57 anos, fumador (37 UMA), com história de fratura traumática vertebral em 2020 (tratamento conservador). Recorreu ao SU a 9/9/2021 com dispneia e tosse seca de agravamento progressivos, associados a artralhas recentes nos ombros e joelhos. Apresentava: GSA (aa) pO2 62,1 mmHg e análises com leucócitos 19.600 (neutrofilia), PCR 243 mg/L. Radiografia tórax, apagamento dos seios costofrénicos. Ecografia torácica, derrame pleural septado bilateral. Submetido a toracocentese diagnóstica, à direita, líquido purulento (pH 7,1, 25.300 de leucócitos [74% PMN], glicose 5 e LDH > 1.995), colocado dreno torácico. À esquerda sem saída de conteúdo. Internado na Pneumologia por empiema pleural. Iniciou antibióterápia com amoxicilina + ácido clavulânico 2,2 g, associando-se ao 3º dia clindamicina. No 5º dia, TC tórax com resolução do empiema à direita e derrame pleural esquerdo mantido. Repetiu toracocentese, líquido turvo (pH 7,0 e glicose imensurável) e colocado dreno torácico à esquerda. Bacteriologia e micobacteriologia do líquido pleural negativas. Estudo de autoimunidade com fator reumatoide 87 e Anti-CCP > 300. VIH negativo. Medicado com indometacina e naproxeno, pelas artralhas, sem benefício. Optou-se ao 7º dia por corticoterapia (1 mg/kg), com melhoria imediata. Ao 10º dia de internamento retirados drenos, reduzida prednisolona para 40 mg/dia. Alta a 18/9/2021 com diagnóstico de artrite reumatóide Inaugural, indicação de desmame da prednisolona e referenciado para consulta de Doenças Auto-imunes. Durante a redução da corticoterapia, recorreu 2 vezes ao SU por artralhas e a 22/10/2021 foi internado na Medicina Interna por “flare” articular com PCR de 196 mg/L, não atribuível a quadro infeccioso. Resposta clínica apenas com prednisolona 70 mg/dia, tendo-se associado o MTX. Em Abril/2022 sob MTX 20mg/semana e corticoide, repetiu novo “flare” articular com a diminuição do corticoide, havendo necessidade de switch para tratamento biológico (tocilizumab).

Discussão: A artrite reumatóide pode ser uma das causas de derrame pleural, ainda que não a mais frequente. A exploração da clínica associada e a análise do líquido pleural podem determinar a marcha diagnóstica.

P095. SÍNDROME ATÁXICA COMO MANIFESTAÇÃO DE UM CARCINOMA EPIDERMÓIDE PULMONAR

B.S. Silva, B. Ferraz, M.I. Costa, C. Lacerda, C. Andrade

Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Introdução: As síndromes neurológicas paraneoplásicas constituem uma apresentação rara de neoplasias pulmonares, sendo o carcinoma pulmonar de pequenas células o mais frequentemente associado. Os autores apresentam um caso de síndrome atáxica multifatorial, com contribuição de um carcinoma epidermóide pulmonar, associado a presença de anticorpo anti-recoverina (AR).

Caso clínico: Homem de 52 anos com antecedentes de etilismo crónico e tabagismo ativo (cerca de 30 unidades maço-ano). O estudo inicia-se em dezembro de 2018 aquando de um internamento por infeção das vias aéreas inferiores, onde concomitantemente foram reportadas alterações da marcha com meses de evolução. Após avaliação por Neurologia foi assumido o diagnóstico de degenerescência medular multifatorial em contexto de síndrome carencial e toxicidade pelo álcool. Perante o achado de título elevado de anticorpo AR foi levantada a hipótese concomitante de síndrome paraneoplásica. Estudo complementar com realização de TC toraco-abdomino-pélvica (TC-TAP) não identificou lesões suspeitas de malignidade, tendo o doente alta orientado para Consulta Externa de Neurologia. Em ambulatório cessou completamente o consumo etílico, com melhoria mas persistência de alterações da marcha; repetição de painel imunológico com persistência de anticorpo AR. Dada a persistência de queixas repetiu TC-TAP em julho de 2021, revelando presença *de novo* de nódulo de 2,7 × 2 × 1,6 cm no lobo superior direito pulmonar, sem adenopatias associadas. Foi realizada biópsia pulmonar transtorácica, com exame histológico compatível com carcinoma epidermóide de origem pulmonar. Foi submetido a lobectomia superior direita, confirmando-se um estadio cT1cN0M0. O doente foi avaliado posteriormente em Consulta Externa de Neurologia e Pneumologia, documentando-se em ambas a resolução completa de alterações da marcha.

Discussão: O presente caso demonstra a importância de uma avaliação completa e multidisciplinar de cada doente. Apesar de raras, as manifestações neurológicas paraneoplásicas podem ser a pista inicial da presença de um processo neoplásico oculto como demonstrado no caso relatado; embora se associem mais frequentemente a carcinoma pulmonar de pequenas células, não são exclusivas deste tipo de tumor. A associação com anticorpos anti-neuronais, embora rara, aumenta esta suspeita.

P096. PNEUMONIA ORGANIZATIVA E NEOPLASIAS SÓLIDAS: A ASSOCIAÇÃO EXISTE?

B. Ferraz, B.S. Silva, N. Faria, R. Quita, C. Lacerda

Centro Hospitalar e Universitário do Porto.

Introdução: A pneumonia organizativa (PO) é uma patologia associada a alterações radiológicas pulmonares inespecíficas. Esta entidade poder ser criptogénica ou secundária a uma patologia conhecida. Apesar de rara existe uma causalidade estabelecida com neoplasias.

Caso clínico: Sexo masculino, 59 anos, com infeção por VIH controlada, infeção passada por VHC e múltiplas neoplasias: carcinoma epidermóide da língua, em 2012; adenocarcinoma do pulmão (estadio 1A), em 2018, ambos submetidos a tratamento radical sem evidência de recidiva; em 2020, diagnosticado adenocarcinoma do cárdia, para o qual realizou quimioterapia e gastrectomia total, atualmente em vigilância. Nesse contexto, realizado TAC Torácico em Março de 2021 que revelou uma lesão nodular espiculada com 15 mm de maior eixo no lobo inferior direito do pulmão. Após um mês, na reavaliação imagiológica, verificada redução da dimensão para 5 mm e, após 4 meses, completo desaparecimento da lesão.

Em Janeiro de 2022, realizou novo TAC Torácico que mostrou duas novas opacidades de morfologia nodular no lobo superior direito e adenomegalias com 16 mm de eixo curto. Encaminhado para biópsia pulmonar guiada por TAC que mostrou uma redução franca da dimensão das lesões em 2 semanas. Realizada biópsia que revelou tratar-se de uma pneumonia organizativa, sem evidência de malignidade. No decorrer da vigilância imagiológica, após 5 meses, observou-se uma redução dimensional das lesões pulmonares e um incremento dimensional das adenopatias mediastínicas e hilares bilaterais. Realizada broncofibroscopia, que não revelou alterações endobrônquicas, e EBUS-TBNA, cuja citologia revelou um adenocarcinoma. Caso discutido em reunião multidisciplinar de oncologia, que face à subida exuberante do marcador CEA, assumida recidiva ganglionar mediastínica de adenocarcinoma do cárdia e proposto para tratamento sistémico paliativo.

Discussão: Os autores descrevem um caso de pneumonia organizativa secundária recidiva tumoral de adenocarcinoma do cárdia, sendo esta associação raramente descrita na literatura. Apesar da natureza benigna da PO a sua presença deve alertar para um possível processo neoplásico subjacente e motivar uma investigação ativa, particularmente, em doentes com fatores de risco e história de doença oncológica prévia.

P097. ENVOLVIMENTO PULMONAR NA ARTRITE REUMATOIDE - APRESENTAÇÃO ATÍPICA

M. Silva, R. Fernandes, C. Alves, R. Melo, M. Anciães, F. Rodrigues

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca.

Introdução: A artrite reumatoide é a doença do tecido conjuntivo mais frequente, com uma prevalência estimada de 1% da população mundial. O envolvimento pulmonar é comum e associado a significativa morbimortalidade. Os nódulos reumatoides, embora específicos, são uma alteração rara. Podem ser únicos ou múltiplos, ocasionalmente associados a cavitações. São geralmente assintomáticos e estão associados a bom prognóstico.

Caso clínico: Homem de 69 anos, ex-fumador com uma carga tabágica de 70 UMA. Em seguimento nas Consultas de Pneumologia e de Doenças Autoimunes desde 2013 para investigação de quadro insidioso de tosse seca, anorexia, perda ponderal não quantificada e sensação febril. Referia ainda cansaço para esforços de agravamento progressivo e artralhas de ritmo inflamatório nas articulações das mãos, cotovelos e joelhos com anos de evolução. Realizou TAC de tórax com evidência de nódulos pulmonares centrilobulares bilaterais com predomínio dos lobos superiores e adenopatias mediastínicas, hilares e axilares. Analiticamente destacava-se anemia 11,9 mg/dL e factor reumatoide aumentado. Estudo funcional respiratório e DLCO normais. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar (predomínio de macrófagos 70%) e biópsias pulmonares transbrônquicas compatíveis com inflamação intersticial crónica. Assumindo-se artrite reumatoide seropositiva com anos de evolução e envolvimento pulmonar iniciou terapêutica com leflunomida e tocilizumab. Reavaliação imagiológica em 2016 com aumento do número e tamanho dos nódulos, coalescentes, alguns com cavitação, tendo iniciado rituximab. Estabilidade clínica até 2020, quando apresenta progressão imagiológica com aumento significativo da extensão dos nódulos e das cavitações dos lobos superiores e alterações funcionais com evidência de síndrome restritivo grave. Internado em Setembro de 2021 por pneumonia necrotizante do lobo inferior esquerdo complicada de choque séptico, com evolução desfavorável, verificando-se o óbito ao 42º dia de internamento.

Discussão: Pretende-se salientar com este caso uma apresentação atípica de doença pulmonar associada a artrite reumatoide, com envolvimento pulmonar extenso por nódulos reumatoides coalescentes e cavitados, com progressão de doença clínica, imagiológica e funcional apesar da terapêutica imunossupressora.

P098. TERAPÊUTICA BIOLÓGICA EM DOENTE COM CONTRA-INDICAÇÃO PARA CORTICOTERAPIA

M.I. Pereira, A. Sokolova, F. Rodrigues

Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A corticoterapia (CT) tem múltiplos efeitos adversos. Apresenta-se o caso de um doente com asma e polipose nasal recorrente com desenvolveu uma reação adversa rara à CT que contra-indica absolutamente a sua utilização.

Caso clínico: Homem, 68 anos, nunca fumador, com diagnóstico aos 50 anos de rinosinusite crónica com polipose nasal e aos 55 anos de asma de início tardio com fenótipo eosinofílico. A polipose nasal (PN) recidivou após duas cirurgias, pelo que cumpriu durante três anos CT tópica (nasal) e sistémica (intramuscular) regularmente. Foi avaliado por redução da acuidade visual e diagnosticado com coriorretinopatia central serosa, uma reação adversa rara à CT que contra-indica absolutamente CT tópica e sistémica pelo risco de perda irreversível de acuidade visual. Por este motivo, realizou terceira polipectomia e iniciou terapêutica com reslizumab em 07/2019, com melhoria inicial. Verificou-se endoscopicamente recorrência da PN em 02/2020. A asma estava controlada. Por refratariedade da PN ao reslizumab, foi feito *switch* para benralizumab em 03/2021. Em reavaliação analítica, identificados p-ANCA positivos em 2021 (previamente negativos em 2019), diagnosticando-se granulomatose eosinofílica com poliangeíte ANCA-MPO. Iniciou metotrexato (MTX) em 12/2021. Após dez meses de benralizumab e um mês de MTX (01/2022), sem melhoria sintomática significativa. A TC-SPN revelou pansinusopatia inflamatória e PN com obliteração quase completa de ambas as fossas nasais (agravamento face a 02/2021). O doente não estava motivado para nova cirurgia, pelo que se manteve benralizumab e incrementou a dose de MTX. Após 14 meses de benralizumab e cinco meses de MTX (05/2022), melhoria sintomática significativa, aguardando nova TC-SPN.

Discussão: Este caso exemplifica a importância da terapêutica biológica na abordagem terapêutica da asma e da rinosinusite crónica com polipose nasal. Perante a falência do primeiro biológico, a reavaliação analítica foi crucial na identificação de outra condição que estava a comprometer o sucesso terapêutico.

P099. CORRELATION BETWEEN COPD ASSESSMENT TEST AND BRONCHIECTASIS SEVERITY INDEX (BSI) - A REAL-LIFE STUDY

J. Pacheco, I. Sanches, R. Monteiro, I. Pascoal

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introduction: Bronchiectasis has a great impact on patients' quality of life, so symptom monitoring is essential in managing the disease and evaluating the effectiveness of treatment. The Bronchiectasis Severity Index (BSI) is a predictor of mortality, exacerbations and hospitalization. Since the symptoms assessed by the COPD Assessment Test (CAT) are not specific to COPD but are shared with other respiratory diseases, this score has been validated for use in bronchiectasis. From our clinical practice, we know that the CAT score increases in exacerbations and returns to values close to baseline after recovery. Several studies have shown that symptomatic patients are at greater risk of exacerbations. It would also be important to understand whether the most symptomatic patients have a greater severity of the disease.

Objectives: Assess whether there is a correlation between the CAT and the BSI

Methods: Retrospective analysis by consulting the clinical files of a cohort of patients followed in a tertiary hospital, with the diagnosis of bronchiectasis. The number of exacerbations, hospitalizations and COPD Assessment Test (CAT) scores were analyzed. The Bronchiectasis Severity Index (BSI) was calculated for each patient. A

Pearson Correlation was performed using SPSS, with $p < 0.05$ being statistically significant.

Results: 46 patients were included, with a mean age of 63 ± 13 years, 29 (63%) were female, with severe bronchiectasis according to the Bronchiectasis Severity Index (BSI) (mean of 10). The most frequent etiologies are post-infectious (46%), primary ciliary dyskinesia (11%) and idiopathic (11%). It was proved that there is a positive correlation between the CAT and the BSI ($r = 0.245$, $p < 0.0001$).

Conclusions: Patients with higher CAT scores tend to have higher BSI scores. With this association, we can conclude that more symptomatic patients have more severe disease. As CAT is an easy and fast-to-apply questionnaire, it can be a useful tool in assessing the impact of bronchiectasis on daily medical practice and to identify patients that are at higher risk of exacerbation.

P100. HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE: A PROPÓSITO DE UM CASO RARO

M. Silva, M. Osório, C. Roquete, R. Melo, F. Rodrigues

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca.

Introdução: O hemangioendotelioma epitelióide é um tumor vascular raro, com uma prevalência inferior a 1 por milhão, mais frequente em mulheres de meia idade. Pode afectar múltiplos órgãos, sendo o pulmão um dos mais comuns. A evolução clínica é variável, podendo ter um comportamento indolente ou de um tumor de alto grau com elevado potencial de metastização. Não existe uma abordagem terapêutica ideal definida.

Caso clínico: Mulher de 68 anos, não fumadora, sem antecedentes de relevo. Encaminhada à Consulta de Pneumologia por quadro insidioso com 8 meses de evolução caracterizado por tosse seca, toracalgia pleurítica direita, cansaço progressivo, anorexia e perda ponderal de 14 kg. Realizou TAC tórax que revelou massa pulmonar no lobo inferior direito com 70×35 mm, múltiplos nódulos pulmonares bilaterais e adenopatias mediastínicas e hilares. Foi internada para investigação. Ao exame objectivo destacava-se uma adenopatia supraclavicular direita e um nódulo na mama esquerda. Laboratorialmente com anemia (Hb 9 g/L) normocítica hipocrômica e elevação dos parâmetros inflamatórios, cumpriu antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina assumindo-se sobreinfecção bacteriana. Realizou videobroncoscopia visualizando-se oclusão parcial do brônquio lobar superior direito por lesão endobronquial que se biopsou. A TC abdominopélvica e TC-CE de estadiamento revelaram pequeno derrame pleural bilateral, adenomegalias abdominais, lesão hepática focal e metastização óssea múltipla. A anatomia patológica das biópsias brônquicas foi compatível com hemangioendotelioma epitelióide. Discutido caso em reunião multidisciplinar, foi referenciada para radioterapia e oncologia para decisão de terapêutica sistémica, contudo apresentou evolução desfavorável com progressão rápida da insuficiência respiratória, verificando-se o óbito ao 18º dia de internamento.

Discussão: Trata-se de um tumor raro, muitas vezes diagnosticado incidentalmente em doentes assintomáticos, cuja extensão da doença à apresentação e presença de sintomas sistémicos são os principais factores de mau prognóstico. Salienta-se neste caso a apresentação agressiva com rápida progressão de doença, realçando-se a importância de um diagnóstico célere para início atempado do tratamento.

P101. QUE PAPEL PARA A PET-TC NA SARCOIDOSE?

F. Guimarães, M. Cunha, J. Canadas, N. Marçal, J. Carvalho, P. Rosa

Hospital de Vila Franca de Xira.

Introdução: A tomografia por emissão de positrões (PET/TC) tem sido progressivamente utilizada na abordagem da sarcoidose, per-

mitindo identificar locais extrapulmonares adequados para biópsia, em casos de diagnóstico difícil, avaliar a atividade da doença pulmonar, particularmente na doença fibrótica, e é um dos exames de eleição quando existe envolvimento cardíaco.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso clínico de Sarcoidose, estadio IV, como base de reflexão sobre a utilidade da PET/TC no diagnóstico e na monitorização da doença. Trata-se de um doente do sexo masculino, 39 anos, com história pessoal de tabagismo (10 UMA), psoríase e gastrite, seguido em consulta de Pneumologia por sarcoidose pulmonar, ganglionar e cutânea. Inicialmente, o doente estava assintomático, pelo que se manteve apenas vigilância clínica. Posteriormente evidenciou-se agravamento radiológico (micro-nodularidade pulmonar e adenopatias mediastínicas) e da função respiratória (FR), justificando o início de corticoterapia e posteriormente metotrexato. Manteve-se estável por nove meses, altura em que se verificou novo agravamento clínico (aumento da lesão cutânea, subida da enzima de conversão da angiotensina (ECA) e da velocidade de sedimentação, agravamento da FR e evolução para fibrose pulmonar massiva). Foi aumentada a dose de metotrexato e realizada PET-TC, que documentou captação difusa de FDG nas várias lesões pulmonares de forma bilateral e simétrica, sem captação dos gânglios mediastínicos. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar e iniciou infliximab. A evolução clínica foi francamente favorável (lesão cutânea menos violácea, melhoria da FR e das imagens radiológicas, ECA estável), o que justificou a suspensão do metotrexato. Aos 3 anos de infliximab, com estabilidade clínica, radiológica e funcional, fez PET-TC que demonstra persistência do metabolismo pulmonar (menos intenso) mas agora com atividade ganglionar mediastínica.

Discussão: Os marcadores de atividade da doença disponíveis, como a ECA, FR e as alterações radiológicas são modificados pela terapêutica, o que limita o seu uso na monitorização da doença. A PET-TC parece ser útil no diagnóstico de alguns casos, mas será assim tão útil na monitorização da terapêutica imunossupressora?

P102. CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PREVALENCE AND CHARACTERIZATION IN AN UNSELECTED POPULATION THROUGH REAL-WORLD DATA

A.L. Fernandes, C. Ponte, D. Santos, M. Bibi, C. Jácome, M. Pardal, C. Amaral, H. Martinho, F. Bernardo, T. Taveira-Gomes, P. Simão

Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is the third most common cause of death worldwide and is among the top ten causes of disability-adjusted-life-years, constituting a major current and future health burden. Local studies are needed to raise awareness of the burden of COPD and to support strategic health-care decision-making.

Objectives: This study aimed to determine and characterize the prevalence of COPD in a large non-selected population covered by a Health Local Unit.

Methods: Real-world, retrospective, observational, longitudinal study that analyzed secondary data from Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Individuals who were 40 or more years old, with at least one electronic health record in 2021 and at least one appointment with a primary care physician in the last 3 years were included. Population was identified at the prevalent index date of 31st December 2021. COPD was defined based on the combination of three criteria: spirometry test reports, diagnosis codes (ICD-10 and ICPC-2) and medication prescription. Data regarding age, sex, smoking status, weight, height, lung function, exacerbations, comorbidities and COPD medication were used for prevalent population characterization. Statistical analysis was performed using Apache Spark version 3.2.1 and R version 4.0.

Results: A population of 97 671 people was identified. Subjects' median age was 61 (IQR 22) years old and median BMI was 26.8 (IQR 6.2); 42.9% were male and 16.7% were smokers. A COPD prevalence

of 3.4% (n = 3,282) was found. Comparing with the general study population, COPD patients were older (median age 71), more frequently male (69%), smokers (35%), and presented with a slightly lower BMI (26.2%). Moreover, COPD patients had a high burden of depression/anxiety (64.2%), as well as cardiovascular comorbidities (77.7% hypertension, 32.7% hypercholesterolemia, 32.0% type 2 diabetes, 12.8% heart failure and 10.2% ischaemic heart disease).

Conclusions: This study shows a lower prevalence of COPD versus published literature (10.7-14%) that may be explained by the COPD diagnosis criteria that was considered, the source of data that was used and by underdiagnosis of COPD in health systems. Thus, improvement of COPD diagnosis and coding, in both primary and secondary care, is urgently needed to improve quality of care.

P103. MASSA PULMONAR ESPICULADA NO DOENTE JOVEM - QUANDO AS APARÊNCIAS ILUDEM

M. Marçal, J. Patrício, S. Sousa, D. Cabral, M. Castanho, P. Duarte

Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução: O diagnóstico diferencial das massas pulmonares constitui um desafio diário da prática clínica do pneumologista, sendo prioritário identificar a doença maligna e assegurar uma rápida abordagem diagnóstica e terapêutica. Neste diagnóstico diferencial incluem-se etiologias benignas, como as infecciosas/inflamatórias, granulomatosas e vasculares.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma jovem saudável de 34 anos, fumadora, referenciada a consulta de pneumologia por quadro de toracalgia posterior esquerda, cansaço, perda ponderal e tosse não produtiva com meses de evolução. Ao exame objetivo sem alterações a destacar. Apresentava em tomografia computadorizada (TC) de tórax lesões periféricas em vidro despolido com localização no segmento apical do lobo inferior esquerdo e massa espiculada (2 × 5 cm) de contornos irregulares, não calcificada e não cavitada, com contacto pleural, no mesmo lobo. Para diagnóstico histológico da lesão realizou videobroncoscopia flexível com identificação de lesão endobrônquica onde foram efetuadas biópsias e posteriormente punção aspirativa transtorácica guiada por TC, ambas a revelarem exame anatomopatológico com resultado inespecífico, respetivamente, com infiltrado inflamatório linfoplasmocitário e células mesoteliais. Realizou PET-TC 18F FDG com evidência de lesão metabolicamente ativa com SUV 3,7 e tardio de 4,8 e foi proposta para lobectomia inferior esquerda, tendo-se optado por abordagem cirúrgica por toracotomia pela dimensão e componente inflamatória da lesão. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e o exame anatomopatológico foi compatível com bronquiolite folicular, sem tecido neoplásico. Do estudo etiológico realizado apresentava serologias virais negativas para hepatite B, C e vírus da imunodeficiência humana, autoimunidade negativa, parâmetros inflamatórios e eletroforese das proteínas sem alterações.

Discussão: A bronquiolite folicular é uma doença benigna rara e caracteriza-se pelo desenvolvimento de folículos linfóides hiperplásicos com centros germinativos distribuídos ao longo das pequenas vias aéreas, apresentando-se imagiologicamente com padrão vidro despolido, nódulos bilaterais com diâmetro < 3 mm e padrão *tree in bud*. O caso documentado ilustra um diagnóstico raro de massa pulmonar com uma apresentação atípica destacando a heterogeneidade e complexidade desta patologia.

P104. BIÓPSIAS TRANSTORÁCICAS GUIADAS POR TC: A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

A.I. Santos, F. Alves, P. Donato

CHUC.

Introdução: O cancro do pulmão é a neoplasia maligna com maior mortalidade em Portugal e no mundo. Na presença de uma lesão

torácica suspeita em exame de imagem, deve ser realizado estudo dirigido e a biópsia transtorácica (BTT) é a abordagem de eleição para lesões torácicas periféricas, com a radiologia de intervenção a desempenhar um papel fundamental.

Objetivos: Avaliar as complicações imediatas e o resultado anatomopatológico das BTT.

Métodos: Estudo retrospectivo descritivo dos procedimentos guiados por TC realizados no Serviço de Radiologia num período de 6 meses, e avaliando: sexo, idade, procedimento, complicações imediatas e resultado anatomopatológico.

Resultados: Dos 201 doentes propostos a procedimentos torácicos guiados por TC, 59,2% eram do sexo masculino, e a média de idades foi de 66,5 anos ($\pm 14,5$). Em 184 doentes (91,5%) pretendia-se a abordagem de lesões pulmonares por BTT. Em 12 doentes (6,0%) foi colocado dreno torácico por derrame pleural loculado, empiema, pneumotórax, hidropneumotórax ou abscesso torácico. Em 29,9% dos doentes o procedimento não foi realizado, sendo o motivo mais frequente a redução das dimensões ou estabilidade da lesão (51,6%), a falta de colaboração do doente (14,5%), lesão não acessível e surgimento de pneumotórax (8,1% cada). Em 27,7% dos procedimentos realizados ocorreram complicações imediatas ligeiras: pneumotórax de pequeno volume sem necessidade de dreno (17,7%), hemorragia intraparenquimatosa (8,5%), hemoptise e derrame pleural hemático (0,7% cada). Das 126 biópsias concretizadas, 37,3% não foram diagnósticas. Em 41,3% foram diagnosticadas neoplasias primárias do pulmão, sendo o adenocarcinoma do pulmão a mais frequente (80,8%). Em 13,5%, foram identificadas metástases pulmonares de outra neoplasia primária e em menor grau foram diagnosticadas patologias do interstício pulmonar, vasculites e linfomas. Em 30 doentes, repetiu-se a BTT durante o período estudado.

Conclusões: A acuidade diagnóstica obtida no nosso centro foi de 62,7%, inferior à descrita na literatura (92,1%). Os diagnósticos mais frequentes foram de neoplasia maligna do pulmão. A taxa de complicações imediatas foi de 27,7% compatível com a literatura, sendo as mais frequentes o pneumotórax de pequenas dimensões e a hemorragia pulmonar.

P105. SÍNDROME ANTI-SINETASE ANTI-PL7: EXACERBAÇÃO OU INFEÇÃO OPORTUNISTA?

L. Lopes, F. Barbosa, D.M. Rodrigues, C.C. Loureiro

CHUC.

Introdução: O síndrome anti-sintetase (SAS) é uma doença auto-imune rara caracterizada pela combinação de Doença Pulmonar Intersticial (DPI), miosite e artrite associada à identificação de anticorpos anti-sintetase. A DPI é a manifestação mais prevalente de SAS sendo a maior causa de morbilidade e mortalidade. Os padrões de TCAR mais comumente encontrados são a pneumonia intersticial não específica e a pneumonia organizativa. A corticoterapia é considerada a base do tratamento sendo muitas vezes necessário recorrer a outros imunossuppressores.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente com diagnóstico prévio de SAS, seguido em consulta de interstício pulmonar. Estava sob terapêutica com micofenolato mofetil e corticoide de baixa dose como terapêutica de manutenção com bom controlo da doença. Vem ao SU em Abril de 2022 com dispneia, insuficiência respiratória e alterações radiológicas de novo: opacidades em vidro despolido em todos os lobos, espessamento regular dos septos interlobulares, micronodulação nos lobos superiores e acentuado espessamento do interstício peribroncovascular. Múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares de novo e aumento de parâmetros inflamatórios. Ponderou-se Exacerbação de DPI vs. Infecção oportunista em doente imunodeprimido. Durante o internamento realizou múltiplos rastreios microbiológicos sempre negativos, LBA sem alterações e biópsia transbrônquica e de gânglio mediastínico inespe-

cíficas. Por agravamento radiológico e clínico optou-se por iniciar antibióterapia empírica de largo espectro. Inicialmente ceftazidima, azitromicina e cotrimoxazol sem benefícios, pulsos de corticoides e rituximab sem resposta. Alterou-se para meropenem e linezolide e suspendeu MMF. Foi transferido para o SMI por ARDS grave com início de VMI. Passou a meropenem e vancomicina sem melhoria. Reintroduziu terapêutica imunossupressora com metilPDN e iniciou ainda plasmaferese. Apesar das medidas instituídas acabou por desenvolver choque séptico e faleceu ao 32º dia de internamento.

Discussão: A SAS trata-se de uma doença complexa para a qual não existe ainda grande evidência de qual o melhor tratamento a seguir. O algoritmo de diagnóstico diferencial na progressão da doença obriga a uma investigação detalhada para exclusão de outros diagnósticos antes de se instituírem outras terapêuticas.

P106. DOIS GÂNGLIOS, DOIS DIAGNÓSTICOS: A IMPORTÂNCIA DA BIÓPSIA

G.M. Portugal, J.A. Melo, J. Inácio, P. Alves

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: Com a evolução da Medicina aliada ao aumento da esperança média de vida, a prevalência de patologia oncológica multissistémica síncrona está a aumentar, trazendo consigo desafios na melhor abordagem destes doentes.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 75 anos, ex-fumador (12UMA) com o diagnóstico de linfoma não Hodgkin B folicular realizado por biópsia aspirativa de adenopatia cervical, durante internamento por pneumonia. A avaliação imagiológica por TC-cervico-toraco-abdominal revelou adenomegalias cervicais (38 mm), axilar direita (33 mm), lombo-aórticas (28 mm) e mesentéricas (37 mm). Mostrou, ainda, a presença de múltiplos nódulos pulmonares, o maior no ápex direito, espiculado, de 28 mm de maior eixo. Estas alterações foram interpretadas no contexto de envolvimento secundário pulmonar pela doença hematológica conhecida e o doente foi encaminhado para a consulta de Hematologia. Realizou biópsia osteomedular que confirmou infiltração pelo linfoma, tratando-se de um estadio IV. Em reavaliação imagiológica aos 3 meses por TC, há evidência de aumento dos nódulos pulmonares e desenvolvimento de edema assimétrico e dor no membro superior direito pela adenopatia. Iniciou corticoterapia com melhoria sintomática parcial. Face a esta evolução clínica, foi encaminhado para a Pneumologia para estudo dos nódulos pulmonares. Realizou BATT da lesão no LSD com o diagnóstico de carcinoma epidermóide do pulmão (PD-L1 negativo). O caso foi discutido em RMD de Pneumologia Oncológica, face à presença de duas neoplasias síncronas e dificuldade no correto estadiamento da doença pulmonar. Dada a extensão da doença a nível ganglionar em diferentes compartimentos e sintomatologia limitante do MSD, optou-se por início de tratamento do linfoma após biópsia de adenopatia axilar. O doente iniciou R-CHOP, apresentando neutropenia febril ao 1º ciclo. O resultado da biópsia do gânglio axilar revelou tratar-se de metastização do carcinoma epidermóide, confirmando o estadio IV de cancro do pulmão. Dado este resultado, decidiu-se em RMD o início de quimioterapia dirigida a este tumor.

Discussão: É imperativo estar-se atento para a possibilidade de existência de neoplasias síncronas e tentar esclarecer com histologia, por forma a estabelecer o correto diagnóstico, estadiamento e terapêutica para a situação clínica em causa.

P107. NO RASTO DO CANCRO DE PULMÃO: UM CASO RARO DE PNEUMOCITOMA ESCLEROSANTE

A.I. Santos, J.O. Pereira, A. Pêgo

CHUC.

Introdução: O pneumocitoma esclerosante pulmonar (PSP), previamente conhecido como hemangioma pulmonar esclerosante, é uma

neoplasia rara e benigna do pulmão, que surge principalmente em mulheres de meia-idade. Geralmente é um achado incidental em exame de imagem torácico. O PSP tem origem epitelial, muito provavelmente a partir de pneumócitos alveolares do tipo II. Caracteristicamente apresenta células de superfície cuboidal e células estromais redondas, que se pensam ser neoplásicas. Assim, o diagnóstico diferencial com neoplasias malignas do pulmão é difícil e desafiante, assim como o seu diagnóstico e tratamento.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 54 anos, fumadora, sem antecedentes de patologia pulmonar conhecida. Seguida em consulta de cessação tabágica, tendo nesse contexto realizado uma TC torácica que revelou enfisema pulmonar e uma lesão no lobo inferior do pulmão esquerdo, suspeita de tumor pericárdico, mas a ressonância magnética cardíaca apontava para etiologia pulmonar. Realizou ressecção em cunha cujo resultado anatomopatológico, em exame extemporâneo, revelou células com perfil imunohistoquímico de células cubóides com expressão de TTF1, AE1/AE3, Cam5.2 e CK7, e células estromais com expressão de TTF1, compatível com o diagnóstico de PSP. Foram ainda excisados dois gânglios linfáticos mediastínicos, sem significado patológico. Em TC torácica de reavaliação 20 meses após cirurgia, foi identificada formação tecidual paracardíaca esquerda infra-hilar de novo, até agora estável e a carecer de seguimento imagiológico regular.

Discussão: O diagnóstico do PSP é desafiante e maioritariamente obtido no pós-operatório após caracterização imunohistoquímica compatível, devendo este ser incluído no espectro de diagnósticos diferenciais por conseguir mimetizar outras neoplasias. A excisão cirúrgica é curativa. Embora geralmente benigno, pode ter potencial maligno e a metastização é possível.

P108. LESÕES PULMONARES CAVITADAS: MÚLTIPLAS CAUSAS, UM SÓ DOENTE

D.S. Gomes, A.R. Pereira, S.M. Castro, J.C. Costa, M.A. Mendes, L. Andrade

Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introdução: O diagnóstico diferencial de lesões pulmonares cavitadas é amplo. Neoplasia e infeção são as duas causas mais comuns em adultos.

Caso clínico: Homem, 63 anos, autónomo, sem abrigo. Ex-fumador de 50 UMA e TP cavitada multissensível tratada há 2 anos, mas com múltiplas interrupções por incumprimento terapêutico. Internado por suspeita de reativação de tuberculose pulmonar (TP) vs. neoplasia pulmonar. À admissão, 3 amostras de expectoração e aspirado brônquico com exame bacteriológico e exame direto para *M. tuberculosis* negativos, mas PCR para *M. tuberculosis* positiva. Em TC do tórax, *tree-in-bud* nos lobos superiores, nódulos e micronódulos dispersos, pequenas lesões cavitadas e área de densificação justahilar esquerda cavitada, com 55 mm de maior diâmetro e nível hidroaéreo. Iniciada terapêutica com HRZE. Ao nono dia de HRZE associada levofloxacina e amicacina por suspeita de resistências, com resposta clínica favorável. Ao 30º dia de anti-bacilares, TC do tórax mostra resolução de áreas de *tree-in-bud* e lesão cavitada volumosa agora apenas escassamente preenchida, mas evidenciando crescimento de adenopatia subcarinal e adenopatias mediastínicas, além de derrame pleural esquerdo *de novo*. Entretanto o exame cultural é negativo para micobactérias em amostras de expectoração e aspirado brônquico. Assim, a hipótese de reativação de TP é excluída, pelo que se suspende antimicrobianos e se assume uma pneumonia necrotizante, sem identificação de microorganismo. Realizada broncoscopia com punção aspirativa transbrônquica com agulha fina (TBNA) de adenopatia subcarinal, e biópsia percutânea guiada por TC de lesão nodular cavitada. Reinternamento 3 semanas depois por hemoptises, dispneia e febre. Dado isolamento de MRSA em TBNA, cumpre 21 dias de ceftriaxona e vancomicina com resposta clínica favorável. Resultado de TBNA e biópsia reve-

lam carcinoma epidermóide do pulmão com PD-L1 < 1%. Orientado para início de carboplatino e paclitaxel. 7 semanas após alta o doente acaba por falecer de infeção respiratória.

Discussão: Demonstra-se que a etiologia de lesões pulmonares cavitadas pode ser multifatorial e, apesar de poder existir claramente uma etiologia principal, devem ser excluídas outras causas atempadamente.

P109. PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÓNICA E FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA: QUANDO O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NÃO É FÁCIL

D.S. Gomes, C.C. Costa, A. Vasconcelos, E. Seixas, J.C. Costa, L. Andrade

Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introdução: A pneumonite de hipersensibilidade (PH) fibrosante crónica e a fibrose pulmonar idiopática (FPI) são por vezes de difícil diagnóstico diferencial, dada a sobreposição de várias características.

Caso clínico: Homem, 73 anos, autónomo. Observado em consulta de pneumologia por suspeita de doença intersticial. Apresentava um quadro de tosse seca crónica e dispneia com evolução progressiva há cerca de 1 ano. À auscultação, crepitações secas bibasais. Sem antecedentes nem medicação habitual relevantes, não fumador. Trabalhou em fábrica de papel. Possui 10 galinhas no quintal, com as quais refere não ter contacto direto. Do estudo complementar pedido e realizado em consulta: autoimunidade negativa; TC-AR do tórax com padrão “indeterminado para pneumonia intersticial usual (UIP)/compatível com PH fibrosante”; precipitinas séricas IgG a excremento de galinha fracamente positivas, restantes negativas; lavado broncoalveolar (LBA) com predomínio de neutrófilos (67%); padrão espirométrico dentro da normalidade com diminuição grave da capacidade de difusão (DLCO 37%), que corrige para a ventilação alveolar para 66%. Considerando a exposição a antigénios aviários como válida foi considerado o diagnóstico de PH com baixo grau de confiança. No entanto, tendo em conta a incerteza diagnóstica (PH fibrosante crónica vs FPI), realizou-se biópsia pulmonar cirúrgica por cirurgia toracoscópica vídeo-assistida (VATS) dos 3 lobos à direita, que revelaram alterações compatíveis com UIP. Enquanto se aguardava o resultado histológico existiu agravamento clínico progressivo com aumento da necessidade de oxigenoterapia domiciliária. Em reunião multidisciplinar, e de acordo com as *guidelines* recentes, assumido diagnóstico de FPI. O doente iniciou nintedanib, com boa tolerância e mantendo estabilidade clínica.

Discussão: Este caso clínico evidencia a dificuldade que muitas vezes existe na prática clínica no diagnóstico diferencial entre a PH fibrosante crónica e a FPI, dado não existir ainda nenhum exame complementar que permita um diagnóstico definitivo. A biópsia pulmonar torna-se, em vários casos duvidosos, quase imprescindível para um diagnóstico com maior grau de confiança. Sem dúvida a reunião multidisciplinar é indispensável no processo diagnóstico das doenças intersticiais difusas do pulmão.

P110. EFEITOS SECUNDÁRIOS DE TKI, EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

C. Cascais Costa, A. Figueiredo, F. Barata

Centro Hospitalar Baixo Vouga.

Introdução: Existem vários inibidores da tirosina cinase (TKI) utilizados no tratamento do carcinoma pulmonar de não pequenas células (CPNPC) com mutações alvo. A sua utilização está associada a bons outcomes clínicos com perfil de toxicidade aceitável.

Objetivos: Estudar a toxicidade hepática, renal e perfil lipídico de um subgrupo de doentes, aleatório, com CPNPC sob TKI.

Métodos: Avaliar as aminotransferases, fosfatase alcalina, bilirrubina total, a creatinina e ionograma antes do início do tratamento

em curso e no momento da última avaliação analítica. Recolher também dados sobre colesterol total, LDH, HDL e triglicéridos antes da linha terapêutica em estudo e na última avaliação realizada sob a mesma.

Resultados: Identificamos 41 doentes, 75,6% do sexo feminino, média de idade $65,93 \pm 11,3$ anos. 2,4% fumadores, 12,2% ex-fumadores. As mutações identificadas foram: 56,1% EGFR, 26,8% ALK, 9,8% ROS, 4,9% MET e 2,4% BRAF. Em termos de tratamento identificamos cerca de 43,9% de doentes sob osimertinib, 12,2% sob crizotinib, 9,8% sob ceritinib, 9,8% sob alectinib, 9,8% sob lorlatinib, 4,9% sob afatinib, e 2,4% sob brigatinib, 2,4% sob erlotinib, 2,4% sob mobocertinib, e 2,4% sob dabrafetinib e trametinib. Em 51,2% doentes, o fármaco estudado, foi o primeiro TKI em utilização, em 41,5% doentes foi o segundo, em 4,9% doentes foi o terceiro e num doente foi o quarto TKI. O tratamento a que os dados se reportam foi o tratamento de primeira linha em 43,9% doentes, em 31,7% foi segunda linha, em 17% foi de terceira linha e em 7,3% quinta linha. Duração média de tratamento com o TKI estudado foi de $13,37 \pm 15,11$ meses. Dos doentes avaliados 17% apresentaram agravamento discreto da função renal. Dois doentes apresentavam doença hepática previa, outros dois doentes tinham metástases hepáticas antes do início do TKI. Apenas 7,3% doentes apresentaram elevação discreta das transaminases. Relativamente ao perfil lipídico 43,9% dos doentes não faziam estatinas previamente, 29,3% já faziam e 22% dos doentes iniciaram após tratamento com o TKI.

Conclusões: Com este trabalho os autores apoiam a evidencia científica existente sobre a boa tolerância destes fármacos, sendo que na nossa amostra, não foi necessário suspender nenhum fármaco pelos efeitos estudados.

P111. RADIONECROSE, UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

C. Cascais Costa, S. Gonçalves, M. Henriques, A. Rocha, N. Santos, A. Pêgo

Centro Hospitalar Baixo Vouga.

Introdução: A radiocirurgia cerebral é uma técnica que fornece uma alta dose, focalizada, de radiação ionizante, com baixa toxicidade para as áreas envolventes. Deste modo tornou-se uma estratégia importante na abordagem das lesões cerebrais secundárias, quer como primeira abordagem quer como adjuvante da neurocirurgia. Edema, radionecrose e outras complicações neurológicas, apesar de raras, estão descritas com esta técnica, mas podem ser minimizadas tendo em conta a dose da radiação e o volume da lesão irradiada.

Casos clínicos: Caso 1: homem de 56 anos, seguido em consulta de Pneumologia Oncológica por adenocarcinoma diagnosticado em estadio IIIa em 2014, com mutação EGFR, realizou lobectomia superior direita com linfadenectomia e quimioterapia e radioterapia (RT) adjuvantes. Apresentou recidiva em 2015 com metastização óssea (cabeça fémur direito) e cerebral (única). Realizou radiocirurgia a metástase cerebral única e RT óssea paliativa. Fez erlotinib de 2015 a 2017. Em 2019, em RMN CE de seguimento observou-se aumento da lesão cerebral parietal esquerda que tinha sido intervenção. Por suspeita de progressão cerebral foi excisada cirurgicamente e o exame anatomo-patológico foi compatível com tecido necrótico. O doente foi também submetido a nova biópsia pulmonar que identificou a mutação T790M, pelo que iniciou osimertinib em 2018 que mantém, sem efeitos secundários. Caso 2: mulher de 48 anos, seguida por adenocarcinoma ALK positivo, estadio IV ao diagnóstico por metástase cerebral única, que foi submetida a radiocirurgia nesse mesmo ano. Por suspeita de progressão cerebral a doente foi submetida a remoção dessa lesão a nível occipital direito, que revelou tratar-se de radionecrose. A doente mantém-se sob alectinib, sem efeitos secundários e sem progressão sistémica.

Discussão: Os autores apresentam dois casos que ilustram a dificuldade de distinção entre progressão tumoral e radionecrose. As op-

ções terapêuticas neste último caso, incluem corticoterapia, pentoxifilina e vitamina E, e ressecção cirúrgica. A radionecrose deve ser considerada quando existe aumento da lesão sobretudo depois de mais 9 meses após a radiocirurgia. Assim, a vigilância clínica, imagiológica e suspeição diagnóstica são cruciais nestes casos.

P112. TUBERCULOSE: UMA CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO ALTA DA VIA AÉREA SUPERIOR

F. Modesto, M. Marçal, V. Caldeira, C.B. Forte, S. Sousa, P. Duarte
Hospital São Bernardo.

Introdução: A tuberculose (TB) pode apresentar várias manifestações extrapulmonares, sendo a mais comum a ganglionar (41%). Em casos raros pode também envolver a cavidade oral, laringe e faringe.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 58 anos, com antecedentes de epilepsia e hábitos tabágicos, etanólicos e toxifílicos, que recorre ao Serviço de Urgência por queda da própria altura, tendo-se apurado quadro de febre, tosse seca e dispneia com cerca de duas semanas de evolução. Realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax com evidência de infiltrado bilateral micronodular, suspeito de TB. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios, sem alterações da função hepática e serologia do VIH negativa. Por prostração, confusão e febre elevada foi realizada punção lombar com teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) e exame directo negativos. Efectuada videobroncoscopia com evidência de colapso da via aérea superior (VAS) e redução do espaço retrofaríngeo, com mucosa granitada e edemaciada e dificuldade na visualização das cordas vocais. Árvore brônquica sem alterações, efetuando-se lavado broncoalveolar (LBA). Por suspeita de envolvimento laríngeo, realizou TC com evidência de extenso abscesso retrofaríngeo com prolongamento para o canal intravertebral desde C2 até D2, associando-se a compressão medular. Resultado parcial de LBA com TAAN positivo e exame directo negativo, assumindo-se diagnóstico provável de TB pulmonar. Avaliado por neurocirurgia com indicação para tratamento conservador. Por compromisso da via aérea superior, observado por otorinolaringologia, tendo sido submetido a drenagem de abscesso com saída de material purulento.

Discussão: Este caso é ilustrativo de uma manifestação rara de TB extrapulmonar, representando um desafio diagnóstico. O abscesso tuberculoso retrofaríngeo pode causar obstrução da VAS e síndrome de apneia obstrutiva do sono e complicar-se com mediastinite. O tratamento consiste em drenagem cirúrgica e terapêutica antibacterial e a sua instituição precoce é essencial para o prognóstico favorável destes casos.

P113. INCIDENTALOMA EM DOENTE JOVEM

C.B. Giesta, S. Ferreira, A. Norte, J. Duarte, C. Lousada
Centro Hospitalar Médio Tejo.

Introdução: Os tumores neurogénicos são incomuns e podem ter várias localizações. O schwannoma é um tumor da bainha dos nervos periféricos e um dos tumores neurogénicos mais comuns.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de um jovem de 38 anos que foi referenciado à consulta de Pneumologia por manutenção de cansaço e tosse seca após infecção por SARS-CoV-2. Realizou tomografia computadorizada (TC) do tórax para esclarecimento do quadro que revelou na porção média do hemitórax, ao nível do ângulo costovertebral direito, uma massa parietal homogênea e bem definida de 5,5 × 4,5 cm, que não condicionava alterações às estruturas ósseas adjacentes. Completou o seu estudo com ressonância magnética que referia massa traduzindo provável tumor neurogénico. Foi, então, encaminhado para a Cirurgia Torácica tendo sido efectuada excisão dessa lesão, descrita no intra-operatório como dura,

capsulada, e de limites bem definidos, por videotoracoscopia assistida. Posteriormente, o exame histológico mostrou tratar-se de um schwannoma.

Discussão: Habitualmente diagnosticado em doentes jovens, o schwannoma pode ser um achado de exames complementares ou cursar com sintomatologia derivada da compressão de estruturas adjacentes. A apresentação imagiológica típica é de uma massa de margens bem definidas com conteúdo variado, sendo a sua localização mais comum no seio costofrénico tal como observado neste caso clínico. Habitualmente, apresenta um comportamento benigno com resolução com a excisão cirúrgica e sem recorrência. Este caso pretende salientar os tumores neurogénicos, incomuns na prática clínica.

P114. SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO: UM CASO CLÍNICO RELEVANTE

F. Guimarães, J. Canadas, M. Cunha, N. Marçal, P. Rosa
Hospital Vila Franca de Xira.

Introdução: Os síndromes hipereosinofílicas são um grupo de patologias raras com produção aumentada e sustentada de eosinófilos que provoca infiltração e lesão de órgãos. Os autores apresentam o caso clínico de um doente com síndrome hipereosinofílica idiopática com envolvimento pulmonar, medular e cutâneo.

Caso clínico: Trata-se de um doente do sexo masculino, 39 anos, com rinosinusite alérgica com pansinusite inflamatória, alergias alimentares, doença do refluxo gastro-esofágico, ex-fumador (10 UMAs) e diagnóstico recente de asma com eosinofilia periférica (350 cél/uL). Recorreu ao serviço de urgência por tosse com expectoração e pieira com 1 semana de evolução, sem febre. Analiticamente destacava-se leucocitose com eosinofilia 60,2% (12.350), PCR < 0,5 mg/dL, radiografia torácica com opacidades nos campos pulmonares superiores e tomografia computadorizada do tórax com densidades em vidro despolido com distribuição bronquiocêntrica lobular periférica nos andares superiores e médios e adenomegalias mediastínicas. Internou-se ao cuidado da Pneumologia para investigação. Na broncofibroscopia observavam-se áreas esbranquiçadas na árvore brônquica, realizadas biópsias com infiltrado por polimorfonucleares eosinofílicos, sem células neoplásicas, vasculite, granulomas ou microorganismos. Lavado bronco-alveolar, mielograma e biópsia óssea, sem atipia celular, com acentuada eosinofilia. Auto-anticorpos negativos (incluindo ANCA), IgE aumentada (2.066 kU/L). Por agravamento sintomático com tosse e dessaturação foi iniciada corticoterapia sistémica (0,5 mg/Kg) com melhoria clínica, mantendo seguimento em consulta. Em ambulatório, realizou cirurgia nasal por polipose nasal e desmame progressivo da corticoterapia com agravamento respiratório e manchas pruriginosas nas axilas cujas biópsias revelaram paniculite eosinofílica. Reiniciou corticoterapia sistémica com difícil desmame. Por dois flares em um ano com difícil desmame da corticoterapia, iniciou mepolizumab (anticorpo IL-5) 300 mg mensal com controlo sintomático favorável. O diagnóstico de síndrome eosinofílica idiopática constitui um desafio dada a necessidade de exclusão de doenças graves e envolve a discussão multidisciplinar com diferentes especialidades. Trata-se de um caso relevante pelo desafiante diagnóstico e gestão terapêutica.

P115. BIÓPSIA ASPIRATIVA TRANSTORÁCICA - AINDA FAZ SENTIDO?

P. Viegas, C. Ribeiro, A. Oliveira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho.

A biópsia aspirativa transtorácica (BATT) tem vindo a ser menos utilizada nos últimos anos, atendendo à necessidade crescente de obtenção de material histológico para diagnóstico de lesões pulmonares.

res e pleurais. Não obstante, a BATT, quando guiada por ecografia, constitui um método rápido, simples e minimamente invasivo, que permite abordar lesões com contacto com a parede torácica, quando não há disponibilidade imediata de material para realização de biópsia histológica. O uso generalizado de ecografia para realização de técnicas pleurais veio contribuir para que esta técnica possa ser facilmente realizada por qualquer pneumologista. Foi realizada uma análise de casos de BATT guiadas por ecografia realizadas por pneumologistas do nosso centro. Foram identificados seis casos de lesões submetidas a BATT e enviadas para análise citológica. Três doentes eram homens e três eram mulheres, com idade média de 65.8 ± 11.3 anos. Nenhum dos doentes era obeso e apenas um apresentava bolhas enfisematosas descritas em TAC. Das lesões abordadas, três tinham localização pulmonar periférica com contacto pleural, duas com localização pleural e uma localizava-se na parede torácica. O tamanho mediano era de 44 mm, mínimo 26 mm e máximo 80 mm. O diâmetro de agulha utilizado variou entre 19 e 22G. Dos resultados obtidos, uma amostra foi não representativa, uma demonstrou pleura sem alterações, três identificaram carcinoma - dois casos de adenocarcinoma do pulmão e um carcinoma pulmonar não pequenas células (CPNPC); e outra, metástase de carcinoma urotelial. A amostra sem alterações acabou por se revelar um mesotelioma e a amostra não representativa um CPNPC. Os tempos de obtenção do resultado da citologia variaram entre 1 e 14 dias. Dos seis casos descritos, um foi realizado em contexto de internamento e os restantes na consulta externa. Não surgiram complicações pós-procedimento nos casos descritos. A BATT guiada por ecografia, com obtenção de material por aspiração com agulha, é uma técnica pouco invasiva e facilmente acessível que permite a abordagem de lesões torácicas periféricas, sem complicações significativas.

P116. DEZASSEIS ANOS DE UM DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE

I.M. Macedo, M.J. Santos, V. Maione, M. Bragança, R. Macedo, V. Durão, P. Pinto, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Introdução: Os derrames pleurais são achados frequentes na prática clínica de um pneumologista, tendo diversas causas entre benignas e malignas. A realização de toracocentese com avaliação do líquido pleural permite em muitos casos o esclarecimento etiológico, mas a realização de biópsias pleurais pode ser fundamental para se atingir um diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 74 anos, desde 2005 com derrame pleural esquerdo recidivante, com várias tentativas de identificação etiológica, sempre com citologias negativas para neoplasia. Em 2009 realizou toracoscopia médica e pleurodese, cujas biópsias pleurais foram negativas para neoplasia, mas com citologias de líquido pleural compatíveis com adenocarcinoma. Por ausência de achados em tomografia computadorizada (TC) sugestivos de neoplasia do pulmão foram revistas as lâminas e respetiva imunohistoquímica e o resultado final foi de hiperplasia mesotelial. Em 2011 foram identificadas adenopatias hilares e mediastínicas, tendo realizado punção de adenopatia transcarinal por via broncofibroscópica, que foi negativa para neoplasia. Em 2017 realizou PET que revelou vários focos hipermetabólicos sugestivos de malignidade, nomeadamente focos pleurais à esquerda, um nódulo projetado no campo pulmonar esquerdo, dúvida se parenquimatoso ou pleural, e uma adenopatia hilar pulmonar esquerda. Recusou realizar estudos invasivos ou internamento para intervenção diagnóstica e terapêutica. Em 2021, em contexto de nova recidiva do derrame pleural, foi descrito em TC com contraste a existência de áreas nodulares pleurais “em placa”, com espessamento pleural tumoral. A citologia do líquido pleural foi positiva para mesotelioma e as biópsias pleurais confirmaram o diagnóstico de mesotelioma maligno.

Discussão: Cerca de 20% dos derrames pleurais que não têm etiologia conhecida. Destes, 8.3% acabam por ser identificados como neoplásicos no follow-up do doente. Apresentamos este caso para enfatizar que o seguimento dos doentes com derrame pleural crónico é importante para o diagnóstico de etiologia maligna, e para evidenciar a raridade da evolução clínica deste caso, uma vez que a sobrevivência média após o diagnóstico de mesotelioma maligno é de 8 a 14 meses.

P117. NEM SEMPRE A METASTIZAÇÃO É A RESPOSTA CERTA

S.G. Morgado, I. Alegre, A.A. Santos, F. Nogueira

Hospital de Egas Moniz (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental)).

Introdução: As neoplasias malignas primárias múltiplas correspondem a duas ou mais neoplasias distintas, excluindo-se metastização. Quando diagnosticadas simultaneamente ou até aos seis meses são consideradas síncronas, posteriormente, metácronas.

Caso clínico: Homem, 80 anos. Ex-fumador (50 UMA). Com história de adenocarcinoma do cólon T3N0M0, submetido a sigmoidectomia a 30/12/2019, em vigilância; hipertensão arterial; dislipidemia. Medicado com valsartan/hidroclorotiazida; sinvastatina. Realizou tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica a 26/08/2021 evidenciando “modificação da lesão com áreas quísticas e bronquiolectasias no lobo inferior direito (LID), medindo 13×12 mm (...) aumento do nódulo espiculado no lobo inferior esquerdo (LIE) para 12×10 mm. No fígado observa-se aumento da lesão nodular, sugestiva de lesão secundária, no segmento VII para 20×21 mm, e define-se uma lesão idêntica no segmento V com 15×11 mm”. Assim, para estudo dos nódulos pulmonares foi encaminhado para consulta de Pneumologia. Realizou a 03/09/2021 PET-TC mostrando “Nódulo pulmonar suspeito no LID (SUVmáx 5.47). No fígado, nódulo metabólico intenso no segmento-VII (SUVmáx 9.45)”. Para esclarecimento da lesão no LID, foi realizada biópsia transtorácica a 14/10/2021, cuja histologia não evidenciou neoplasia. Quanto às lesões hepáticas foi submetido a metastesectomia a 23/12/2021, cuja histologia confirmou metástases de adenocarcinoma do cólon. Para reavaliação das lesões pulmonares, repetiu TC de tórax a 14/01/2022 evidenciando que “ambas as lesões aumentaram ligeiramente de dimensões”, assim o caso clínico foi discutido com a Cirurgia Torácica, optando-se pela abordagem cirúrgica. Foi submetido a ressecção atípica de nódulos no LID, LIE, e lobo superior esquerdo a 24/2/2022, cuja histologia foi positiva para adenocarcinoma do pulmão nas peças do LID e LIE. Assim trata-se de um doente com adenocarcinoma do pulmão e do cólon ambos em estadio IV. Doente encaminhado para consulta de Pneumologia Oncológica e Oncologia Médica para decisão terapêutica.

Discussão: Neste caso clínico, destaca-se a importância da vigilância ativa das neoplasias de forma a se investigar/tratar com brevidade lesões suspeitas de metastização, pois poderão corresponder a uma neoplasia *de novo*, assim como da abordagem multidisciplinar do doente.

P118. SÍNDROME SAPHO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R.B. Pinheiro, I.F. Pedro, S.L. Moreira, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: As doenças neuromusculares e da parede torácica são individualmente raras, mas em conjunto formam um importante grupo que pode desenvolver insuficiência respiratória crónica. A utilização de VNI em doentes com deformação da caixa torácica está associada ao alívio dos sintomas de hipoventilação e aumento da sobrevida. A síndrome SAPHO (sinovite, acne, pustulose, hipe-

rostose, osteíte) é uma doença rara, adquirida, de etiologia desconhecida, muitas vezes subdiagnosticada. Dados sobre a verdadeira prevalência são limitados, estima-se que afete 1/10.000 pessoas na população caucasiana. É mais frequente entre os 30 e 50 anos de idade, mas pode surgir em crianças e jovens adultos onde existe predomínio pelo sexo feminino. Caracteriza-se pela associação de distúrbios musculoesqueléticos e alterações dermatológicas. Afeta predominantemente a região esternoclavicular, seguida da coluna, pélvis e ossos longos, mas pode afetar qualquer estrutura óssea. O risco de agravamento com síndrome restritivo e insuficiência respiratória hipercápnica é raro, mas possível, com necessidade de vigilância.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, seguido em Ortopedia desde os 8 anos de idade por história de dor óssea e articular múltipla. Do estudo realizado foram identificadas apenas alterações inflamatórias, tendo-se assumido possível osteomielite crónica multifocal recorrente. Por escoliose grave, foi submetido a cirurgia aos 19 anos de idade. Ao longo do tempo com desenvolvimento de acne conglobata com envolvimento do tronco e membros, encontrando-se sob terapêutica tópica. Atendendo às alterações musculoesqueléticas e dermatológicas, feito o diagnóstico de síndrome SAPHO encontrando-se em seguimento em consulta de Reumatologia, Ortopedia, Dermatologia e Pneumologia. Dos estudos de função respiratória seriados apresenta restrição pulmonar moderadamente grave, sem alterações na gasimetria, polissonografia e óxido-capnografia. Neste momento sem indicação para ventilação não invasiva, mantendo-se sob vigilância.

Discussão: A síndrome SAPHO é uma doença rara com possibilidade de envolvimento torácico. A deformação da parede torácica pode ter impacto na ventilação. A avaliação por Pneumologia é fundamental nas alterações musculoesqueléticas do tórax, uma vez que a VNI melhora o prognóstico e altera a história natural da doença.

P119. QUANDO A CAUSA DA HIPOXEMIA VAI PARA ALÉM DOS SUSPEITOS DO COSTUME

A. Veloso, A. Fernandes, K. Cunha, U. Brito

Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Introdução: No diagnóstico etiológico de hipoxemia, a patologia extra-pulmonar deve fazer parte do raciocínio clínico, após exclusão de alterações cardiopulmonares e vasculares. A DHC (doença hepática crónica) é uma das causas de hipoxemia extra-pulmonar, devido a efeitos únicos e distantes na vasculatura pulmonar, no parênquima pulmonar ou no espaço pleural.

Caso clínico: Homem de 47 anos, caucasiano, fumador 35 UMA, com síndrome depressivo associado, ex-toxicodependente e com hábitos etílicos marcados prévios com DHC mista (alcoólica e hepatite C), varizes esofágicas e trombose da veia porta associada, com TIPS (*shunt* portossistémico intra-hepático transjugular) desde Fevereiro de 2013. Transportado ao serviço de urgência (SU) após tentativa de suicídio com recurso a auto-mutilação. Doente referia que tinha desde há 3-4 anos tosse seca diária e dispneia de esforço (mMRC1) sem alteração das características ao longo do tempo. No SU, doente apresentava-se taquipneico e foi constatada SpO₂ 84% e insuficiência respiratória parcial grave na gasimetria em ar ambiente- PaO₂ 47 mmHg. Dos exames complementares de diagnóstico realizados destacam-se: AngioTC sem sinais de tromboembolismo, sem observação de malformações arteriovenosas ou alterações de comunicação intracardiaca. Ecocardiograma transtorácico, sem alterações e ecocardiograma transtorácico com bolhas de soro fisiológico sem demonstração de presença de *shunt* intra-cardíaco. Ecografia abdominal com evidência de permeabilidade do tronco e ramo esquerdo da veia porta, com oclusão do TIPS. Realizou também posteriormente cintigrafia ventilação/perfusão com protocolo síndrome hepatopulmonar (SHP) observando-se *shunt* cerebral, esplénico e renal, que confirma SHP e descarta TEP crónico. Doente é posteriormente

transferido para o serviço de Gastroenterologia, aguarda avaliação de possível transplante hepático.

Discussão: Dentro deste contexto clínico, devemos pensar no SHP como causa de insuficiência respiratória, lembrando que a clínica é pouco expressiva. Se não fosse avaliada a oximetria de pulso poder-se-ia não identificar a insuficiência respiratória e não se fazer o diagnóstico atempadamente. O SHP apresenta uma elevada taxa de mortalidade associada, sendo o transplante hepático o único tratamento disponível.

P120. REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA PERSONALIZADA

B. Ferraz, B. S. Silva, M. Rocha, N. Faria, R. Quita, C. Lacerda

Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Introdução: A Niemann-Pick B é uma doença autossómica recessiva rara com atingimento pulmonar. Não existe, atualmente, um tratamento dirigido pelo que a progressão da patologia pulmonar é lenta, mas associada a comorbilidade.

Caso clínico: Trata-se de um homem de 66 anos, com o diagnóstico de Niemann Pick tipo B, desde 2009. Referenciado à consulta de Pneumologia em 2020 por dispneia para médios esforços e alterações imagiológicas do interstício pulmonar -espessamento difuso dos septos interlobulares e densificação em vidro despolido nos terços inferiores, com padrão micronodular. Na avaliação pulmonar inicial, constatou-se hipoxemia em repouso (PaO₂: 62 mmHg), limitação ao esforço e dessaturação importante na prova da marcha dos 6 minutos. Além disso, verificou-se uma diminuição grave da difusão do monóxido de carbono. A espirometria foi normal. Proposto ao doente iniciar plano de reabilitação respiratória, oxigenoterapia suplementar de deambulação com oxigénio líquido e referência para transplante pulmonar. O doente recusou referência para transplante pulmonar e não tolerou o oxigénio líquido. Apesar de explicadas implicações terapêuticas, alterada oxigenoterapia de deambulação para concentrador convencional. Pelas limitações impostas pela pandemia SARS-CoV-2, doente não iniciou reabilitação respiratória. Contudo, após a alteração para concentrador convencional o doente recuperou capacidade para reiniciar os seus hobbies no domicílio diariamente - tocar saxofone, cantar e agricultura. Nas consultas de seguimento, apesar da ausência de terapêutica dirigida, oxigenoterapia suplementar em esforço inferior às necessidades e de não estar inserido num programa de reabilitação respiratória, constatou-se franca melhoria sintomática e estabilidade imagiológica e funcional respiratória.

Discussão: Os autores descrevem um caso de uma doença metabólica rara com atingimento pulmonar. Perante a impossibilidade da realização do plano terapêutico otimizado, os autores realçam a importância da procura de alternativas nomeadamente de terapêuticas personalizadas que apesar de pouco convencionais podem contribuir para a estabilidade clínica e menor impacto da doença na qualidade de vida do doente.

P121. ADENOCARCINOMA MUCINOSO DO PULMÃO - UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

C.S. Alves, M.M. Silva, C.F. Roquete, M.V. Osório, R. Fernandes, I. Luz, L. Carreto, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca.

Introdução: Os adenocarcinomas mucinosos do pulmão representam aproximadamente 10% dos adenocarcinomas pulmonares e estão associados a um pior prognóstico. Apresentam-se com tosse produtiva, pela produção de grandes quantidades de muco pelas células tumorais. A nível imagiológico apresentam consolidações com broncograma aéreo e áreas de vidro despolido, focais ou dispersas.

Caso clínico: Mulher de 93 anos, não-fumadora, recorreu ao Serviço de Urgência por tosse produtiva mucosa, anorexia, astenia e perda

ponderal de 14% nos últimos 2 meses, e febre sem horário nos últimos 2 dias. Realizou telerradiografia de tórax que apresentava padrão nodular bilateral e hipotransparências bibasais. A tomografia computadorizada de tórax (TCT) evidenciou múltiplos nódulos sólidos dispersos em ambos os hemitórax e extensa área de consolidação nos lobos inferiores, associado a adenopatias mediastínicas bilaterais. À observação encontrava-se hipoxêmica e com crepitações bibasais. Analiticamente destacava-se PCR de 12 mg/dL. Pesquisa de BAAR na expectoração negativa. Foi internada com a suspeita de tuberculose miliar, tendo realizado broncofibroscopia com colheita de secreções brônquicas e biópsia transbronquial. A Pesquisa de BAAR e PCR para *Mycobacterium tuberculosis* nas secreções brônquicas foram negativas. As biópsias transbrônquicas na pirâmide basal do lobo inferior esquerdo evidenciaram inflamação inespecífica. Optou-se por biópsia transtorácica da consolidação do lobo inferior esquerdo guiada por TCT, 21 dias após a admissão, que revelou adenocarcinoma mucinoso, sem expressão de PD-L1. Tratando-se de uma doente com cancro do pulmão em estadio IV e, com performance status na escala Eastern Cooperative Oncology Group de 4, optou-se por terapêutica de suporte. A doente faleceu 43 dias após o diagnóstico.

Discussão: O adenocarcinoma mucinoso pulmonar, habitualmente, tem uma apresentação clínica inespecífica associado a um padrão consolidativo, frequentemente simulando pneumonia. No entanto, como evidenciado no caso clínico, pode-se associar, raramente, a múltiplos nódulos sólidos dispersos e de distribuição aleatória, embora este padrão seja mais característico de tuberculose miliar (o que atrasou o diagnóstico). Neste caso a neoplasia primária corresponde às consolidações e os nódulos a metástases.

P122. TUMORES SÍNCRONOS DO PULMÃO -A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M.M. Cruz, A.F. Silva, S. Raimundo, T. Gomes, A. Loureiro

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro.

Introdução: Os tumores síncronos do pulmão definem-se como 2 ou mais tumores primários do pulmão identificados simultaneamente, podendo ser ipsilaterais ou contralaterais. A incidência varia entre 0,2-20%, sendo que 40-90% são adenocarcinomas. Com a utilização mais generalizada da TC e da PET, a deteção destes tumores tem aumentado. O principal diagnóstico diferencial são as metástases intrapulmonares, constituindo as mutações driver uma importante ferramenta para o diagnóstico de tumores síncronos.

Caso clínico: Doente do género feminino, 61 anos, ex-fumadora há 20 anos, com carga tabágica prévia de 20 UMAs. Em contexto de colonoscopia em que foi identificada formação subepitelial no cólon transversal, realizou TC abdomino-pélvica com identificação de formação nodular no LID com 22 mm. Orientada para consulta de Pneumologia e realizada TC torácica, onde se identificou nódulo sólido de contornos lobulados e espiculados no segmento pósterio-basal do LID, com 25 × 19 × 23 mm e um nódulo sólido de 13 mm, com contornos ligeiramente espiculados em topografia para-cisural na vertente anterior e inferior do segmento ântero-medial do LIE. A broncofibroscopia não evidenciou lesões endobrônquicas e a PET-CT revelou avidade intensa para FDG (SUV max:6,3) a nível do nódulo do LID, e sem captação no nódulo do LIE. Realizada BTT de ambos os nódulos, cuja anatomia patológica do nódulo do LID revelou: “neoplasia com características de adenocarcinoma pulmonar, (...) predominantemente de padrão micropapilar e com pequena área sólida”; PD-L1 30-40%, EGFR e ALK negativos. A histologia do nódulo do LIE revelou “neoplasia com características de adenocarcinoma (...) de padrão acinar”, PD-L1 0% e EGFR positivo (deleção do exão 19). A doente foi submetida a lobectomia inferior direita (pT2aN0) e ressecção atípica do LIE em Junho de 2021 (pT1bN0). Identificada invasão pleural do tumor do LID pelo que foi proposta QT adjuvante com carboplatino e pemetrexedo, tendo a doente completado 4 ciclos e encontrando-se atualmente em vigilância.

Discussão: O presente caso clínico revela a importância da caracterização adequada das lesões pulmonares múltiplas em doentes com suspeita de malignidade e da distinção entre metástases intrapulmonares e tumores síncronos, dado o enorme impacto em termos de estadiamento, decisão terapêutica e prognóstico.

P123. QUEM VÊ OLHOS NÃO VÊ PULMÕES: METÁSTASE OCULAR DE NEOPLASIA PULMONAR

A. Veloso, F. Cabrita, K. Cunha, U. Brito

Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Introdução: Internacionalmente a neoplasia do pulmão continua a liderar a mortalidade associada a doença neoplásica tanto no homem como na mulher. Cerca de 50% dos doentes diagnosticados com neoplasia do pulmão apresentam metastização ao diagnóstico. A metastização é frequentemente cerebral, óssea, hepática, ganglionar, das suprarrenais e da cavidade torácica. Noutros locais é geralmente inferior a 5%.

Caso clínico: Homem de 53 anos, caucasiano, fumador 32 UMA. Inicia quadro de cefaleias, dor, prurido e hiperemia do olho direito em Dezembro de 2021, posteriormente em Janeiro, episódio de trombose venosa profunda (TVP) do membro inferior (MI) esquerdo. Por persistência das queixas oculares foi orientado para observação em serviço de urgência (SU) de Oftalmologia. Colocada a hipótese de lesão neoplásica primária da coróide direita vs. lesão secundária do olho direito, sem possibilidade de biópsia de lesão, orientado para estudo em ambulatório. Novo episódio de TVP do MI direito em Fevereiro de 2022. Passado 1 mês, nova vinda ao SU com dor abdominal aguda na fossa ilíaca esquerda, realiza TC-TAP onde se observou uma massa no pulmão direito e alterações sugestivas de metastização hepática, mediastínica, abdominal, suprarrenal e retroperitoneal. Sem insuficiência respiratória ou outra sintomatologia. Realizadas broncofibroscopia e biópsia de lesão, tendo sido diagnosticado carcinoma não pequenas células pouco diferenciado em estadio IV. Observou-se agravamento do estado clínico, tendo sido decidido, em reunião multidisciplinar, terapêutica de suporte e cuidados paliativos.

Discussão: A metastização ocular associada a tromboembolismo de repetição é uma apresentação inicial de neoplasia pouco comum. Observa-se pior prognóstico e uma menor taxa de sobrevivência nestes doentes, provavelmente devido a uma maior agressividade tumoral e invasão multiorgânica concomitante. A coróide é o local mais frequentemente atingido, devido ao extenso fluxo sanguíneo, aquando metastização ocular frequentemente associada a neoplasia da mama e do pulmão.

P124. UM DEDO APONTADO AO PULMÃO

L. Rodrigues, W. Videira, F. Froes, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: Condrossarcomas são tumores primários ósseos inco-muns, com origem no tecido cartilágneo. Os locais de apresentação mais habituais são a pelvis, costelas e ossos longos, raramente atingem as extremidades. A incidência é igual em ambos os sexos e surgem mais frequentemente entre a 6ª e 7ª décadas de vida. A probabilidade de metastização varia de acordo com o grau de diferenciação tumoral sendo praticamente nula nos tumores de grau I e superior a 50% no grau III. O pulmão é o local mais comum de envolvimento secundário.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 71 anos, com diagnóstico prévio de condrossarcoma grau III do 2º dedo da mão esquerda. Submetido a amputação do dedo seguida de follow-up regular. Cerca de dois anos após a intervenção apresenta em ressonância magnética da mão sinais de recidiva local no coto cirúrgico, já com envolvimento do 1º e 3º dedos. Da avaliação complementar

pedida fez parte TC de corpo que demonstrou duas massas pulmonares, para além de lesões hepáticas, esplênicas e renais também sugestivas de envolvimento secundário. Alguns dias após a realização destes exames foi internado com queixas de toracalgia, dorsalgia e lombalgia severas, referindo ainda anorexia com perda ponderal de aproximadamente 5 Kg nos últimos 2 meses. Apresentava ainda lesões cutâneas papulares de consistência dura nas regiões do esterno, flanco esquerdo, dorso e frontal. Os marcadores tumorais eram negativos. Realizou videobroncofibroscopia em que o exame endoscópico não mostrou alterações e a pesquisa de células neoplásicas no lavado broncoalveolar foi negativa. Realizada biópsia trans-torácica guiada por TC de uma das massas pulmonares e também biópsia das lesões cutâneas que em ambos os casos confirmaram tratar-se de metástases de condrossarcoma.

Discussão: Comparativamente a outras localizações, os condrossarcomas das extremidades tem habitualmente menor tendência de metastização no entanto, como este caso demonstra existe sempre essa possibilidade principalmente no caso de tumores menos diferenciados. Apresentamos o caso pela sua raridade e alertando para a necessidade de manter seguimento regular destes pacientes com avaliação imagiológica torácica mesmo após cirurgia aparentemente curativa.

P125. DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE

R. Borrego, S. André, F. Nogueira

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz.

Introdução: Os autores apresentam este caso clínico para salientar que a marcha diagnóstica do derrame pleural nem sempre é fácil. No jovem, o derrame pleural tem um diagnóstico diferencial vasto e deve ser tida em conta a tuberculose. A suspeição clínica é fundamental para a abordagem diagnóstica correta e subsequente terapêutica dirigida.

Caso clínico: Homem de 21 anos, natural de Angola, em Portugal há 2 anos, sem antecedentes patológicos ou medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência por cansaço, perda ponderal e dor torácica tipo pleurítica, com evolução de 5 meses. Na radiografia torácica à admissão observou-se um derrame pleural esquerdo de grandes dimensões. O doente foi submetido a toracocentese diagnóstica e evacuadora com saída de 2.000 ml de líquido sero-fibrinoso, compatível com exsudado, negativo para células neoplásicas, com vestígios de genoma de *Mycobacterium tuberculosis* mas negativo no exame direto. Procedeu-se a biópsia pleural, que revelou pleurite granulomatosa. Após toracocentese, o derrame manteve-se sem recidivar. Posteriormente, realizou tomografia computadorizada torácica que demonstrou locas com ganho de contraste na cavidade pericárdica, espessamento pericárdico, derrame e espessamento pleural e adenopatias mediastínicas. Perante o quadro clínico, tuberculose permanecia como a principal hipótese diagnóstica, embora os exames complementares não apresentassem os resultados esperados. Após discussão multidisciplinar, realizou ressonância magnética cardíaca com evidência de massas pericárdicas, levantando outras hipóteses diagnósticas. Assim, foi efetuada biópsia pericárdica, com pesquisa de DNA por *Polymerase Chain Reaction*, positivo para *M. tuberculosis*, evidenciando granulomas e necrose caseosa no exame anatomo-patológico. Estabeleceu-se assim o diagnóstico de tuberculose pleuro-pericárdica e iniciou terapêutica com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol.

Discussão: A tuberculose pode ser de difícil diagnóstico, principalmente quando a sua manifestação é um quadro consumptivo associado a derrame pleural e pericárdico. As manifestações da tuberculose extrapulmonar são muitas vezes sistémicas e inespecíficas, podendo variar de acordo com o órgão afetado. No entanto, existindo forte suspeita, deve ser feita a marcha diagnóstica de forma a direcionar a terapêutica.

P126. UMA CAVITAÇÃO QUE NÃO VEM SÓ

M.F. Almeida, J. Portela, C. Couto, I. Oliveira, A.C. Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A associação entre tuberculose pulmonar (TP) e neoplasia pulmonar abre uma série de questões sobre a relação entre estas duas doenças. Verifica-se que os doentes com neoplasia constituem um grupo de risco para o desenvolvimento de TP.

Caso clínico: Trazemos o caso clínico de um homem de 52 anos, cabo-verdiano, sem antecedentes, hábitos, medicação ou alergias conhecidas. Foi diagnosticado com TP em Cabo Verde em Junho de 2021, tendo iniciado terapêutica antibacilar. Evoluiu desfavoravelmente, com tosse produtiva mucosa, toracalgia pleurítica direita, polipneia e pieira. Realizou TC tórax, que identificou “áreas de condensação necrosadas no hemitórax direito e 3 lesões nodulares no lobo inferior esquerdo, microcavidades”. Exames subsidiários da broncofibroscopia revelaram displasia moderada e necrose. Em Portugal, recorreu ao serviço de urgência em Julho de 2021, por manutenção de toracalgia pleurítica direita importante. Apresentava-se polipneico e com broncoespasmo disperso. Analiticamente com PCR 9,79 mg/dL. Dado o agravamento imagiológico e clínico com manutenção de insuficiência respiratória, num doente com TP sob terapêutica adequada, colocou-se a possibilidade da existência de outro diagnóstico subjacente. Neste contexto, e pela dúvida de eventual neoplasia pulmonar, internou-se o doente. Repetiu broncofibroscopia que foi inconclusiva, com posterior realização de biópsia pulmonar transtorácica, que então confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar não mutado, PD L1 90%. Do estadiamento efetuado, por metastização pulmonar bilateral, admitiu-se estadiamento IV - T4 N3 M1a, tendo iniciado terapêutica com pembrolizumab.

Discussão: Este é um caso ilustrativo da ocorrência das duas patologias - neoplasia e TP - em simultâneo. Existem vários mecanismos para o seu desenvolvimento, nomeadamente: a infeção por tuberculose pode ser secundária à imunodepressão relacionada ou com o próprio carcinoma, ou como consequência do seu tratamento; por outro lado, uma neoplasia pode desenvolver-se por metaplasia do epitélio de cavitações de tuberculose. Neste sentido, a abordagem terapêutica, torna-se um desafio.

P127. QUANDO A ASMA SE AGRAVA, O QUE PENSAR?

R. Cordeiro, L. Mateus, M.J. Cavaco, A. Nunes, C. Silvestre, N. Andre, A. Domingos

Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Torres Vedras.

Introdução: A pneumonia eosinofílica crónica (PEC) é uma doença idiopática caracterizada pela acumulação anormal de eosinófilos no espaço intersticial e alveolar. Ocorre mais frequentemente em mulheres, não fumadoras, e associa-se à asma em cerca de 50% dos casos. A recidiva é muito frequente (50-80%), podendo ocorrer entre meses a anos após suspensão da terapêutica.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente de 32 anos, do sexo masculino, não fumador. História de asma atópica e rinite alérgica na infância, com sintomas até aos 12 anos; posteriormente assintomático. Aos 22 anos é internado no serviço de pneumologia por quadro de dispneia, tosse e pieira, associado a opacidades bilaterais periféricas. Foi admitido o diagnóstico de pneumonia eosinofílica crónica (eosinofilia periférica (7.300/ μ L), eosinofilia no LBA-66%), após exclusão de outras causas. Iniciou prednisolona oral (0,5 mg/kg/dia) que manteve 8 semanas, com resolução total. Diminuição progressiva da corticoterapia oral, mantendo controlo sintomático com ICS/LABA. Em 2014 abandonou seguimento da consulta hospitalar. Em junho de 2021, oito anos após a última consulta, reinicia quadro de cansaço, dispneia e pieira. Analiticamente com eosinofilia periférica (3.200/ μ L). A TC-Tórax mostrou focos e densificação em vidro despolido com dois focos consolidativos com

broncograma aéreo no LSD e LSE. Foi medicado com amoxicilina-ac. clavulânico, azitromicina e prednisolona 40 mg/d durante 5 dias, com discreta melhoria clínica. Manteve pieira, cansaço e alterações radiográficas. Admitida recidiva de pneumonia eosinofílica crônica, iniciou prednisolona (0,5 mg/kg/dia). Restante estudo foi negativo para parasitas, IgE específica para *A. fumigatus*, pANCA, ANA, micobacterias. Dois meses após a suspensão da corticoterapia mantém resolução clínica e radiográfica.

Discussão: Na presença de infiltrados pulmonares associados a eosinofilia periférica, deve equacionar-se o diagnóstico de PEC. A recidiva da PEC pode ocorrer décadas após o primeiro episódio, pelo que a vigilância prolongada deve ser a norma. Na agudização da asma, a associação com infiltrados pulmonares, deverá pensar-se em etiologias mais raras.

P128. ADENOCARCINOMA DO PULMÃO - SERÃO 10 ANOS DE SOBREVIDA UM PROGNÓSTICO RESERVADO?

F.T. Silva, M.M. Cruz, S. Raimundo, A.I. Loureiro

CHTMAD.

Introdução: O adenocarcinoma do pulmão apresenta uma sobrevida global aos 5 anos de 10 a 15%, maioritariamente pelo diagnóstico em estadio avançado. Cerca de 16 a 20% destes doentes poderão desenvolver metastização cerebral, subindo a prevalência para os 50 a 60%, nos doentes com mutações nos genes EGFR e rearranjos no ALK. Não obstante, os doentes mutados apresentam melhor prognóstico, vindo a terapêutica-alvo revolucionar o tratamento e sobrevida desta patologia.

Caso clínico: Mulher de 68 anos, não fumadora, com diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar em estadio cT2aN0M0, em abril de 2012. Submetida a lobectomia superior direita em maio de 2012, com a histologia da peça a mostrar pT1bN0, sendo detectada a mutação L858R do exão 21 do gene EGFR. Manteve vigilância até maio de 2013, sendo detectada progressão com metastização ocular e pulmonar, iniciando gefitinib e radioterapia (RT) dirigida à lesão ocular. Com doença estacionária até março de 2017, com diagnóstico de metastização cerebelosa e vertebral em D12, tendo cumprido RT dirigida às 2 lesões. Pesquisa de mutação T790M negativa, mantendo gefitinib. Em julho de 2020, por metastização cerebral difusa sintomática realizou WBRT. Pela progressão, cumpriu 4 ciclos de carboplatino e pemetrexed, suspenso na manutenção por toxicidade cutânea. Realizou nova pesquisa da mutação T790M, sendo positiva em biópsia líquida em abril de 2021, iniciando posteriormente osimertinib, que mantém até à data, com doença estacionária. À data da última consulta, em abril de 2022, a doente apresentava tonturas com moderado impacto na deambulação, diminuição da acuidade visual no olho direito, sem sintomas respiratórios e sem efeitos adversos relacionados com o osimertinib.

Discussão: Este caso é ilustrativo da franca alteração do paradigma do cancro do pulmão, nomeadamente no prognóstico do adenocarcinoma do pulmão com mutações-driver. Apesar do impacto não desprezível na qualidade de vida desta doente, as terapêuticas atuais permitiram uma sobrevida distinta da descrita na literatura, algo inconcebível no passado.

P129. SÍNDROME DE CIMITARRA NO IDOSO: APRESENTAÇÃO CLÍNICA ATÍPICA DE DOENÇA CONGÊNITA RARA

C. Pimentel, D. Amorim, J.N. Machado, C. Santos, S. Feijó

Centro Hospitalar de Leiria.

Introdução: As malformações cardíacas e dos grandes vasos são patologias congénitas raras, sendo o diagnóstico um desafio, principalmente em doentes com apresentações clínicas atípicas.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino de 81 anos, sem antecedentes pessoais de relevo à exce-

ção de hipertensão arterial e história de pneumonia com cerca de 1 ano de idade, que é referenciado à consulta de Pneumologia por alterações imagiológicas na TC do Tórax. Apresentava quadro de dispneia para esforços, mMRC 2, sem outras queixas. Sem infeções respiratórias de repetição. Ao exame objetivo, acianótico, SpO2 97% e sem alterações na auscultação cardiopulmonar. A TC do Tórax de 2020 mostrava “desvio direito do mediastino, hipoplasia do pulmão direito com veia de drenagem anómala diretamente para a veia cava inferior e bronquiectasias com predomínio na região parame-diastínica direita.” Pelas alterações imagiológicas típicas foi assumido o diagnóstico de Síndrome de Cimitarra. Os ecocardiogramas de 2016 e 2018 apresentavam alterações degenerativas ligeiras das estruturas valvulares, não sendo evidentes alterações morfológicas cardíacas ou sinais de hipertensão pulmonar. Dada a sintomatologia parca, optou-se por atitude conservadora, com manutenção da vigilância em consulta, tendo sido solicitado novo ecocardiograma para exclusão de desenvolvimento de hipertensão pulmonar.

Discussão: O síndrome de Cimitarra é uma malformação congénita rara, com incidência de 1-3/100.000 nados vivos, maioritariamente diagnosticada nos primeiros meses de vida. Na sua forma infantil, cursa frequentemente com outras malformações congénitas da irrigação do pulmão direito, hipertensão pulmonar, comunicação interauricular, tetralogia de Fallot, coartação da aorta ou persistência do canal arterial, com apresentação clínica mais grave, sendo a correção cirúrgica muitas vezes mandatária. O diagnóstico mais tardio, tipicamente durante a adolescência ou início da idade adulta, é menos frequente pelo facto destas formas serem mais indolentes ou assintomáticas. O diagnóstico no idoso, como no presente caso, é extremamente raro, estando apenas descritos alguns *case reports* na literatura, sendo que a coexistência de outras malformações congénitas é menos frequente e o impacto hemodinâmico menos expressivo, frequentemente sem necessidade de tratamento dirigido.

P130. NEM SEMPRE A RESPOSTA MAIS SIMPLES É A CORRETA

L. Rodrigues, M. Pereira, F. Paula, F. Froes

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: Linfoma linfocítico crónico (LLC) é a forma mais comum de doença linfoproliferativa crónica, prevalente sobretudo em idades avançadas. Estes doentes apresentam risco acrescido de segundas neoplasias. Cerca de 2% destes doentes desenvolvem neoplasia do pulmão, sendo o adenocarcinoma o subtipo histológico mais frequente.

Caso clínico: Homem, 74 anos, ex-fumador desde há 15 anos (40 UMA), status performance de 0, antecedentes conhecidos de hiperuricémia, hipertensão arterial essencial, dislipidémia e hiperplasia benigna da próstata, para os quais se encontrava medicado. História de LLC diagnosticado cerca de um ano atrás por biópsia de conglomerado adenopático volumoso retroperitoneal e raiz do mesentério. TC torácica com massa no segmento apical do lobo superior direito de contornos espiculados, broncograma aéreo e discreto contacto com a pleura mediastínica, atribuída inicialmente ao linfoma. Cumpriu quimioterapia com boa resposta do componente adenopático supra e infradiaphragmático, mantendo a massa torácica com as mesmas dimensões e características, pelo que foi referenciado à Pneumologia. Sem sintomas e sem alterações relevantes ao exame objetivo. Analiticamente sem alterações de relevo. Sero-logias virais negativas. Videobroncofibroscopia sem alterações, com exames culturais negativos, biópsias pulmonares transbrônquicas e lavado brônquico negativos para neoplasia. Realizada ecoendoscopia endobrônquica com citologia aspirativa da massa negativa para neoplasia. O caso foi discutido com o hematologista assistente e dada a pouca probabilidade de a lesão ser infiltração por linfoma e atendendo aos antecedentes de tabagismo do doente, manteve-se

a suspeita de lesão neoplásica, pelo que foi repetida videobroncofibroscopia com controlo fluoroscópico e a biópsia pulmonar trans-brônquica da massa foi positiva para adenocarcinoma do pulmão.

Discussão: Perante o doente assintomático e a permanência da lesão pulmonar, a valorização dos antecedentes, a suspeição clínica e a discussão multidisciplinar são fundamentais para justificar a realização e eventual repetição de exames complementares até esclarecimento do diagnóstico final. O *follow-up* dos doentes com LLC deve incluir a pesquisa de tumores sólidos, nomeadamente neoplasia do pulmão, tendo em conta o risco elevado de segundas neoplasias nestes doentes.

P131. DOENÇA DE NIEMANN-PICK TIPO B: APRESENTAÇÃO POR MANIFESTAÇÃO PULMONAR EM IDADE TARDIA

J. Lourenço, R. Ferreira, L. Carneiro, J. Ribeiro, R. Freitas, I. Neves

Hospital Pedro Hispano.

Introdução: A doença de Niemann-Pick é uma patologia hereditária rara, autossómica recessiva, de armazenamento lisossómico por deficiência de esfingomielinase ácida. O subtipo B apresenta-se com mutação no gene SMPD1 e/ou doseamento sérico de esfingomielinase ácida < 10%. O diagnóstico ocorre normalmente na infância ou adolescência, com curso indolente e sobrevida variável. As manifestações mais comuns são a hepatoesplenomegalia, trombocitopenia, doença intersticial pulmonar e doença cardiovascular.

Caso clínico: Mulher de 77 anos, autónoma, reformada. Não fumadora e sem exposição relevante. Antecedentes: HTA, DM2, dislipidemia, IC com insuficiência aórtica moderada e hipertensão pulmonar. Referenciada à consulta por dispneia progressiva para pequenos esforços, tosse seca e síndrome constitucional, com menos de 1 ano de evolução. Realiza TC-toracoabdominopélvico a documentar adenopatias mediastínicas, padrão *crazy paving* de predomínio nos lobos pulmonares inferiores e volumosa hepatoesplenomegalia. Hemograma sem alterações, serologias víricas e auto-imunidade negativas. O lavado broncoalveolar revela-se macroscopicamente leitoso, com franco predomínio de macrófagos (94%), vacuolizados, com inclusões positivas para coloração com ácido periódico de Schiff (PAS+) intracelulares, mas sem deteção de material amorfo PAS+ extracelular. Biópsia medular mostra igualmente numerosos macrófagos PAS+, sem sinais de malignidade ou isolamento microbiológico (incluindo *T. whipplei*). Alguns meses depois apresenta agravamento progressivo e recorre ao SU com dispneia e insuficiência respiratória (IR) hipoxémica. Em internamento, prosseguiu-se ao estudo bioquímico de doenças lisossomais, que excluiu doença de Gaucher e revelou atividade enzimática da esfingomielinase residual (0,07 nmol/h/mg/prot) com esfingomielina plasmática elevada (262 MOM), compatíveis com Niemann-Pick tipo B. Diagnóstico corroborado por estudo genético com heterozigotia composta no gene SMPD1. Alta orientada para consulta sob tratamento sintomático e OLD.

Discussão: O atingimento intersticial pulmonar nesta patologia deve-se à acumulação de esfingomielina nos macrófagos alveolares, podendo condicionar IR. Os autores pretendem alertar para esta entidade nosológica rara, sobretudo com diagnóstico atípico em idade avançada.

P132. CARCINOMA EPIDERMÓIDE MULTIFOCAL OU METÁSTASES INTRAPULMONARES - EIS A QUESTÃO!

F.T. Silva, M.M. Cruz, S. Raimundo, A.I. Loureiro

CHTMAD.

Introdução: O carcinoma de não pequenas células do pulmão pode apresentar-se sob a forma de múltiplos nódulos, numa incidência estimada de 0,2 a 20%. A sua classificação entre tumores síncronos

ou metástases intrapulmonares constitui um desafio singular, particularmente no carcinoma epidermóide, pela sua menor diferenciação em subtipos histológicos.

Caso clínico: Homem de 70 anos, fumador ativo (90 UMA). Por clínica de tosse não produtiva e perda ponderal não quantificada com cerca de 1 ano de evolução, realizou TC torácica que mostrou 3 nódulos espiculados no lobo superior direito (23 × 12, 14 × 12 e 13 mm), bem como enfisema centrilobular marcado e alterações fibrosantes difusas. Do estudo na CE de Pneumologia/Oncologia a destacar PET FDG com captação somente nos 3 nódulos pulmonares supracitados (SUVmax de 10,4, 4,2 e 13,7), TC crânio-encefálica sem lesões ocupantes de espaço e estudo funcional respiratório a demonstrar condições de segurança na cirurgia de ressecção pulmonar. Realizou biópsia pulmonar transtorácica a uma das lesões com base pleural, sem evidência de células malignas, mas com pneumotórax como complicação. Discutido caso em reunião de grupo multidisciplinar e, tendo em conta o enfisema extenso e risco de complicações (já que o nódulo com maior captação em PET constituía o de acesso mais difícil), foi decidida realização de cirurgia de ressecção pulmonar com intuito diagnóstico e terapêutico. O exame anatomo-patológico da peça operatória descreveu achados compatíveis com carcinoma epidermóide multifocal, com expressão PD-L1 positiva intermédia nos 3 nódulos, com estadiamento pT3N1. Re-discutido em reunião multidisciplinar e decidida realização de quimioterapia adjuvante, tendo cumprido 4 ciclos de carboplatino e gemcitabina, encontrando-se em vigilância até à data.

Discussão: A distinção de tumores múltiplos primários de metastização intrapulmonar é fulcral na abordagem de nódulos pulmonares múltiplos, pois apresenta impacto na escolha da estratégia terapêutica e, consequentemente, no prognóstico. Trazemos este caso para enfatizar a importância desta distinção, bem como o papel simultâneo da cirurgia no diagnóstico e tratamento desta patologia, especialmente em doentes com elevado risco iatrogénico em procedimentos invasivos pulmonares.

P133. SOBREVIDA-LIVRE DE DOENÇA COM O USO DURVALUMAB NO CANCRO DO PULMÃO

G. Santos, M. Lopes, I. Oliveira, D. Canário

Hospital Garcia de Orta, Almada.

Introdução: Aproximadamente um terço das neoplasias pulmonares de não pequenas células (NPNPC) apresenta doença localmente avançada no momento do diagnóstico. Desde o estudo PACIFIC, o tratamento com quimioradioterapia concomitante (CRT) seguido por durvalumab (DV) tem sido utilizado no tratamento da NPNPC em estadio III.

Objetivos e métodos: Apresentamos um estudo retrospectivo, onde pretendemos comparar os doentes CPNPC submetidos a QRT (coorte 1) *versus* QRT seguido de DV (coorte 2), quanto à resposta clínica e sobrevida livre de recidiva.

Resultados: A coorte 1 incluiu 12 doentes, 91.6% do sexo masculino (n = 11), idade média de 69,8 anos, todos com história de tabagismo (> 30 maços-ano). Os diagnósticos foram: Adenocarcinoma (n = 6), Carcinoma adenoescamoso (n = 1), Carcinoma pavimento celular (n = 5). Observou-se recidiva com metástases ósseas, hepáticas, crânio-encefálicas e ganglionares. 10 doentes foram submetidos a imunoterapia (nivolumab (n = 4), atezolizumab (n = 5) e pembrolizumab (n = 1)). Apenas 3 doentes tinham um PD-L1 positivo. Nenhum obteve resposta completa. A coorte 2 incluiu 8 doentes com idade média de 63.8 anos, 50% eram do sexo masculino, e 75% (n = 6) tinham história de tabagismo (> 30 anos-maço, exceto 1). Os diagnósticos foram: Adenocarcinoma (n = 7) e carcinoma indiferenciado de grandes células (n = 1). Todos os doentes tinham PD-L1 positivo. Observou-se recidiva através de metástase pleural e óssea. Resposta completa em 37,5% (n = 3) doentes. Três doentes encontram-se atualmente em tratamento com DV sem recidiva. A sobre-

vida livre de doença foi superior na coorte 2 (18,6 meses) comparativamente à coorte 1 (8,25 meses). A taxa de mortalidade, por qualquer causa, foi inferior na coorte 1 (0% versus 41,6% em 1 ano; 25% versus 66,6% em 2 anos).

Conclusões: Apesar do limitado número de doentes em cada coorte, verificamos que a sobrevida livre de doença foi superior na coorte em tratamento com QRT e DV com uma consequente menor taxa de mortalidade a 1 ano e 2 anos de seguimento. Esses resultados são compatíveis com as conclusões do estudo PACIFIC.

P134. ESPLENOSE TORÁCICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NÓDULOS PULMONARES

M.S. Marques, I. Sucena, I. Franco

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A esplenose torácica é uma doença rara benigna que consiste na implantação ectópica de tecido esplênico no tórax após trauma torácico e abdominal com lesão diafragmática. O diagnóstico de esplenose torácica pode ser desafiante, uma vez que pode ter uma apresentação silenciosa, com múltiplos nódulos incidentais, mimetizando doença neoproliferativa.

Caso clínico: Mulher de 53 anos, fumadora, observada em consulta hospitalar de pneumologia por dispneia para médios esforços e obstrução nasal frequente. Apresentava como antecedentes rinossinusite crónica, síndrome de apneia/hipopneia obstrutiva do sono, hipotireoidismo e esplenectomia há mais de 20 anos em contexto de acidente rodoviário. Realizou pletismografia que evidenciou aumento da resistência das vias aéreas com melhoria após broncodilatador e telerradiografia de tórax que revelou elevação da hemicupula diafragmática esquerda, pelo que realizou tomografia computadorizada de tórax que evidenciou lesões nodulares, coalescentes, com cerca de 7 x 3 cm, ocupando o fundo de saco pleural esquerdo. Estas lesões apresentavam densidade idêntica a provável foco de esplenose na loca esplênica com cerca de 2,5 cm e, por isso, admitiu-se que pudessem ser focos de esplenose intra-torácica. Foi realizada cintigrafia de globos vermelhos fragilizados que demonstrou várias áreas de sequestração anómala de eritrócitos fragilizados, quer no abdómen quer no tórax, confirmando a suspeita inicial. O caso foi discutido em consulta de grupo da unidade multidisciplinar de tumores torácicos que recomendou vigilância clínica, sem necessidade de exames complementares de diagnóstico adicionais. Assim sendo, a doente foi apenas medicada para a patologia asmática com melhoria clínica significativa.

Discussão: Este caso clínico ilustra a importância da história clínica minuciosa na investigação diagnóstica. A esplenose torácica, apesar de se tratar de uma condição rara, deve ser considerada como diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares quando existem antecedentes de trauma toracoabdominal, de forma a evitar procedimentos invasivos desnecessários. Nestes casos, a medicina nuclear, nomeadamente a cintigrafia de globos vermelhos fragilizados, tem bastante utilidade para o seu diagnóstico.

P135. SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD E PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE: UMA ASSOCIAÇÃO INCOMUM

J. Lourenço, I. Neves, A.P. Vaz, S. Dias, M. Araújo, M.J. Moura, A.L. Fernandes

Hospital Pedro Hispano.

Introdução: A Síndrome de Swyer-James-MacLeod (SSJM) é uma entidade rara associada a bronquiólite pós-infecciosa, caracterizada por pulmão ou lobo hipertransparente no exame radiológico, associado a *air-trapping*, diminuição da vascularização e, em alguns casos, bronquiectasias. A Pneumonite de Hipersensibilidade (PH) é

uma doença intersticial causada pela exposição a um antígeno em indivíduos susceptíveis.

Casos clínicos: Caso 1: mulher, 72 anos, reformada (conserveira), não fumadora e com exposição a aves. Antecedentes de pneumonia aos 15 anos, miocardiopatia hipertrófica e síndrome depressiva. Referenciada à consulta de Pneumologia por dispneia (mMRC 3) em agravamento. O estudo funcional respiratório mostrou alteração ventilatória mista grave, sem colaboração para DLCO e dessaturação significativa na PM6M. A tomografia computadorizada (TC) do tórax revelava mosaico, reticulação e bronquiectasias de tração no lobo médio e superiores e atenuação marcada de densidade no lobo inferior esquerdo. Na broncofibroscopia sem lesões endoscópicas e o LBA com linfocitose (60,2%). Foi discutido na reunião multidisciplinar (RMD) e assumiu-se diagnóstico de PH e SSJM. Caso 2: mulher, 82 anos, reformada (indústria têxtil), não fumadora e com exposição a aves. Antecedentes de hipertensão, dislipidemia e infeções de repetição na infância. Referenciada à consulta de Pneumologia por dispneia em agravamento (mMRC 2) e tosse produtiva. A TC-tórax mostrou assimetria no calibre das artérias pulmonares, atenuação marcada de densidade no pulmão esquerdo com bronquiectasias associadas e padrão em mosaico à direita. A broncofibroscopia não revelou alterações endoscópicas e o LBA mostrou linfocitose (42%). Foi discutido em RMD e foi assumido o diagnóstico de PH e SSJM.

Discussão: Do nosso conhecimento, este é o primeiro relato de dois casos da associação de SSJM e PH. O diagnóstico concomitante de duas patologias incomuns evidenciou a importância da integração dos achados clínicos, radiológicos e citomunológicos. O seguimento longitudinal destes doentes vai permitir perceber o impacto destas doenças a nível de resposta ao tratamento e de prognóstico.

P136. UM CASO DE DERMATOMIOSITE COM ENVOLVIMENTO PULMONAR DURANTE A PANDEMIA DE SARS-CoV-2

R. Neves, C. Guerreiro, V. Areias, U. Brito

Serviço de Pneumologia, Hospital de Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Introdução: A dermatomiosite (DM) é uma miopatia inflamatória idiopática rara, com manifestações cutâneas. Mais comum em mulheres, com pico de incidência entre os 45-60 anos. Em 10% dos casos está presente DM amiopática, caracterizada por ausência de envolvimento muscular e associando-se geralmente a positividade do anticorpo anti-MDA5.

Caso clínico: Mulher, 27 anos, caucasiana, sem hábitos, com infeção por SARS-CoV-2 em janeiro de 2021. Recorreu à Urgência em dezembro de 2021 por dispneia, mMRC 3 e artralhas nos dedos das mãos e pés, em agravamento desde a infeção por SARS-CoV-2. Em março de 2021 surgiram lesões cutâneas eritematosas na região cervical, dorsal, membros superiores e face dorsal dos dedos associadas a artralhas nos dedos das mãos e pés. Internada em outubro de 2021 por agravamento do quadro. Exame objetivo com SpO2 de 88% (FiO2 21%), polipneia. Eritema na face e na face ântero-superior do tronco. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular globalmente diminuído e ferveores crepitantes bi-basais. Gasometricamente com insuficiência respiratória parcial. Teste de deteção RT-PCR de SARS-CoV-2 negativo. Radiografia do tórax com padrão reticular bilateral com predomínio no terço inferior dos campos pulmonares. TC tórax visíveis opacidades parenquimatosas pulmonares bilaterais em vidro despolido coalescentes, bronquiectasias e espessamento pleural basal bilateral. Estudo da autoimunidade com positividade dos anticorpos: CCP, ANA e dsDNA. Aumento das imunoproteínas: IgG, IgG 1 e IgE. Biópsia de lesão cutânea revelou deposição granular intensa de IgM na junção dermoepidérmica. Medicada com prednisolona e ciclofosfamida. Por resposta terapêutica insuficiente associou-se imunoglobulina intra-venosa, com melhoria. Teve alta com oxigenoterapia de longa duração. Atualmente seguida na con-

sulta de Pneumologia. Análise dos anticorpos associados a miosite positiva para MDA5. Fez 6 ciclos de ciclofosfamida, com melhoria clínica. Iniciará micofenolato mofetil.

Discussão: A DM anti-MDA5 é uma situação rara. As lesões pulmonares intersticiais, que muitas vezes evoluem rapidamente, são um traço distinto desta patologia, conferindo-lhe um prognóstico reservado. A infecção por SARS-CoV-2 apresenta traços comuns à DM anti-MDA5, como a clínica e a fisiopatologia, podendo atrasar o seu diagnóstico e tratamento.

P137. DESAFIO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA DOMICILIÁRIA NO IDOSO

C. Cortesão, P.S. Santos, J. Moita

CHUC.

Introdução: A terapêutica domiciliária com VNI e CPAP permitem melhoria de qualidade de vida e melhoria prognóstica em doentes com diversas patologias respiratórias. Os doentes idosos apresentam maior risco de cuidados subótimos na introdução de equipamento médico no domicílio.

Objetivos: Descrever desafios encontrados na introdução de terapêutica ventilatória domiciliária no idoso e sua relação com adesão terapêutica.

Métodos: Foram avaliados 51 doentes com mais de 65 anos de idade (média de 73 anos, 29 homens e 22 mulheres) sob ventilação não invasiva domiciliária, por insuficiência respiratória ou patologia do sono, com foco em queixas compatíveis com iatrogenia e dificuldades relacionadas com o uso do ventilador no primeiro ano desta terapêutica.

Resultados: Trinta e sete encontravam-se sob autoCPAP, nove sob BiPAP, três sob CPAP e um sob servoventilação. Na sua maioria apresentavam boa adesão (73%) e controlo de eventos obstrutivos da via aérea superior (81%). As dificuldades apuradas foram de: fuga de difícil controlo (33%), desconforto relacionado com a interface (25%), queixas de xerostomia (20%), fragmentação do sono (8%) e aerofagia (4%). Vinte e um doentes (41%) relataram ausência de queixas relacionadas com o uso do ventilador. Os doentes com queixas atribuídas a iatrogenia ou dificuldades relacionadas com o uso do ventilador domiciliário apresentaram pior adesão, verificando-se cumprimento de critérios de adesão em 30% menos doentes.

Conclusões: A ventilação domiciliária no idoso apresenta desafios, podendo desmotivar o médico para a sua introdução. Na nossa amostra observámos boa adesão e controlo do doente idoso, embora prejudicadas por iatrogenia e dificuldades relacionados com o uso do ventilador no domicílio.

P138. TUBERCULOSE PARA ALÉM DO PULMÃO

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

Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução: A tuberculose é uma doença infecciosa granulomatosa, que afeta principalmente os pulmões, podendo, no entanto, atingir outros órgãos. Nesta última situação, a confirmação diagnóstica pode ser um desafio.

Caso clínico: Mulher, 56 anos. Ex-fumadora (30UMA). Antecedentes de COVID-19 em Janeiro/2021. Recorreu ao Serviço de Urgência a 01/07/2021 por quadro com um mês de evolução de tosse, expectoração muco-purulenta e toracalgia esquerda; referia cefaleia desde há dois meses. À observação eupneica, com auscultação pulmonar normal. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios e exame bacteriológico e micobacteriológico da expectoração negativos. Realizou tomografia computadorizada (TC) torácica evidenciando “no lobo superior esquerdo (LSE) condensação de aspeto nodular com área central hipodensa que poderá estar a abcedar”. Admitiu-se provável abscesso pulmonar e iniciou antibioterapia empírica.

Ficou internada na Pneumologia para investigação. Ao sexto dia de internamento, apresentou lentificação psicomotora e hipostesia do hemitórax direito. Realizou angio-TC-cerebral revelando “captação paquimeningea e leptomenígea com edema, traduzindo infiltração de causa infecciosa ou neoplásica”. Para esclarecimento efetuou RM-Crânio-encefálica que colocou a suspeita de carcinomatose/doença granulomatosa. Assim, realizou punção lombar, com citologia negativa, mas com pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* complex por PCR positiva, assumindo-se tuberculose meníngea, iniciando terapêutica antibacilar e corticoterapia, com resolução progressiva do quadro neurológico. Para estudo da lesão pulmonar, realizou biópsia transtorácica, com histologia com aspectos sugestivos de doença granulomatosa de tipo tuberculoide e áreas compatíveis com adenocarcinoma do pulmão. A PET-TC marcou apenas lesão no LSE. Broncofibroscopia sem lesões endobrônquicas, com citologia e pesquisa de micobactérias negativas. Repetiu TC torácica mostrando “no LSE caverna com aproximadamente 46 mm”, sugestiva de tuberculose pulmonar, verificando-se resolução progressiva da mesma com terapêutica antibacilar. Ficou em vigilância de lesão neoformativa em consulta de Pneumologia.

Discussão: A tuberculose extra-pulmonar corresponde a 15-20% de todos os casos de tuberculose, sendo importante a sua identificação precoce para início de tratamento.

P139. UMA APRESENTAÇÃO RARA DE UMA COMPLICAÇÃO FREQUENTE

I.F. Pedro, R.B. Pinheiro, G.M. Portugal, M. Pereira, C. Pereira, R. Macedo, P. Pinto, C. Bárbara

Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte.

Introdução: O pneumotórax é uma das possíveis complicações em doentes com DPOC. Pode apresentar-se de forma mais atípica, sendo importante estar alerta tanto para a sua ocorrência como para possíveis complicações.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem, 75 anos, ex-fumador (60 UMA). História de DPOC (sob OLD 3L/min e VNI noturna, modo bi-nível); insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e flutter auricular. Recorre ao serviço de urgência por quadro de início súbito caracterizado por dispneia e toracalgia, sem história de traumatismo torácico. Realizada radiografia de tórax que mostrou volumoso pneumotórax direito. Foi colocada drenagem torácica, com saída imediata de ar, tendo ficado internado no serviço de Pneumologia. Teve evolução favorável inicial, tendo sido retirada drenagem ao fim de 4 dias, após evidência radiográfica de expansão pulmonar. Durante o internamento, verificou-se agravamento do enfisema subcutâneo que apresentava à admissão e desenvolvimento de disфонia. Realizada TC cervico-torácica que revelou exuberante enfisema cervical e da parede torácica à direita, bem como marcado pneumomediastino, fina lâmina de pneumotórax direito e espessamento da corda vocal homolateral. Foi observado pela Otorrinolaringologia com evidência de parésia da corda vocal direita. Assumida parésia em contexto de compressão do nervo laríngeo recorrente pelo pneumomediastino, foi iniciada corticoterapia prolongada. TC tórax de controlo após 17 dias revelou ausência de pneumotórax e redução significativa do volume do pneumomediastino e do enfisema subcutâneo. Sob corticoterapia, terapia da fala e paralelamente à redução do pneumomediastino verificou-se melhoria discreta da disфонia. Durante o internamento o doente manteve insuficiência respiratória sem acidemia, tendo-se mantido suspensa a VNI durante este período e até a resolução do pneumotórax e pneumomediastino.

Discussão: A parésia da corda vocal acontece maioritariamente em contexto de neoplasia, havendo escassos casos descritos na literatura de parésia em contexto de pneumotórax/pneumomediastino. Sendo o pneumotórax e as complicações dele decorrentes um evento potencialmente fatal em indivíduos com pouca reserva respira-

tória como os doentes com DPOC, é de extrema importância que estes sejam reconhecidos precocemente.

P140. SARCOMA DE KAPOSI - SURPRESAS EM DOENTES IMUNODEPRIMIDOS

M.M. Carvalho, M. Conde, R. Rodrigues, J. Silva, B. Conde, R. Noya, A. Loureiro

CHTMAD.

Introdução: O sarcoma de Kaposi é um tumor de baixo grau associado à infeção por herpes virus humano 8, frequentemente encontrado em doentes com SIDA. A manifestação típica é o envolvimento cutâneo mas podem envolver qualquer órgão. **Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 49 anos, sem antecedentes de relevo. Fumador. Doente recorreu a um hospital privado por astenia, anorexia e perda ponderal de 12 kg em 2 meses, febre, e aparecimento de lesões maculares avermelhadas que progrediram para pápulas violáceas dispersas pelo corpo e face. Realizou biópsia de lesão: sarcoma de Kaposi. Foi encaminhado para hospital de Vila Real e internado no serviço de Medicina Interna. Durante internamento, fez estudo que foi compatível com diagnóstico de novo de infeção VIH estadio C3 (contagem de CD4 52/mm³ (4%); CD8 877/mm³; Ratio CD4/CD8 0.06; carga Viral RNA do VIH 48.600 cópias/mL), tendo iniciado terapêutica anti-retrovirica (TAR). Verificou-se ainda a presença de outras infeções oportunistas: candidíase orofaríngea e esofágica e sífilis primária. Realizou TC do tórax que evidenciou ténues densificações em vidro despolido peribroncovasculares nos ápices pulmonares. Dado o contexto do doente e a possibilidade de se tratar de Pneumocistose, foi realizada uma broncofibroscopia (BFO) com lavado broncoalveolar (LBA), onde a pesquisa de DNA do *Pneumocystis jirovecii* foi positiva, confirmando o diagnóstico; iniciou tratamento com sulfametoxazol + trimetoprim, com melhoria clínica. Durante a BFO, na parede anterior do 1/3 superior da traqueia observaram-se duas lesões arroxeadas, umas das quais circunferencial. Observavam-se lesões semelhantes na entrada do brônquio principal direito e no B4 esquerdo. Estas lesões eram compatíveis com sarcoma de Kaposi. Doente teve ainda confirmação de Sarcoma de Kaposi ganglionar e gastrointestinal.

Discussão: Este caso realça a importância de considerar o sarcoma de Kaposi endobrônquico nos doentes com SIDA, apesar de esta manifestação ser raramente relatada desde o aparecimento das TAR. A BFO deve ser realizada para inspeção das vias aéreas e para excluir infeções oportunistas. Se o diagnóstico permanecer em dúvida, a biópsia endobrônquica deve ser realizada com cautela devido ao risco aumentado de hemorragia (tumores muito vascularizados).

P141. ENVOLVIMENTO PULMONAR POR CREST?: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

R.Q. Rodrigues, E. Serradeiro, A.I. Loureiro

CHTMAD.

Introdução: A síndrome de CREST é uma forma de esclerose sistémica limitada, cujo envolvimento intersticial pulmonar mais frequente é sob a forma de NSIP ou UIP. Complicações pulmonares associadas ao tratamento imunossupressor incluem infeção ou toxicidade.

Caso clínico: Mulher, 60 anos, asma de longa evolução e síndrome de CREST sob imunossupressores (corticoide (CCT) e metotrexato (MTX)), seguida em Consulta Medicina Autoimunes. Seguimento em consulta de pneumologia por TC-tórax com padrão em mosaico, assumido em contexto de asma. Em 01/2020, recurso ao SU por dispneia agravada, radiografia com opacidades de novo - medicada com levofloxacina. Avaliada em consulta, melhoria apenas parcial, suspenso MTX por possível toxicidade. Internamento noutra instituição 1 semana após, por agravamento da insuficiência respiratória

(IR). TC-tórax mostrou consolidações pulmonares bilaterais, com áreas em vidro despolido nos lobos inferiores, língua e lobo médio e espessamento intersticial difuso. Medicada com antibiótico largo espetro, sem melhoria imagiológica. Alta com aumento dose de CCT e oxigenoterapia. Posteriormente associada azatioprina. Reinternada por ausência de melhoria, estudo alargado sem isolamentos microbiológicos, IgM CMV positiva. Colocaram-se as hipóteses diagnósticas de infeção em doente imunodeprimida, envolvimento pulmonar pelo CREST ou toxicidade aos imunossupressores. Manteve corticoterapia, e iniciou valganciclovir, sem melhoria. Avaliada por Pneumologia que, dado o agravamento clínico-radiológico contínuo, a má resposta a antibioterapia e à imunossupressão, sugeriu realização de biópsia pulmonar transtorácica (BTT). Por IR hipoxémica progressiva, transferida para a UCIM. Má resposta à VNI, sem indicação para ventilação invasiva, acabando por falecer por falência multiorgânica secundária a IR global. Resultado da BTT disponível apenas após o óbito, tendo revelado envolvimento pulmonar por adenocarcinoma, compatível com primário colorretal.

Discussão: Este caso alerta para a presença de vários fatores confundidores de diagnóstico na presença de uma doença autoimune tratada com imunossupressão. O diagnóstico inesperado de malignidade nesta doente confirma a importante necessidade da confirmação histológica, principalmente num quadro respiratório arrasado, sem resposta a diferentes terapêuticas.

P142. PORQUE NEM SÓ OS FÁRMACOS CONTROLAM A HIPERTENSÃO PULMONAR

S. Lopes, S. Martins, A. Craveiro, J. Barata, I. Vicente, E. Magalhães, M.S. Valente

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB).

Introdução: A hipertensão pulmonar (HTP) é uma doença caracterizada por elevação da pressão na artéria pulmonar (PAP), o que pode resultar em disfunção ventricular direita. É classificada em cinco grupos, consoante a causa subjacente, sendo o grupo 3 associado a doença pulmonar e/ou hipoxemia, incluindo o síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS).

Casos clínicos: Caso 1: mulher de 76 anos, casada, não fumadora, com antecedentes médicos de: obesidade; hipertensão arterial (HTA) e dislipidemia. Referenciada à consulta de Pneumologia, por queixas de roncopatia e dispneia para pequenos esforços. Gasimetricamente a destacar uma Insuficiência Respiratória (IR) tipo 2. Realizou polissonografia (PSG), nível III, com Índice de Apneia e Hipopneia (IAH): 51,2/hora; tempo de SatO₂ < 90% (CT90): 100%, compatível com SAOS grave. Optou-se por iniciar terapêutica com BiPAP noturno e oxigenoterapia de longa duração. Efetuou estudo funcional respiratório (EFR) cujo resultado foi normal e ecocardiograma transtorácico (ecoTT) que revelou dilatação das cavidades direitas e uma pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) estimada em 86 mmHg, representativo de HTP grave. No seguimento da doente assistiu-se a uma melhoria clínica e gasimétrica. O ecoTT, realizado em fevereiro de 2022, revelou uma boa função sistólica bi-ventricular e PSAP normal (35 mmHg). Caso 2: mulher de 70 anos, reformada, ex-agricultora, não fumadora, com antecedentes médicos de: Obesidade e HTA. Referenciada à consulta de Pneumologia, por queixas de roncopatia, despertares noturnos e dispneia para médios esforços, tendo já documentado em ecoTT uma PSAP de 51 mmHg, compatível com HTP moderada. Foi agendada uma PSG de nível I, em março de 2021, a qual foi congruente com o diagnóstico de SAOS grave: Índice de Distúrbio Respiratório (IDR): 93,4/hora; CT90: 2,3%. Neste caso, uma vez que o EFR foi normal e não tinha IR, decidiu-se tratamento com Auto-CPAP, com boa adesão ao ventilador. O ecocardiograma de re-avaliação, efetuado em maio de 2021, demonstrou uma normalização da PSAP (31 mmHg).

Discussão: Com estes casos, pretendemos evidenciar a reversão da HTP através de ventilação Binível e CPAP. Tal como descrito na lite-

ratura, o tratamento da hipertensão pulmonar do grupo 2 e 3 deve ser dirigido à causa, enquanto que os grupos 1 e 4 carecem de terapêutica específica.

P143. A IMPORTÂNCIA DA PROVA DE ESFORÇO CARDIOPULMONAR NA DOENÇA VASCULAR PULMONAR

A.Dias, M.J. Silva, G. Lopes, C. Rodrigues

CHUC.

Introdução: A prova de esforço cardiopulmonar (PECP) permite uma avaliação completa da resposta cardiovascular, respiratória, muscular e metabólica ao esforço. Os achados mais frequentes na doença vascular pulmonar são diminuição da VO₂ no pico de exercício, a diminuição da PETCO₂ e o aumento do VE/VCO₂. A propósito da importância da PECP na vasculopatia pulmonar apresentamos 3 casos clínicos para exemplificar a sua relevância no diagnóstico, estratificação de risco e *follow-up* dos doentes.

Casos clínicos: O primeiro caso trata-se de um homem de 79 anos com antecedentes de NSIP idiopático e dispneia de esforço. Foi solicitada PECP para estudo e caracterização da dispneia. A PECP revelou limitação ao esforço, dessaturação de 93 > 86%, VE/VCO₂ muito aumentada e PETCO₂ diminuída, alterações que estariam relacionadas com a patologia de base e provável presença de doença vascular pulmonar. Pela suspeita realiza posteriormente Angio-TC do tórax que revelou dilatação do cone da artéria pulmonar, da artéria pulmonar direita e das cavidades cardíacas direitas, a sugerir hipertensão pulmonar e um ecocardiograma que avaliou uma PSAP de 52 mmHg. O segundo trata-se de um homem de 49 anos com antecedentes de cardiopatia isquémica e hipertensão pulmonar (cateterismo com PSAP 49 mmHg, PCP 27 mmHg), cuja PECP revelou limitação ao esforço com VE/VCO₂ *slope* aumentada (48,1, classe ventilatória IV) e VO₂ 15,1 ml/Kg/min (classe C Weber), indicadores de pior prognóstico e necessidade alteração da estratégia terapêutica. O terceiro caso clínico é uma mulher de 56 anos com antecedentes de histiocitose de células de Langerhans pulmonar primária e DPOC, que realizou a primeira PECP em 2018 com VO₂peak de 17,9 ml/min/Kg (VCO₂ *slope* de 44,1, Pet CO₂ (LA) 30 e no *follow-up* da sua doença, repetiu prova em 2021 com VO₂peak 14,3 ml/min/Kg, VE/VCO₂ *slope* de 42,3, Pet CO₂ (LA) 30, ou seja, com achados sobreponíveis sugerindo estabilidade a nível da vasculopatia pulmonar.

Discussão: A PECP é altamente informativa e permite-nos obter dados fundamentais que suportam o diagnóstico de doença vascular pulmonar e permite avaliação prognóstica, da eficácia de intervenções terapêuticas e *follow-up* de doentes com esta patologia.

P144. CONSULTA DE VIGILÂNCIA PÓS-COVID-19 EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

T.G. Oliveira, H.S. Almeida, I.B. Pereira, M.J. Fernandes, M.D. Almeida, A.B. Monteiro, A.F. Belo

USF Barão Nova Sintra.

Introdução: Após recuperação da infeção aguda por SARS-CoV-2, alguns doentes necessitam de reavaliação e gestão de sintomas persistentes. A British Thoracic Society (BTS) propõe avaliação clínica às 12 semanas de doentes com evidência clínico-radiológica de pneumonia ligeira a moderada por COVID-19. Segundo a literatura, mesmo a doença ligeira poderá ter um período de resolução sintomático prolongado, desafiando os Cuidados de Saúde Primários (CSP) na determinação do impacto da infeção a médio e longo prazo.

Objetivos: Determinar a proporção de doentes que mantiveram necessidade de vigilância por condições pós-COVID, após avaliação inicial por teleconsulta, numa Unidade de Saúde Familiar.

Métodos: Neste estudo descritivo foram incluídos utentes adultos inscritos numa USF, avaliados por teleconsulta após 12-16 semanas da infeção por SARS-CoV-2 ligeira a moderada, previamente segui-

dos pela plataforma Trace COVID-19 (novembro de 2020 a abril de 2021). Foram excluídos utentes com doença severa definida pela BTS, em idade pediátrica, institucionalizados em lar, em fim de vida e sem possibilidade de estabelecer teleconsulta após três tentativas em momentos diferentes.

Resultados: Foram incluídos 497 utentes, 278 mulheres (55,9%), 219 homens (44,1%), idade mediana de 46,4 anos. Os sintomas físicos persistentes mais comuns incluem astenia (151; 30,4%), dispneia (131; 26,4%; mMRC grau 1 (85; 17,1%), grau 2 (37; 7,4%), grau 3 (7; 1,4%) e grau 4 (2; 0,4%), hiposmia (56; 11,3%), disgeusia (36; 7,2%), desconforto torácico (35; 7,0%), e tosse crónica (16; 3,2%). Os doentes também referiram sintomas psicológicos como sensação de ansiedade (64; 12,9%), perturbação do sono/insónia (52; 10,5%) e sensação de depressão (32; 6,4%). Alterações cognitivas como alterações da memória (61; 12,3%), bem como outros sintomas (38; 7,7%) foram descritos. Encontravam-se assintomáticos 261 utentes (52,5%).

Conclusões: A avaliação dos utentes com antecedentes de COVID-19, após doença ligeira a moderada, demonstrou que 236 utentes (47,5%) mantiveram necessidade de seguimento por condições pós-covid, após avaliação inicial por teleconsulta. O seguimento estruturado destes doentes pelos CSP poderá ser importante na melhoria da sua qualidade de vida e identificação precoce de eventuais complicações.

P145. TUBERCULOSE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

T.G. Oliveira, H.S. Almeida, I.B. Pereira, M.J. Fernandes, M.D. Almeida, A.B. Monteiro, A.F. Belo

USF Barão Nova Sintra.

Introdução: A tuberculose permanece um problema de saúde global, constituindo a segunda maior causa de mortalidade por doença infecciosa. O atraso no diagnóstico motivado pela pandemia por COVID-19 poderá condicionar a gravidade de apresentação e respetiva disseminação pela comunidade.

Caso clínico: Mulher, 28 anos, com défice cognitivo, sem medicação habitual. Recorreu à Consulta Aberta em 01/22 por tosse produtiva escassa com 1 semana de evolução, tendo realizado teste PCR SARS-CoV-2 negativo. Recorreu novamente à consulta por tosse seca persistente desde há 3 semanas, com dispneia (mMRC 1) e perda ponderal de 6 Kgs em 1 mês. Realizou estudo analítico sem alterações relevantes e radiografia do tórax, apresentando duas opacidades lineares na metade superior do hemotórax esquerdo, sugerindo fenómenos atelectáticos subsegmentares. Foi medicada empiricamente com amoxicilina e ácido clavulânico. Na consulta de reavaliação apresentava melhoria clínica, com toracalgia esquerda ligeira. Realizou novo estudo analítico com anemia ligeira, leucocitose (13.400/uL; 68% neutrófilos), PCR 4,95 mg/dL, VIH negativo. Foi solicitado TC tórax, salientando-se cavitação de grandes dimensões, associada a consolidação de grande parte do Lobo Inferior Esquerdo e micronódulos centrilobulares. Pela possibilidade de abcesso pulmonar, iniciou clindamicina, tendo sido referenciada para consulta urgente de pneumologia. A doente manteve vigilância por teleconsulta para monitorização sintomática. Após 6 semanas do início dos sintomas foi admitida no Serviço de Urgência por toracalgia intensa, dispneia e sudorese noturna. História de contacto com tio diagnosticado recentemente com tuberculose. Ficou internada no Serviço de Doenças Infecciosas por tuberculose pulmonar cavitada, confirmada no lavado broncoalveolar, tendo iniciado terapêutica tuberculostática. Foi orientada para o Centro de Diagnóstico Pneumológico local, com reavaliação em consulta de Pneumologia.

Discussão: A tuberculose pulmonar deve ser considerada perante sintomatologia respiratória persistente, mesmo num doente jovem sem história de exposição aparente. A teleconsulta pode ser uma ferramenta importante na reavaliação destes doentes. A articulação

com os cuidados secundários é fundamental para o diagnóstico atempado, de forma a evitar o contágio.

P146. SMALL-CELL LUNG CANCER PRESENTING AS PERIRENAL HEMATOMA

A. Barroso, C. Sousa, D. Araújo, V. Santos, H. Bastos, G. Fernandes, A. Magalhães, V. Hespanhol

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Hospital de Faro.

Introduction: Small-cell lung cancer (SCLC) is a devastating subtype of lung cancer that accounts for 13-15% of all primary lung cancers and is marked by an exceptionally high proliferative rate, strong predilection for early metastasis and poor prognosis. SCLC metastases can appear in almost any organ but adrenal gland metastases from SCLC are uncommon.

Case report: We present a case of SCLC metastasis in the left adrenal gland that led to a large intra-abdominal haematoma between the spleen and the left kidney, with active haemorrhage, simulating renal colic. A 62-year-old male patient presented severe left lumbar pain, which started on the same day the patient went to the emergency room. The hypothesis of active haemorrhage of the left adrenal gland was raised, given the very significant drop in haemoglobin in serial measurements, as well as the huge haematoma visualised on contrast-enhanced CT of the abdomen and pelvis. Chest CT showed a heterogeneous mass measuring 199 × 73 × 111 mm centred in the right hilar region, very suggestive of neoplasia. Small cell lung cancer was diagnosed by lung biopsy, with positive immunohistochemical markers. The patient started chemotherapy with a combination of carboplatin and etoposide, which caused a dramatic clinical, radiological and analytical improvement. The patient is currently under treatment, asymptomatic.

Discussion: This is a very rare case of small cell lung cancer metastasising to the contralateral adrenal gland, which was diagnosed accidentally during an emergency room renal colic admission.

P147. METASTIZAÇÃO CUTÂNEA DE NEOPLASIA PULMONAR - UMA HIPÓTESE A NÃO ESQUECER

S. Pipa, A.R. Afonso, L. Ribeiro, A.I. Loureiro

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. / Hospital de Vila Real.

Introdução: A metastização cutânea de tumores malignos é pouco frequente, estimando-se a sua ocorrência em 0,5 a 9% dos casos de neoplasias internas. A neoplasia pulmonar é uma das mais frequentemente associadas, particularmente os subtipos adenocarcinoma e carcinoma epidermoide, com incidência estimada de envolvimento cutâneo em 0,2 a 3,1%. O prognóstico é mau, com sobrevida média de 3 a 5 meses. As metástases cutâneas de neoplasia pulmonar podem ser a apresentação inicial da doença, mas carecem de características específicas, podendo variar entre nódulos múltiplos ou solitários, com hiperqueratose ou revestidos de pele intacta, exsudativos ou ulcerados. Um dos principais diagnósticos diferenciais é com o quisto epidermoide.

Caso clínico: Homem de 79 anos, performance status de 2. Ex-fumador (70 UMA). Diagnóstico recente de carcinoma epidermoide invasor do pulmão com envolvimento ganglionar mediastínico, sem metastização à distância conhecida (T4N2Mx, estadio IIIB), expressão PDL1 positivo forte. Evidenciava já lesão nodular dura, móvel e indolor na região dorsal direita sugestiva de quisto epidermoide, visível em TC torácica, sem características suspeitas. Entretanto internado por COVID-19 e no decurso do internamento surgimento de lesão papular endurecida no flanco esquerdo e evolução da lesão dorsal com aumento dimensional e sinais inflamatórios. Ecograficamente as lesões apresentavam características inespecíficas, podendo corresponder a quistos epidermoides sobreinfetados, não se conseguindo, contudo,

excluir metastização cutânea, dado o contexto clínico. Realizadas biópsias que foram compatíveis com metastização de carcinoma epidermoide, alterando o estadio (IVB). Deterioração progressiva do estado geral com evolução desfavorável a curto prazo impedindo terapêutica dirigida, acabando por falecer.

Discussão: Este caso reforça a necessidade de um elevado índice de suspeição perante lesões cutâneas aparentemente benignas em pessoas com neoplasia do pulmão conhecida ou com fatores de risco importantes para tal. Embora neste caso em particular o diagnóstico tenha acabado por não alterar o tratamento ou curso da doença, noutras situações pode permitir um diagnóstico mais precoce, aumentando a possibilidade de tratamento e sobrevida.

P148. PODERÁ A ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA SER UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO?

F. Barbosa, M.B. Paiva, L. Lopes

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A aspergilose pulmonar invasiva (API) é uma infeção grave causada por fungos da espécie *Aspergillus*. Associa-se a elevada taxa de mortalidade pelo que é essencial o diagnóstico e tratamento precoces. Embora esteja sobretudo associada a doentes imunodeprimidos, são cada vez mais os relatos de API em doentes imunocompetentes, particularmente com DPOC e internados em Unidade de Cuidados intensivos (UCI). O seu diagnóstico é complexo dado que exige elevado grau de suspeição e confirmação histológica. Deste modo, descrevemos o desafio no diagnóstico de um caso suspeito de API.

Caso clínico: Trata-se de uma doente de 39 anos, com história de tuberculose pulmonar recidivante e alterações estruturais pulmonares sequelares à esquerda. Apresentava quadro compatível com infeção respiratória e sintomas constitucionais com 8 meses de evolução, associado a aumento dos parâmetros inflamatórios, duas lesões grandes cavitadas no pulmão esquerdo e imagens de *tree-in-bud* a toda altura do pulmão direito. Foi instituída antibioterapia empírica de largo espectro sem se obter melhoria clínica, radiológica ou analítica. Do estudo complementar, destaca-se cultura do aspirado broncoalveolar e citologia positiva para *Aspergillus*. Efetuou estudo exaustivo de forma a investigar outros diagnósticos diferenciais como infeção, incluindo por micobactérias, microorganismos atípicos e parasitas, neoplasia, alterações da imunidade e aspergilose broncopulmonar alérgica. Na ausência de outras causas prováveis, foi iniciada terapêutica antifúngica endovenosa. Contudo, a doente apresentou rápida deterioração clínica com necessidade de admissão em UCI e, apesar de terem sido tentados vários esquemas terapêuticos, verificou-se evolução desfavorável culminando na morte da doente.

Discussão: O diagnóstico de API é um verdadeiro desafio. Apenas a histologia confirma o diagnóstico, mas é um exame pouco rentável, demorado e, muitas vezes não existem condições clínicas para a sua execução. Por outro lado, as orientações existentes são direcionadas a doentes imunodeprimidos e não contemplam outros doentes com potenciais fatores de risco. Perante isto, surge a dúvida se é aceitável assumir API como um diagnóstico de exclusão. É urgente encontrar meios de diagnósticos mais rápidos, seguros, sensíveis e específicos, bem como alargar a suspeição diagnóstica a outros doentes de risco.

P149. PARADOXO DA OBESIDADE EM DOENTES DPOC NUM SERVIÇO DE MEDICINA

M. Cabral, B. Mendes, C. Figueiredo, P. Cravo, J. Cardoso

Hospital de Santa Marta.

Introdução: As alterações nutricionais e metabólicas são características importantes nos doentes com doença pulmonar obstrutiva

crónica (DPOC), uma vez que esta patologia tem uma componente sistémica considerável. Vários estudos mostraram que um baixo índice de massa corporal (IMC) está associado a piores *outcomes*, inclusive, é considerado um preditor de mortalidade. Por outro lado, o excesso de peso/obesidade parece ter um efeito protetor, o chamado “paradoxo da obesidade”.

Objetivos: Avaliar o perfil dos doentes internados por exacerbação de DPOC num Serviço de Medicina, e a relação entre um IMC aumentado e critérios de gravidade da DPOC, nomeadamente, grau de obstrução, número de exacerbações e presença de insuficiência respiratória.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes internados por exacerbação aguda de DPOC no Serviço de Medicina do Hospital de Santa Marta de Março a Outubro de 2018.

Resultados: Foram incluídos 22 doentes, a maioria do sexo masculino (81,8%) e com > 65 anos (68,1%). Quase todos os doentes (91%) eram previamente seguidos em consulta de Pneumologia. Os principais motivos de internamento foram traqueobronquite aguda (44,8%) e pneumonia (17,2%). O número de dias de internamento foi superior a 10 em mais de metade dos doentes (53,6%). Um terço dos doentes não tinha insuficiência respiratória, um terço insuficiência respiratória tipo I e um terço tipo II. Metade dos doentes tinha um IMC normal e a outra metade um IMC > 25 kg/m². Das variáveis avaliadas, nomeadamente, número de dias de internamento, número de exacerbações prévias, grau de obstrução brônquica e presença de insuficiência respiratória, nenhuma delas mostrou uma relação estatisticamente significativa com um IMC aumentado.

Conclusões: Este estudo vai de encontro às características gerais dos doentes com DPOC, isto é, doentes idosos, do sexo masculino e cujo principal motivo de exacerbação é a etiologia infecciosa. Porém, não mostrou uma relação entre um IMC aumentado e a gravidade da DPOC. Uma limitação foi o tamanho da amostra. O “paradoxo da obesidade” já foi descrito noutros trabalhos apesar dos efeitos a longo prazo não serem ainda muito claros. Desta forma, a Nutrição e a DPOC têm sido tema de várias pesquisas científicas, dado que os mecanismos desta relação são complexos, e investigação adicional poderá conduzir a novos endótipos e alvos para intervenção terapêutica.

P150. PNEUMOTÓRAX SECUNDÁRIO A ENDOMETRIOSE?

S. Braga¹, R. Costa², A. Paiva², C. Pinto², P. Fernandes²

¹Serviço de Pneumologia, Hospital Sousa Martins, Guarda; ²Serviço de Cirurgia Torácica, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto.

Introdução: A endometriose é uma doença ginecológica em que tecido endometrial é encontrado fora do útero, podendo comportar-se de forma semelhante ao endométrio durante o período menstrual. Quando este “endométrio ectópico” se localiza no diafragma, pode ter transformação necrotizante durante o cataménio, havendo consequente formação de orifícios que podem levar a pneumotórax e herniação hepática.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 36 anos, antecedentes de aborto espontâneo há 6 meses e dois pneumotórax à direita nos últimos dois meses, não apresentando outros antecedentes de relevo. Recorre ao serviço de urgência por desconforto torácico direito, com um dia de evolução, sem outros sintomas relevantes. Analiticamente sem alterações de relevo, tendo sido efetuado uma radiografia de tórax que demonstrou pneumotórax total à direita. No último internamento pelo mesmo motivo, teria sido realizada uma TC de tórax que demonstrava, para além de pneumotórax, uma imagem nodular bilobulada supra-diafragmática direita, de contornos bem definidos, apresentando íntima relação com o diafragma, com densidade semelhante à do parénquima hepático. Uma vez que já teria história de pneumotórax anteriores do mesmo lado, teve

indicação para abordagem cirúrgica. Durante a cirurgia, após exploração do espaço pleural, foi detetado um orifício diafragmático com herniação hepática através do mesmo, tendo sido encerrado o defeito diafragmático. De referir que a doente não tinha filhos, tendo tido um aborto espontâneo da única vez que teria conseguido engravidar. Após uma melhor abordagem da história ginecológica, obteve-se informação que os períodos menstruais da doente se acompanham de fortes dores abdominopélvicas, não tendo, contudo, certeza de uma associação entre o cataménio e episódios de dor torácica ou dispneia, apesar de noção de vários episódios de tosse durante o ano. Para além disso, teria também história de quistos ováricos direitos e de quisto hemorrágico no corno uterino direito.

Discussão: O pneumotórax catamenial é incomum, no entanto, dada a faixa etária e história ginecológica da doente, torna-se imperativo excluir endometriose, tal como é crucial o seu diagnóstico precoce para tratamento de eventuais complicações não só a nível torácico como a nível de outros órgãos e sistemas que possam ser afetados.

P151. ACUPUNCTURA: UMA CAUSA DE PNEUMOTÓRAX BILATERAL?

M. Cabral, B. Mendes, C. Figueiredo, P. Cravo, J. Cardoso

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

Introdução: A ocorrência de pneumotórax bilateral (PTB) é uma entidade rara; algumas das etiologias estão já bem definidas ao contrário de outras com poucos casos relatados.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 89 anos, com história médica conhecida de: Asma brônquica (medicada e controlada), síndrome da apneia obstrutiva do sono sob terapia com CPAP, HTA e patologia osteoarticular degenerativa. Há cerca de 20 anos, pelas queixas osteoarticulares, iniciou acupuntura duas vezes por semana, com colocação de agulhas na região cervical e dorso-lombar. Recorreu ao Serviço de Urgência dois dias após a última sessão de acupuntura por quadro de dispneia com tosse e expectoração mucopurulenta. Dos exames complementares realizados, laboratorialmente sem evidência de infeção. A radiografia torácica revelou extenso pneumotórax à direita pelo que foi colocada drenagem torácica. Por não ser tão evidente à esquerda, fez TC-torácica que veio a confirmar essa hipótese diagnóstica pelo que foi também colocada drenagem à esquerda. A doente foi internada no Serviço de Pneumologia. O internamento decorreu sem intercorrências, confirmou-se expansão pulmonar bilateral e após dois dias, por drenagem não funcionante, foram retirados ambos os drenos. A doente teve alta, reencaminhada para consulta, sem evidência de recorrência de pneumotórax desde então.

Discussão: Este caso ilustra uma possível associação entre pneumotórax e acupuntura. Na literatura são já alguns os casos relatados, a maioria como pneumotórax unilateral e relacionado com a inserção de agulhas na zona superior do tórax ou na área paraespinhal. Com este caso pretende-se alertar para um possível efeito colateral da acupuntura que, apesar de raro, é considerável dada a procura crescente de medicinas alternativas.

P152. UM CASO RARO DE FÍSTULA BRONCO-PLEURAL

I. Barreto, I.F. Pedro, J.D. Cardoso, F. Freitas, P. Monteiro, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: As fístulas bronco-pleurais constituem comunicações entre a árvore brônquica e o espaço pleural, podendo classificar-se como centrais ou periféricas. Quanto à etiologia, podem surgir como complicação pós-operatória de ressecção pulmonar, após infeção com necrose pulmonar (pe., tuberculose), por causa traumática ou neoplásica.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de um homem de 67 anos, fumador (40 UMA), com hábitos etanólicos, sem diagnósticos médicos prévios conhecidos. Foi transportado para o Serviço de Urgência por traumatismo torácico esquerdo no contexto de atropelamento, sem evidência de pneumotórax ou fracturas após avaliação complementar. A TC de tórax revelou bronquiectasias e áreas de cavitação do lobo superior direito, com redução volumétrica e desvio homolateral do mediastino, opacidades no lobo médio e lobo inferior direito, compatíveis com sequelas de tuberculose; hiperinsuflação compensatória do pulmão esquerdo com enfisema centrilobular difuso. Exame directo da expectoração (Ziehl-Neelsen): sem bacilos álcool-ácido resistentes. O doente apresentou broncorreia abundante, tendo havido isolamento de *Haemophilus influenzae* no exame bacteriológico da expectoração, pelo que foi medicado com amoxicilina/ácido clavulânico. Foi realizada videobroncofibroscopia, com evidência de distorção arquitectural da traqueia e árvore brônquica, presença de três fístulas, a maior de 5 mm na parede posterior da traqueia, com saída de conteúdo purulento que se aspirou em grande quantidade após instilação de soro. Os exames bacteriológico, micológico e micobacteriológico das secreções brônquicas e do lavado broncoalveolar foram negativos, sendo o exame anatomopatológico dos mesmos negativo para pesquisa de células neoplásicas, com presença de exsudado fibrogranulocitário. Teve alta clinicamente melhorado, sem posterior recidiva de intercorrências infecciosas em três meses.

Discussão: As fístulas bronco-pleurais são complicações raras de tuberculose pulmonar, podendo a apresentação variar de achados imagiológicos incidentais em doentes assintomáticos a pneumotórax sob tensão. Associam-se a broncorreia abundante, presença de ar no espaço pleural e nível hidroaéreo. A ausência de pneumotórax, como neste caso, é infrequente e dificulta o diagnóstico.

P153. ABCESSO SUBFRÊNICO: UMA ETIOLOGIA RARA DE EMPIEMA

C. Pimentel, D. Amorim, C. Santos, S. Feijó

Centro Hospitalar de Leiria.

Introdução: O empiema refere-se à infecção do espaço intrapleural, sendo a pneumonia a causa mais frequente desta patologia (60%). O empiema secundário à cirurgia torácica é a segunda causa mais frequente (20%), seguido do trauma torácico (10%). As restantes etiologias descritas são muito mais raras.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 51 anos, do sexo masculino, fumador e com hábitos de etilismo crónico, com antecedentes pessoais de pancreatite crónica alcoólica, doença hepática crónica de etiologia alcoólica e vírica (vírus da hepatite C, com eliminação espontânea), encefalopatia hepática grau 2, litíase vesicular e diabetes mellitus tipo 2. Apresentava má adesão à terapêutica e recomendações médicas. Em 2019 desenvolveu uma colecção perigástrica e peripancreática com fistulização gástrica espontânea, com necessidade de drenagem endoscópica e embolização de pseudoaneurisma da artéria esplénica. Posteriormente apresentou múltiplos episódios de pancreatite crónica alcoólica agudizada com necessidade de internamentos prolongados no serviço de Gastrenterologia. Em abril de 2021 desenvolveu empiema, secundário a comunicação com colecção intradominal subfrénica/perigástrica, com necessidade de drenagem combinada: transgástrica (da colecção abdominal, com necessidade de colocação de próteses plásticas transgástricas crónicas) e transtorácica (do empiema), com necessidade de antibióterapia prolongada, mas com boa evolução. Manteve o seguimento em consulta de Gastrenterologia, tendo sido novamente referenciado à Pneumologia por recidiva do empiema em dezembro de 2021. Dado ser um quadro de empiema crónico, optou-se por referenciação do doente para Cirurgia Torácica para descorticação pleural.

Discussão: O presente caso demonstra a importância da abordagem multidisciplinar em empiemas com origem em abcessos subfrénicos

com contaminação pleural transdiafragmática, sendo a probabilidade de recidiva do empiema mais elevada, caso não exista controlo do foco infeccioso abdominal. A persistência do empiema leva à formação de tecido fibrinoso, com septação densa e localizações que dificultam a abordagem do mesmo por drenagem transtorácica, constituindo um enorme desafio terapêutico sendo frequentemente necessária a abordagem cirúrgica.

P154. APRESENTAÇÃO IMAGIOLÓGICA INCOMUM DE PNEUMONIA INTERSTICIAL DESCAMATIVA

S.C. Martins, N. Melo, A. Morais

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Introdução: A pneumonia intersticial descamativa (DIP) é frequentemente descrita como uma patologia relacionada com o tabaco, embora outros fatores predisponentes possam ser incluídos. Tipicamente, manifesta-se em TC tórax de alta resolução (AR) pela presença de opacidades difusas em vidro despolido, havendo um subgrupo de doentes que evolui para fibrose pulmonar, com aparecimento habitual de lesões císticas de reduzidas dimensões e favo de mel. Sendo incomum, é uma doença pouco caracterizada na literatura.

Caso clínico: Doente do género masculino, 61 anos, ex-fumador de elevada carga tabágica (80 UMA) e com exposição a pássaros no passado, é avaliado em consulta por quadro de dispneia de agravamento progressivo, com necessidade de oxigenoterapia de deambulação, sem outra sintomatologia associada. A TC-tórax AR revelou a presença de opacidades em vidro despolido bilateralmente, com áreas de bronquiectasias de tração subpleurais e múltiplos cistos pulmonares, os maiores com 38 mm. Do lavado broncoalveolar destacava-se ligeira eosinofilia de 6% e não se registavam outras alterações analíticas, nomeadamente sugestivas de quadro infeccioso ou presença de autoimunidade. Os achados histológicos resultantes de criobiópsia pulmonar transbrônquica confirmaram a existência de abundantes agregados de macrófagos nos espaços alveolares, com pigmento amarelo-dourado fino no citoplasma, em associação a fibrose septal ligeira e infiltrado inflamatório intersticial linfocitário, definindo o diagnóstico de DIP e, por conseguinte, o início de tratamento com corticoterapia.

Discussão: Neste caso, os achados radiológicos desviam-se dos descritos na literatura, sendo atípica a apresentação de cistos de elevadas dimensões na DIP. A heterogeneidade radiológica pode muitas vezes tornar o diagnóstico desafiante, realçando-se assim a importância do papel da biópsia pulmonar e de uma integração multidisciplinar na definição diagnóstica de patologias raras, como a DIP.

P155. FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA: UM DIAGNÓSTICO INCIDENTAL NUMA SUSPEITA DE NEOPLASIA PULMONAR

E. Almeida, M. Oliveira, S. Braga, J. Ribeiro, F. Jesus, F. Silva, J.M. Silva, L. Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: A fibroelastose pleuroparenquimatosa é uma entidade rara pertencente ao grupo das pneumonias intersticiais idiopáticas, caracterizada por fibrose da pleura visceral com fibroelastose subpleural e parenquimatosa que atinge particularmente os lobos superiores. É mais comum em jovens, atingindo ambos os sexos, e sem relação com hábitos tabágicos. Os sintomas mais frequentes são dispneia e tosse seca, podendo manifestar-se também com infeções recorrentes do trato respiratório ou pneumotórax espontâneo. Apresentamos um caso clínico com características imagiológicas sugestivas de neoplasia, que histologicamente mostrou tratar-se de uma fibroelastose pleuroparenquimatosa.

Caso clínico: Homem de 75 anos, ex-fumador de < 10 UMA, sem exposição ambiental de relevo, sem antecedentes de patologia respiratória, foi enviado a consulta de Pneumologia por alterações imagiológicas na TC torácica; esta mostrava um micronódulo sólido de 3 mm no segmento apical do lobo superior direito (LSD), e uma área com padrão de vidro despolido com 17 mm, de natureza indeterminada, no segmento posterior do LSD. Apresentava-se assintomático, e o exame objetivo não tinha alterações significativas. A espirometria mostrou uma FVC de 91%, um FEV1 de 88% e um FEV1/FVC de 95%. A investigação foi complementada com a obtenção de PET-CT que não mostrou captação de 18F-FDG pela lesão. Dado tratar-se de uma lesão em vidro despolido, inacessível por broncofibroscopia ou biópsia aspirativa transtorácica propôs-se o doente para biópsia cirúrgica. Foi efetuada ressecção em cunha da maior lesão no LSD, e a histologia da biópsia veio a revelar-se compatível com fibroelastose pleuroparenquimatosa.

Discussão: A fibroelastose pleuroparenquimatosa pode associar-se a múltiplas entidades clínicas, como outras doenças do interstício pulmonar, transplantes de órgão ou de medula óssea, e exposição ambiental, o que faz aumentar a suspeição clínica, permitindo o diagnóstico precoce e possibilitando avaliar o impacto prognóstico das diferentes associações. É maioritariamente de causa idiopática, sendo importante a exclusão de outros diagnósticos diferenciais como, neste caso, a neoplasia pulmonar. O reconhecimento e a divulgação das características clínicas e radiológicas desta entidade são fundamentais para melhorar a sua perceção e abordagem diagnóstica.

P156. DOENÇA PULMONAR RELACIONADA COM IGG4-A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

J. Pacheco, S. Freitas, T. Alfaro

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A doença relacionada com IgG4 (IgG4-RD) é uma patologia fibroinflamatória sistémica, podendo acometer qualquer órgão. Os critérios de diagnóstico são pouco sensíveis e específicos, sendo o diagnóstico de exclusão. Os autores apresentam dois casos clínicos pertinentes pelo diagnóstico diferencial com neoplasia pulmonar.

Casos clínicos: Caso clínico 1: mulher, 58 anos, recorreu ao serviço de urgência por toracalgia e tosse seca com 2 meses de evolução. Negou outras queixas como febre, dispneia, sintomas constitucionais ou hemoptises. Ao exame físico e analiticamente sem alterações. A radiografia do tórax mostrou opacidade no campo pulmonar esquerdo. Ficou internada para investigação diagnóstica. A TC tórax mostrou volumosa massa para-mediastínica esquerda, assim como adenopatias mediastínicas. A PET-CT confirmou a presença de uma massa hipermetabólica, sugestiva de neoplasia. Foi submetida a broncofibroscopia com biópsias brônquicas, cujo resultado foi indeterminado. Nesse sentido, foi solicitada biópsia transtorácica (BTT), a qual revelou linfoma/tecido peri-tumoral. O diagnóstico apenas foi obtido através de biópsia cirúrgica, com representação de células plasmocitárias com expressão de IgG4 e IgM, assim como pleurite crónica colagenizante. A doente mantém seguimento em consulta de interstício pulmonar, com estabilidade clínica e melhoria imagiológica sob corticoterapia. Caso clínico 2: homem de 40 anos, recorreu aos cuidados de saúde primários por toracalgia e tosse seca, tendo sido solicitada radiografia do tórax que revelou lesão nodular no lobo superior do pulmão esquerdo. A TC tórax e a PET-CT, além da lesão mencionada, revelaram gânglios mediastínicos, pelo que foi submetido a EBUS-TBNA, embora sem diagnóstico. A BTT revelou fibrose e processo inflamatório crónico com padrão NSIP, acompanhada de abundantes plasmócitos com expressão de IgG4, sem evidência de neoplasia. Analiticamente IgG4 de 1.559 mg/dL, sem outras alterações. Iniciou prednisolona 40 mg com estabilidade clínica e imagiológica.

Discussão: O diagnóstico da IgG4-RD é atrasado pela baixa especificidade do quadro clínico, aliado ao facto da elevação da IgG4 não ser específica desta patologia, podendo estar presente noutras entidades. A biópsia, apesar de não ser mandatória, é frequentemente a única forma de estabelecer o diagnóstico.

P157. UM CASO RARO DE ADENOPATIAS MEDIASTÍNICAS

R. Enriquez, J. Duarte, N. Caires, I. Gonçalves, T. Martín, J. Moreira Pinto, F. Todo Bom

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: A presença de adenopatias mediastínicas é um achado frequente. Durante a investigação etiológica devem considerar-se causas benignas, entre as quais infecciosas ou inflamatórias, e causas malignas. Per se, o estudo de envolvimento ganglionar mediastínico com etiologia neoplásica pode representar um complexo diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 53 anos, autónoma, ex-fumadora desde 2003 (30 UMA). Tem antecedentes pessoais de insuficiência venosa crónica e hipertensão arterial e antecedentes familiares maternos de linfoma. Seguida em Oncologia desde Janeiro de 2019 por carcinoma pavimentocelular (CPC) do colo do útero FIGO IIIB/IIIC2r, com compressão extrínseca do uretero direito e necessidade de colocação de *stent* ureteral. Realizou quimiorradioterapia definitiva até Junho de 2019, sem evidência de progressão de doença durante o *follow-up* oncológico. Em Março de 2021, no pós-operatório imediato de substituição eletiva do *stent* ureteral apresenta broncospasmo e hipoxémia refractária à terapêutica broncodilatadora e corticoterapia sistémica, ficando internada. Refere tosse seca, cansaço no esforço e perda ponderal de 8 Kg com um mês de evolução. A TC do tórax identifica conglomerado adenopático hilar e mediastínico bilateral com necrose central a condicionar redução do calibre da árvore brônquica e lesão lítica com componente de partes moles do 6º arco costal direito. A TC abdóminopélvica não evidenciou adenopatias ou sinais de recidiva neoplásica locorregional. Realizou broncofibroscopia que revelou sinais de infiltração neoplásica ao nível da carina e mucosa brônquica com compressão extrínseca bilateral e as biópsias brônquicas mostraram CPC, sendo a imunohistoquímica positiva para p40 e p16. Assumiu-se recidiva da neoplasia do colo do útero e a doente iniciou 2ª linha terapêutica, no entanto com progressão de doença a nível ganglionar, pulmonar, ósseo e cutâneo, tendo vindo a falecer em Julho de 2021.

Discussão: A metastização à distância do CPC do colo do útero é rara e resulta da disseminação hematogénea, habitualmente acompanhada de progressão locorregional da doença, sendo o pulmão o órgão mais atingido, seguido do osso e fígado. Saliencia-se este caso pela apresentação singular de recidiva tumoral com envolvimento mediastínico numa doente sem evidência de progressão local.

P158. NEOPLASIAS SÍNCRONAS: A SURPRESA DO DIAGNÓSTICO E O DESAFIO DA TERAPÊUTICA

I. Barreto, A.S. Vilariça, H. Luna Pais, P. Alves

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: Embora pouco frequente (2-17%), tem-se verificado um aumento na ocorrência simultânea de diversas neoplasias malignas primárias.

Caso clínico: Neste âmbito, apresenta-se o caso de uma mulher, 67 anos, ex-fumadora (20 UMA), com melanoma maligno do dorso, submetida a cirurgia em 7/2017, localizado, com margens negativas. TC de estadiamento (8/2017): nódulo de 4 mm no LSD e vários focos bilaterais, o maior de 7 mm no LSE, sem captação na PET, sem outras lesões. Houve crescimento do nódulo do LSD para 22 mm em 6 meses. Foi submetida a ressecção atípica do LM e LSD

em 5/2018, com diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão estágio IVA (T4N0M1a). PD-L1 negativo. Estudo molecular: mutação no exão 21 do EGFR. Iniciou terapêutica de 1ª linha com afatinib 40 mg/dia, com resposta parcial após 3º ciclo, com redução de dose para 20 mg/dia ao 3º ciclo por diarreia e lesões cutâneas. Houve progressão de doença a nível pulmonar em TC toraco-abdominal de 1/2020. Foi realizada biópsia transtorácica de outro nódulo no LSD, considerado M1 de tumor pulmonar, para pesquisa de mutação T790M (negativa em biópsia líquida), tendo o resultado anatomicopatológico revelado metástase de melanoma maligno, com mutação BRAF negativa. TC CE (3/2020): lesões hipodensas parenquimatosas com efeito de massa sugestivas de secundarização cerebral. Discussão conjunta com Oncologia Médica, não sendo possível concluir se a progressão pulmonar e cerebral foi por adenocarcinoma do pulmão ou por melanoma maligno, decidindo-se iniciar imunoterapia com pembrolizumab para o melanoma (4/2020 até 11/2020) e manter afatinib, que realizou até 4/2021 (18 ciclos). Realizou radioterapia holocraniana. Verificou-se progressão de doença e agravamento do estado geral, tendo a doente vindo a falecer em 6/2021.

Discussão: Este caso apresentou diversos aspetos complexos e desafiantes, salientando-se o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão EGFR mutado numa doente com melanoma maligno que recidivou, assim como o resultado da rebiópsia, traduzindo a importância e dificuldade do diagnóstico anatomicopatológico e importância da abordagem multidisciplinar nas decisões terapêuticas. A associação de imunoterapia com terapêutica-alvo gerou expectativa relativamente à resposta e perfil de tolerabilidade. A gestão das intercorrências na perspectiva de aumentar a sobrevivência é outro aspecto a considerar.

P159. CONDIÇÃO PÓS-COVID: UMA LIGAÇÃO DIRETA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS AOS HOSPITALARES

A.M. Simões, T. Ferreira, M. Oliveira, L. Ferreira, A. Santos

USF “A Ribeirinha”, ULS Guarda.

Introdução: A condição pós-COVID ou “Long COVID”, é uma entidade incapacitante com fisiopatologia ainda por esclarecer. Foi assim necessário proceder à criação de uma consulta de Pneumologia pós-COVID. Desta forma, os Cuidados de Saúde Primários (CSP), têm um papel primordial diagnóstico e eventual referência destes doentes.

Objetivos: Caracterização dos doentes observados pela Pneumologia na consulta pós-COVID referenciados dos CSP.

Métodos: Estudo observacional, retrospectivo e descritivo, consultando o processo clínico eletrónico dos doentes referenciados pelos CSP à consulta de Pneumologia pós-covid da ULGS, durante 1 ano (prévios à NOC 002/2022).

Resultados: Realizadas 174 primeiras consultas, 15,5% (n = 27) referenciados pelos CSP, 74% do sexo feminino, com uma idade média de 59 anos. Dos doentes referenciados, 59% apresentaram doença ligeira, 33% doença moderada e 7% doença grave. Os principais sintomas que motivaram a referência foram: 74% cansaço, 44% dispneia para pequenos esforços e 11% tosse. Aplicada escala de dispneia mMRC antes e após a infeção, com grau > 1 em 85%. Dos MCDTs pedidos previamente pelos CSP: 26% não realizaram exames, 37% realizaram Rx de tórax (50% com alterações) e 63% realizaram TC tórax (com alterações). No entanto, apenas 4% realizaram provas funcionais respiratórias (PFR). Outros MCDTs realizados incluíam: 19% ecocardiograma, 15% ECG e em menor número, prova de esforço e holter. Acerca dos MCDTs pedidos na consulta: todos realizaram PFR (7% com alterações) e estudo imagiológico (Rx de tórax inicial ou TC tórax controlo). Das alterações encontradas apenas 11% corresponderam a sequelas de infeção por COVID (“Long COVID”). Assim, 44% mantêm vigilância na consulta e os restantes tiveram alta para outras consultas ou retornaram aos CSP.

Conclusões: Este estudo demonstra que a maioria dos doentes referenciados (59%) apresentaram doença ligeira, que apesar da maioria dos doentes ter alterações imagiológicas prévias em TC tórax, encontravam-se funcionalmente bem e que em apenas 11% foram diagnosticadas sequelas pós-COVID. Desta forma, os CSP têm um papel preponderante na doença ligeira com a realização de uma história clínica dirigida e pelo pedido de MCDTs prévios à consulta hospitalar. Desta forma, a criação de protocolos de referência local é fulcral na gestão desta condição.

P160. ECOENDOSCOPIA BRÔNQUICA, DO DIAGNÓSTICO AO ESTADIAMENTO: A REALIDADE NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

T.S. Marques, D. Neves, B. Santos, I. Ruivo, U. Brito

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Faro.

Introdução: As técnicas brônquicas ecoendoscópicas (EBUS) têm evoluído nos últimos anos e estão a tornar-se uma prática comum em muitos hospitais. A taxa de sucesso destes exames varia atendendo a vários fatores, salientando-se a importância da sua constante otimização.

Objetivos: Avaliação do desempenho relativamente à rentabilidade diagnóstica do EBUS no diagnóstico e estadiamento no cancro do pulmão.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu os doentes submetidos a EBUS linear e/ou radial entre agosto de 2020 e abril de 2022, que se encontram em seguimento no nosso Centro Hospitalar.

Resultados: Foram incluídos 82 doentes, dos quais 65,8% do sexo masculino. A idade média era de $67 \pm 9,1$ anos e 76,8% eram fumadores/ex-fumadores com carga tabágica média de 58 UMA. Os doentes foram divididos em três grupos: grupo de estadiamento (12 doentes), grupo de diagnóstico (14 doentes) e grupo de diagnóstico e estadiamento (56 doentes). Foram punccionados 112 gânglios por via transbrônquica (EBUS-TBNA) com uma média de $4,5 \pm 1,4$ passagens. Foram realizadas 5 punções aspirativas e 29 biópsias a lesões paratraqueais e parabrônquicas com apoio de EBUS por sonda radial e fluoroscopia com intensificador de imagem. Nos mesmos tempos operatórios foram ainda realizadas 21 biópsias por observação direta de alterações brônquicas. Registaram-se 16 casos de hemorragia ligeira e 1 caso de hemorragia moderada. Foram realizadas um total de 55 avaliações rápidas no local (ROSE), de um total de 34 doentes, verificando-se uma sensibilidade e especificidade de 95% e 65%, com um valor preditivo positivo de 85,8% e um valor preditivo negativo de 85,4%. No grupo de estadiamento verificou-se uma prevalência de neoplasia de 75% (sensibilidade 90%, especificidade 100%, VPP 100%, VPN 76,9%). No grupo de diagnóstico verificou-se uma prevalência de neoplasia de 42,9% (sensibilidade 55%, especificidade 100%, VPP 100%, VPN 74,7%). No grupo de diagnóstico e estadiamento verificou-se uma prevalência de neoplasia de 46,4% (sensibilidade 64%, especificidade 100%, VPP 100%, VPN 77,8%).

Conclusões: Os autores confirmaram que as técnicas por EBUS são métodos eficazes para o diagnóstico e estadiamento da neoplasia do pulmão e que a combinação de técnicas permite aumentar a sensibilidade diagnóstica e por sua vez o valor preditivo negativo do exame.

P161. SÍNDROME DE HIPERVENTILAÇÃO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R. Fernandes, S. Clemente, A. Rolo Duarte, A. Borges, F. Todo Bom

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A síndrome de hiperventilação (SHV) caracteriza-se pelo aparecimento de dispneia e outros sintomas não respiratórios, associados a um aumento inapropriado da ventilação minuto, não

justificada por ou na ausência de patologia cardio-respiratória. Apesar de previamente descrita na literatura, a sua etiologia, diagnóstico e tratamento permanecem controversos.

Caso clínico: Mulher de 69 anos, ex-fumadora (CT 35 UMA), referenciada à consulta por episódios recorrentes de tosse seca, dispnéia e pieira, agravados pelo esforço e acompanhados por vezes de sensação de “cabeça leve” e falta de força nos membros inferiores. Sem desencadeantes ou exposição ambiental de risco. Dos antecedentes destacava-se hipotireoidismo e síndrome depressivo, ambos medicados. Ao exame objetivo não eram perceptíveis quaisquer alterações. Apresentava um doseamento de IgE total de 860 UI/mL, tendo-se documentado sensibilidade a ácaros e gramíneas nos testes de sensibilidade cutânea (TSC). Na presunção de asma com provas funcionais respiratórias em repouso dentro da normalidade (espirometria, pletismografia e DLCO) e sem resposta ao broncodilatador, foi submetida a prova de broncoprovocação com metacolina, que se revelou negativa. Realizou angio-TC torácica que excluiu TEP e evidenciou ligeiras assimetrias da ventilação pulmonar com padrão em “mosaico”. A investigação foi complementada com eletrocardiograma e ecocardiograma transtorácico que não apresentaram alterações. Para avaliação da intolerância ao esforço, realizou prova de esforço cardiopulmonar (PECR) que documentou broncoconstricção induzida pelo exercício e hiperventilação desproporcionada para o esforço realizado. Pela ausência de melhoria com a introdução do corticoide inalado foi integrada em programa de reabilitação respiratória (RR). Após o mesmo, objetivou-se melhoria significativa ao nível dispnéia, capacidade de exercício, capacidade funcional, sintomas de depressão e ansiedade e qualidade de vida.

Discussão: A sobreposição do SHV com outras doenças respiratórias e condições psiquiátricas dificultam a sua investigação e diagnóstico, que permanece de exclusão. A realização de PECR facilita a determinação da causa de intolerância ao exercício, permitindo o diagnóstico e facilitando as decisões terapêuticas futuras. A RR, pela sua abordagem holística e interdisciplinar, parece ser promissora.

P162. PNEUMONIA INTERSTICIAL AGUDA: DOIS CASOS CLÍNICOS DE SUCESSO

M. V. Matias, M. Martins, N. Melo, P. C. Mota, H.N. Bastos, A. Terras, A. Carvalho, J.M. Jesus, S. Guimarães, C. Souto Moura, A. Morais

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: A pneumonia intersticial aguda (PIA) é uma forma rara e fulminante de pneumonia intersticial idiopática. A apresentação e evolução são semelhantes a ARDS. Para o diagnóstico é necessário um exame anátomo-patológico com dano alveolar difuso. Apresentam-se 2 casos de sucesso que mantêm seguimento em consulta de doenças pulmonares difusas.

Casos clínicos: 1º: mulher, 27 anos recorreu ao serviço de urgência (SU) por tosse produtiva e febre, tendo alta com antibiótico; 5 dias depois volta por dispnéia. Exame objetivo (EO): polipneia, crepitações inspiratórias bilaterais à auscultação pulmonar (AP). Análises: PCR 92,4 mg/L, gasimetria arterial (GSA) FiO2 21%: pH 7,45/paCO2 21/paO2 17. Na TCAR tórax vidro despolido extenso bilateral com consolidações nos lobos inferiores. Foi ventilada invasivamente, medicada com antibiótica; por evolução desfavorável iniciou suporte com ECMO. Restante estudo (microbiológico, imunológico, serológico, ecocardiograma, broncofibroscopia) sem alterações. Realizada biópsia pulmonar cirúrgica com lesão alveolar difusa em fase organizativa. Diagnóstico de PIA (excluídas causas de ARDS), iniciou pulsos de metilprednisolona; ao 16º dia fez pulso de ciclofosfamida (CYC) com boa resposta clínica e radiológica, ao 20º dia teve alta. Cumprir 6 pulsos mensais de CYC, seguido de manutenção com azatioprina (AZA). Após 6 meses teve resolução imagiológica. 2º: mulher, 70 anos recorreu ao SU por dispnéia; EO: polipneia, crepitações dispersas à AP. Análises: PCR 176 mg/L, GSA (FiO2 50%) pH 7,48/paCO2 34/paO2 50, TCAR tórax: vidro despolido bilateral com áreas consolidativas

dispersas. Submetida a ventilação invasiva; efetuou estudo semelhante ao descrito no 1º caso. Ao 6º dia biópsia pulmonar transtorácica guiada por TC com lesões de dano alveolar difuso. Iniciou pulsos de metilprednisolona com melhoria clínica e imagiológica. Ao 19º dia iniciou CYC e ao 28º dia teve alta com OLD Cumprir 6 ciclos de CYC com resolução da insuficiência respiratória e AZA como manutenção, suspensa por toxicidade hepática. Atualmente sob micofenolato mófetil com estabilidade clínica.

Discussão: Perante um dano alveolar difuso devem-se despistar potenciais causas e ponderar o diagnóstico de PIA. A base do tratamento é de suporte, no entanto, deve-se iniciar terapêutica imunossupressora precocemente uma vez que a mortalidade intra-hospitalar é elevada.

P163. COVID-19 E RISCO DE CANCRO DO PULMÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M.V. Matias, D. Cora, R. Borrego, C. Matos, F. Nogueira

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: As infeções pulmonares, pela inflamação crónica, são um fator predisponente para a proliferação de cancro do pulmão. O efeito de fármacos imunossupressores, nomeadamente a corticoterapia em alta dose, na progressão de tumores é controverso. Pela inflamação e terapêutica, bem como pelas alterações imagiológicas associadas que poderão mascarar lesões malignas, a COVID-19 poderá aumentar o risco de neoplasia pulmonar avançada.

Caso clínico: Homem, 67 anos, ex-fumador (30 UMA). Em janeiro/2021 foi internado em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por pneumonia COVID-19, iniciou dexametasona e foi submetido a ventilação invasiva. Evolução para pneumonia organizativa, com necessidade de incremento da corticoterapia para metilprednisolona 1 mg/kg/dia por 15 dias e desmame até 20 mg/dia. TC-tórax com padrão em vidro despolido, áreas de condensação e alterações microquísticas subpleurais traduzindo provável fibrose. Permaneceu na UCI por 45 dias, posterior transferência para enfermaria. Em maio teve alta para centro de reabilitação intensivo. Manteve desmame de corticoterapia até junho. Em setembro iniciou seguimento em consulta de Pneumologia: bom estado geral, dispnéia (mMRC 3), tosse não produtiva e pieira mantidas; fez TC-tórax de reavaliação em outubro: nódulo de 16 mm espiculado no lobo superior esquerdo não evidente em TC anterior. A PET-TC foi compatível com lesão maligna pulmonar esquerda (SUV máx 8,6) e metastização óssea múltipla -estadio IVb. Submetido a biópsia pulmonar transtorácica - diagnóstico histológico de adenocarcinoma primário do pulmão (PD-L1 30%, NGS-1 negativo). Iniciou quimioterapia (platina+pemetrexede) e imunoterapia (pembrolizumab), atualmente no 3º ciclo.

Discussão: No caso descrito o doente tem um diagnóstico de neoplasia do pulmão estadio IVb que parece ter-se desenvolvido num curto espaço de tempo. A infeção viral grave e a utilização de agentes imunossupressores em alta dose poderão ter tido um papel nesta rápida progressão, num doente já com fator de risco de tabagismo. Não pode, no entanto, ser excluída a hipótese de uma lesão prévia ter sido subvalorizada pelas alterações de pneumonia SARS-CoV-2. Assim, apesar de não existir uma associação descrita entre a COVID-19 e o risco de desenvolvimento de cancro do pulmão sugere-se que estes doentes devam ter uma vigilância apertada.

P164. ORTHOGNATHIC SURGERY IN OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA: HOW SUCCESSFUL CAN IT BE?

H.C. Rodrigues, M. Pereira, C. Pereira, M. Escaleira, E. Nabais, F. Coutinho, R. Staats, P. Pinto, F. Salvado, C. Bárbara

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.

Introduction: The first-line treatment of Obstructive Sleep Apnoea (OSA) is CPAP. Recently, it has been reported that maxillomandibular

lar advancement surgery can improve or eliminate OSA in moderate/severe cases, but results are conflicting.

Case report: The authors present two cases of moderate/severe OSA successfully treated with maxillomandibular advancement surgery after partial OSA correction with ENT surgery. A 39-year-old overweight man (BMI 27.1 kg/m²) with complaints of snoring, excessive daytime somnolence (Epworth 19/24) and witnessed apneas referred to our Sleep Unit, performed a polysomnography (PSG) revealing a severe OSA (RDI: 79.6/h) with indication for CPAP therapy. Due to marked nasal obstruction, the patient was observed by ENT surgery, evidencing concomitant tonsillar hypertrophy and redundant flaccid soft palate with long uvula, and was submitted to septoplasty, bilateral partial inferior turbinectomy and uvulopalatopharyngoplasty. Considering improvement of daytime somnolence (Epworth 10) and non-adherence to CPAP, a PSG without CPAP was performed showing a RDI 27.8/h. Due to low CPAP compliance and moderate OSA persistence with a class II retrognathism, the patient was submitted to orthognathic surgery with bimaxillary advancements. A new PSG, without CPAP revealed an AIH of 1.4/h coinciding with a significant symptomatic improvement (Epworth 2/24). A 43-year-old obese man (BMI 31.4 kg/m²), with previous history of septoplasty, bilateral partial inferior turbinectomy and uvulopalatoplasty, with persistent complaints of snoring, excessive daytime somnolence (Epworth 20/24) and witnessed apneas. Basal PSG revealed a moderate OSA (RDI 24.6/h) and started CPAP therapy. Due to low CPAP compliance and after maxillofacial evaluation identifying a maxillary retrusion and a grade IV mallampati, the patient was submitted to orthognathic surgery with bimaxillary advancements. A new PSG, without CPAP revealed a mild OSA (RDI 14/h), coinciding also with a significant symptomatic improvement.

Discussion: These clinical cases show very positive results of orthognathic surgery in moderate and severe OSA in our centre, demonstrating the importance of a multidisciplinary assessment, representing a further step in patient-centred and personalized medicine.

P165. METASTIZAÇÃO TRAQUEAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE NEOPLASIA DA MAMA

S. Silva, R. Rosa, V. Martins, M. Aguiar, F. Todo Bom

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: A neoplasia da mama é a mais frequente nas mulheres em Portugal e a metastização neste contexto ocorre mais frequentemente no osso, pulmão, SNC e fígado.

Caso clínico: Mulher de 38 anos, natural de Angola, não fumadora, com história de tuberculose pulmonar (TP) na infância e múltiplos fatores de risco cardiovasculares. Diagnóstico de carcinoma bifocal da mama em 2017, submetida a neoadjuvância com paclitaxel e trastuzumab seguida de mastectomia em 04/2018, radioterapia e trastuzumab adjuvante até 11/2018, sob hormonoterapia (HT) com exemestano e goserrelina e em remissão. Tosse seca e dispneia a esforços progressivamente menores, com insuficiência respiratória (IR) tipo 2, restrição moderada e diminuição da DLCO, enquadráveis nas sequelas de TP e pneumonite rídica. Suspeita de recidiva óssea e ganglionar cervical em 03/2021, com biópsia óssea inconclusiva. Em 04/2021, internada por pneumonia da comunidade, agudização da IR e TEP subsegmentar. Realizou broncofibroscopia (BF) com isolamento de *E. coli*, com exame micobacteriológico e micológico negativos, citologia negativa para células neoplásicas, celularidade do LBA incaracterística e relação CD4/CD8 1.12 e sem lesões visíveis. Quadro de hemoptises em pequena quantidade, mas persistentes após completar antibioterapia dirigida e suspensão de anti-coagulação. Estudo autoimune e serologias virais negativas. No mês seguinte, agravamento da quantidade de hemoptises, repetiu BF que mostrou lesões mamiladas na parede posterior da traqueia de novo. As biopsias revelaram metastização de carcinoma da mama, o LBA não foi sugestivo de hemorragia alveolar e os exames micro-

biológicos foram negativos. Realizou biópsia cervical que confirmou recidiva e o re-estadiamento evidenciou metastização no SNC.

Discussão: Apresentamos um caso de uma doente com neoplasia da mama em remissão há 4 anos, sob HT, com recidiva com metastização múltipla: SNC, óssea, ganglionar e, invulgarmente, traqueal, manifestada por hemoptises. A secundarização traqueal é rara e pode ocorrer por invasão direta de tumores de órgãos adjacentes (mais frequente) ou por disseminação linfohematogénica à distância. Estão descritos casos de metastização traqueal em tumores do cólon, mama, rim e melanoma. Este caso realça que, apesar de raro, podemos encontrar metastização de outros tumores na traqueia.

P166. PESTICIDA: UM INIMIGO PULMONAR PERSISTENTE

D. Moreira-Sousa, S. Lopes, M. Afonso, M.S. Valente

CHUCB.

Introdução: O diclorodifeniltricloroetano (DDT) é um inseticida organoclorado de largo espectro proibido desde 1973 em Portugal. No entanto, pode ser usado excecionalmente no controlo de vetores como a malária. Não apresenta toxicidade significativa em contacto com a pele, ao contrário do que acontece quando ingerido ou inalado. No caso de inalação associa-se a sintomas irritativos como tosse e rouquidão e ao desenvolvimento patologia parenquimatosa, como pneumonite.

Caso clínico: Homem de 76 anos, ex-fumador, agricultor. Seguido em consulta de Pneumologia desde 2013 por discretas alterações fibróticas do parênquima pulmonar associadas a exposição persistente a produtos de sulfatação no contexto ocupacional, estável e sem repercussão a nível do estudo de função ventilatória (EFV) (FVC 125%, DLCOsb 88%). Em 2017, imediatamente após sulfatação com cerca de 100 L de DDT sem utilização de EPI, desenvolve quadro de dispneia grave e tosse com expectoração mucosa com necessidade de internamento aos 15 dias de evolução do quadro, por agravamento clínico progressivo com desenvolvimento de insuficiência respiratória parcial grave e evolução imagiológica significativa. Apresentava TC torácico com áreas em favo de mel com predomínio nos andares médios. Foi realizado tratamento de suporte incluindo corticoterapia, mantendo à alta necessidade de oxigénio de longa duração (OLD) a 2 L/min e corticoide sistémico. Foram realizadas tentativas de titulação com recorrência sucessiva de sintomas. No período de 2 anos apresentou uma diminuição sustentada do valor de DLCOsb, de 80,2% aos 6 meses do evento para 40,4%. Em 2022 ocorreu nova exacerbação com necessidade de internamento, em contexto idiopático (Leuc 3.900, PCR 4; TCAR com fibrose de distribuição sobreponível e vidro despolido de novo com predomínio superior), com compromisso significativo das atividades de vida diária e necessidade de elevação do fluxo de OLD para 4 L/min em repouso e 6 L/min em esforço. Pelo fenótipo fibrótico clínica, imagiológica e funcionalmente progressivo foi proposto para nintedanib em associação a corticoterapia em esquema regressivo.

Discussão: A exposição prolongada e em elevadas quantidades a pesticidas é uma causa negligenciada e potencialmente grave de patologia pulmonar fibrótica, com impacto importante na qualidade de vida dos doentes.

P167. NÓDULO SOLITÁRIO DO PULMÃO - EXCISÃO CIRÚRGICA COM BIÓPSIA EXTEMPORÂNEA

F.P. Silva, F. Luís, F. Jesus, E. Almeida, J. Ribeiro, S. Braga, R. Natal, L. Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: Nódulos do pulmão de pequenas dimensões acarretam maior dificuldade de diagnóstico, pela menor acessibilidade. Mesmo na era do desenvolvimento de novas técnicas, a excisão cirúrgica

com biópsia extemporânea permite uma abordagem diagnóstica e terapêutica rápida. Apresentam-se 2 casos clínicos que ilustram a relevância desta abordagem na era atual.

Casos clínicos: 1) Homem, 68 anos. Antecedentes pessoais de DPOC e enfisema. Seguido em consulta por nódulo solitário do pulmão (NSP) incidental no lobo inferior direito, em crescimento (08/2020: 6mm; 08/2021: 13mm). Contornos policíclicos bem definidos, sólido, componente de gordura e calcificações excêntricas, admitindo-se benignidade. Avaliado por cirurgia torácica para biópsia extemporânea: considerado risco demasiado alto pela localização e enfisema. Sugerido EBUS radial: PATB, biópsias brônquicas e escovados brônquicos distais negativos para células neoplásicas. Reconsiderada excisão cirúrgica com biópsia extemporânea: carcinoma neuroendócrino. Subsequente lobectomia do lobo inferior direito e linfadenectomia (T1bN0M0). 2) Mulher, 74 anos. Tabagismo passivo. Seguimento em consulta por tosse crônica. Identificado NSP em crescimento (11/2011: 6 mm; 08/2012: 6,7 mm) no lobo médio. Inicialmente, relatado como sendo benigno e sem potencial de crescimento. No controlo imagiológico com limites espiculados. Broncofibroscopia: mucosa com sinais inflamatórios. Aspirado brônquico negativo para células neoplásicas. Proposta para excisão cirúrgica com biópsia extemporânea: tumor carcinóide.

Discussão: A excisão cirúrgica com biópsia extemporânea permite num único tempo a abordagem diagnóstica e terapêutica. Abordagens menos invasivas podem atrasar o diagnóstico, com risco de progressão e possível perda do potencial curativo da cirurgia. Nos 2 casos, obteve-se diagnóstico de neoplasia por biópsia extemporânea, apesar de não existir suspeita inequívoca de malignidade. Técnicas de navegação são promissoras para aumentar a rentabilidade de exames menos invasivos no diagnóstico de nódulos pequenos mas não se encontram amplamente disponíveis. Assim, consideramos importante contribuir para o debate relativamente ao timing de referência de NSP de pequenas dimensões para avaliação por cirurgia torácica.

P168. BRONCOFIBROSCOPIA FLEXÍVEL NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA - CASUÍSTICA DE 5 ANOS

J.C. Silva, G.F. Santos, P.G. Pedro, Bonnet M, J.H. Soares

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A broncofibroscopia (BFO) flexível para uso clínico teve início em 1967 por Shigeto Ikeda e desde então tornou-se uma das técnicas mais importante na prática da Pneumologia moderna. A BFO é uma endoscopia da árvore brônquica que permite visualizar as cordas vocais, o interior da traqueia e brônquios, permitindo ainda a obtenção de amostras, através de técnicas acessórias tais como o aspirado/escovado brônquico, o lavado bronco-alveolar (LBA), a biópsia endobrônquica/transbrônquica. A combinação de mais do que uma técnica permite aumentar a sensibilidade diagnóstica.

Objetivos: Caracterizar a amostragem do Hospital Garcia de Orta submetida a BFO flexível.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo, através da recolha dos registos das BFO realizadas entre 2014-2018 no HGO.

Resultados: Com a análise dos dados constatou-se que entre 2014-2018 foram realizadas no HGO um total de 1.724 BFO. Relativamente à amostragem, o sexo masculino foi predominante com um total de 68,5. No que se refere à idade dos doentes, o mais jovem tinha 2 anos e o mais idoso tinha 94 anos, com uma média de idades de 64 anos. A via de introdução do BF foi a via nasofaríngea (via preferencial) em 98,8% dos casos e apenas 1,2% dos casos, foi efetuada por via oral. Os principais motivos para realização da BFO foram suspeita de neoplasia pulmonar primária em 458 casos (26,6%), infeção respiratória 12%, suspeita de tuberculose, nódulos pulmonares, patologia do interstício pulmonar, tosse crônica, alterações imagiológicas inespecíficas, entre outros. Relativamente à seguran-

ça da técnica, verificou-se que em cerca de 685 pacientes ocorreu algum tipo de efeito adverso, no entanto, a maioria foi auto-limitado, tais como a tosse (15,6%), dessaturação periférica de O₂ (8,2%), bradicardia/taquicardia (< 1%).

Conclusões: Este estudo visou caracterizar a amostragem de doentes que realizaram BFO no nosso Hospital. Apesar das limitações do estudo, constatou-se que esta é uma das técnicas mais utilizadas na Pneumologia Clínica, podendo ser efetuada em extremos de idade e perante diferentes cenários clínicos, com um elevado grau de segurança. Seria interessante, em estudos futuros, complementar esta BD com os resultados obtidos para cada BFO realizada, assim como a obtenção ou não de um diagnóstico definitivo e sua implicação no tratamento do doente.

P169. INTERNAMENTO POR NEUTROPENIA FEBRIL EM DOENTES COM NEOPLASIA DO PULMÃO

M.M. Castro, D. Ferreira, C. Ribeiro, M. Vanzeller, T. Shiang, E. Silva

CHVNG/E.

Introdução: A neutropenia febril (NF) é uma das complicações mais frequentes e graves da quimioterapia. Atualmente sabe-se que para além do esquema de quimioterapia utilizado, existem outros fatores que aumentam o risco de desenvolver NF.

Objetivos: Caracterizar os internamentos por NF em doentes com cancro do pulmão numa enfermaria de pneumologia de um hospital terciário.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo descritivo, com base na análise dos processos clínicos, de doentes internados em enfermaria de pneumologia, de um hospital central, entre janeiro de 2017 e dezembro de 2021, com diagnóstico de cancro do pulmão e neutropenia febril (temperatura superior a 38° e contagem de neutrófilos inferior a 500 células). Foram retirados dados sobre características do doente, da neoplasia e do tratamento e sobre o desfecho do internamento.

Resultados: Foram incluídos 22 casos de neutropenia febril (7 casos de 2017, 8 casos de 2018, 4 casos de 2019, 2 casos de 2020 e 1 caso de 2021). A maioria dos pacientes eram do sexo masculino (81,8%), tinham idade superior ou igual a 65 anos (68,2%) e eram não fumadores ativos (86,4%). O *performance status* (PS) era inferior a 2 em 45,5% dos doentes, contudo em 40,9% da amostra não foi possível obter esta informação. As doenças cardiovasculares eram as mais frequentes (45,5%), seguidas da doença pulmonar obstrutiva crônica (36,4%), diabetes mellitus (27,3%) e outras doenças pulmonares (13,6%). No que diz respeito ao tipo histológico, 43,5% tinha diagnóstico de neoplasia pulmonar de pequenas células, 27,3% de adenocarcinoma e 27,3% de epidermoide. Deste casos, 45,5% apresentavam doença metastática e 81,8% encontravam-se sob tratamento de primeira linha. O esquema de quimioterapia mais utilizado foi o carboplatino + etoposídeo (31,3%). Apenas 18,4% dos doentes tinha realizado profilaxia com fatores de crescimento. Todos os casos eram o 1º episódio com exceção de 1. Destes doentes, 27,5% (n = 6) apresentaram desfecho desfavorável e faleceram.

Conclusões: Tal como esperado, nesta amostra predominavam os doentes com idade avançada e que não receberam fatores de crescimento. As outras características que aumentam o risco de desenvolver neutropenia febril não foram predominantes nesta amostra.

P170. MASSA TORÁCICA - NEM TUDO É O QUE PARECE

M.M. Carvalho, R. Costa, A. Paiva, R. Rodrigues, C. Pinto, J. Silva, P. Fernandes

CHTMAD.

Introdução: Schwannomas são tumores benignos de crescimento lento e são o segundo tipo mais comum de lesões intradurais envol-

vendo a coluna torácica. São frequentemente vistas como lesões sólidas e heterogêneas.

Caso clínico: Doente sexo feminino, 34 anos. Não fumadora. Sem antecedentes de relevo. Doente recorreu ao SU por mialgias e astenia com um mês de evolução. Sem alterações no exame objetivo. Realizou estudo analítico com doseamento de D-Dímeros (sem alterações de relevo) e uma radiografia do tórax que evidenciou hipotransparência no 1/3 superior do HT esquerdo, arredondada, de limites bem definidos. Para esclarecimento da lesão em questão, realizou TC do Tórax: “Nódulo sólido subpleural único apical do LSE com 35 mm, de contornos regulares, indeterminado”. Posteriormente, realizou BTT em ambulatório, cujo resultado anatomopatológico foi de tumor das bainhas nervosas. Doente foi, então, encaminhada para o serviço de Cirurgia Torácica para remoção da lesão. Na consulta, revendo as imagens da TC de tórax, existia a dúvida se existiria invasão do canal medular, pelo que foi pedida RMN. A RMN revelou “volumosa lesão expansiva centrada ao espaço paravertebral esquerdo de D2 e que se insinua e ocupa o forâmen D2-D3 ipsilateral, justificando ligeira remodelação dos seus limites ósseos, mas sem evidência de edema ou infiltração óssea. Tem aproximadamente 44 × 39 × 35 mm, tratando-se de lesão com limites regulares e bem definidos, conteúdo heterogêneo, maioritariamente quística e com múltiplas septações. Medialmente contacta e aplanada a dura, mas sem redução do espaço subaracnoideu nem repercussão medular. Lateralmente, molda o parênquima do ápice pulmonar justaposto, sem aparentemente o infiltrar. Os aspetos descritos são altamente sugestivos schwannoma quístico”. Doente foi submetida a VATS uniportal esquerda para exérese da lesão, sem intercorrências e com boa evolução no pós-cirúrgico. O estudo anatomopatológico confirmou tratar-se de “neoplasia fusocelular com características de neoplasia das bainhas nervosas - Schwannoma). A TC de tórax de reavaliação não evidenciou lesão residual.

Discussão: É importante considerar os schwannomas císticos no diagnóstico diferencial das lesões císticas da coluna, pois o melhor resultado cirúrgico está fortemente relacionado ao diagnóstico precoce e ressecção total da lesão.

P171. DÉFICE SELETIVO DE IGM E BRONQUIECTASIAS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Duarte-Silva, D. Maia, A. Miguel

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Introdução: A IgM é o primeiro isótipo de imunoglobulina secretada durante a resposta imune inicial a um antígeno exógeno. A sua principal função é a ativação do sistema complemento, atuando também na neutralização e opsonização dos agentes patogénicos. O défice seletivo de IgM é uma imunodeficiência rara definida por uma diminuição isolada da concentração de IgM sérica superior a dois desvios padrão da normalidade, estando as restantes imunoglobulinas em concentrações séricas normais. A manifestação clínica mais comum é as infeções recorrentes. Está concomitantemente associada a doenças alérgicas, autoimunes e a neoplasias.

Caso clínico: Apresentamos um caso clínico de um homem de 83 anos, previamente internado no serviço de medicina interna por quadro de cansaço e tosse crónica produtiva. Trata-se de um doente com antecedentes de adenocarcinoma da próstata, doença de paget e hipertensão arterial essencial. Durante o internamento realizou uma tomografia computadorizada do tórax por suspeita de neoplasia com a identificação de importantes bronquiectasias cilíndricas difusas com predomínio nos lobos superiores e médio. Foi encaminhado posteriormente para a consulta de Pneumologia para seguimento. Na consulta apurou-se que as queixas tinham cerca de 8 anos de evolução, e de agravamento progressivo. Do estudo complementar as bronquiectasias foram classificadas como graves segundo o Bronchiectasis Severity Index (83 anos; IMC 21; Obstrução brônquica grave com hiperinsuflação pulmonar, FEV1 1,11 L (44%),

RV 5.78L (204%); mMRC 3-4; internamento prévio por exacerbação; envolvimento de 3 lobos; sem colonizações). Foram colhidos exames culturais de expetoração brônquica com um primeiro isolamento de *P. Aeruginosa* e realizada terapêutica de erradicação (inicialmente com ciprofloxacina com posterior escalção para piperacilina/tazobactam EV e colistina inalada). No estudo etiológico foi identificado um défice de IgM isolado (< 0,18 g/L). O doente foi vacinado com a vacina anti-pneumocócica e encaminhado para a consulta de imunodeficiências, a qual aguarda, para eventual tratamento com imunoglobulina.

Discussão: O reconhecimento desta entidade clínica é fundamental de modo a facilitar a realização de um diagnóstico precoce e instituir uma terapêutica adequada o mais cedo possível para evitar complicações crónicas como o caso descrito.

P172. DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA - A REALIDADE DE UMA UCI

M.G. Alves, I. Gaspar, I. Simões, E. Carmo

CHLO - Hospital Egas Moniz.

Introdução: A doença pneumocócica invasiva (DPI) definida como isolamento de *Streptococcus pneumoniae* em locais estéreis como sangue, líquido cefalorraquidiano ou líquido pleural, tem uma alta morbilidade e mortalidade, embora seja uma doença evitável pela vacinação. Este estudo retrospectivo teve como objetivo analisar as características clínicas da DPI numa unidade de cuidados intensivos (UCI), de um hospital central.

Métodos: Estudo retrospectivo com o intuito de analisar todos os casos de doença pneumocócica invasiva na UCI de um hospital central entre 2008 e Janeiro de 2022. Analisamos as características demográficas, comorbilidades, necessidade de EOT, dias de VMI e o *outcome*.

Resultados: Foram admitidos 36 doentes na UCI com DPI entre 2008 e Janeiro de 2022. Desses 43% (n = 17) eram mulheres e 57% (n = 19) homens, com idade média de 65 anos (mínimo de 20 e máximo de 92 anos). A Pneumonia foi o tipo de manifestação mais frequente (n = 31, 86%), seguido de meningite (n = 8, 22%). A duração média de internamento foi de 9 dias (mínimo 1, máximo 57 dias). 72% doentes necessitaram de EOT (n = 26), com uma duração média de VMI de 10 dias. No total, 33% dos doentes faleceram (n = 12), com uma média de idade de 66 anos (41-87 anos). Analisamos os fatores de risco para pior *outcome* e verificamos não haver diferença estatisticamente significativa em relação à idade, antecedente de doença cardíaca, doença pulmonar crónica, doença renal crónica (DRC), tabagismo ativo, alcoolismo ou infeção HIV, entre os doentes que vieram a falecer e os doentes que sobreviveram.

Conclusões: A doença pneumocócica invasiva, apesar da introdução da vacina no programa nacional de vacinação continua a ser um problema atual, com elevada taxa de mortalidade. Dado que se sabe que a DPI é mais frequente em crianças e adultos > ou = a 65 anos e doentes com fatores de risco como doença pulmonar crónica, cardíaca, HIV, DRC, alcoolismo, tabagismo ativo, entre outros, é essencial a promoção e aposta na saúde e como tal na vacinação da população em risco.

P173. QUANDO A IMAGEM REVELA O DIAGNÓSTICO DE UMA DOENÇA RARA

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

CHULN-Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A microlitíase alveolar é uma doença genética rara e caracteriza-se pela acumulação de depósitos de fosfato de cálcio nos espaços alveolares. Foram relatados menos de 1.200 casos em todo o mundo.

Caso clínico: Mulher de 62 anos, não fumadora, que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia de esforço, cansaço, edemas dos membros inferiores, dispneia paroxística noturna e ortopneia. Negava febre, tosse seca e dor torácica. Ao exame físico, apresentava-se emagrecida, cianótica, com SpO₂ de 82% em ar ambiente, que melhorou para 94% com O₂ a 3 L/min. Com crepitações na auscultação pulmonar e hipocratismo digital. A avaliação analítica, incluindo cálcio e fósforo séricos, foi normal. A radiografia de tórax mostrou infiltrados bilaterais difusos. A TC de tórax evidenciava múltiplas imagens de alta densidade em todo o parênquima pulmonar, sugerindo a presença de microlitíase alveolar. Esses achados foram considerados adequados para estabelecer o diagnóstico de microlitíase alveolar pulmonar. A doente teve alta com oxigenoterapia de longa duração e foi encaminhada para uma consulta de transplante de pulmão.

Discussão: A suspeita diagnóstica da microlitíase alveolar pulmonar é frequentemente a existência de uma dissociação clínico-radiológica, apresentando os doentes sintomas de menor gravidade em relação aos achados imagiológicos. Os achados da TC torácica são tão característicos, que geralmente não é necessária mais investigação, como exames histológicos, para o diagnóstico desta patologia. Não há terapêutica eficaz conhecida e o tratamento permanece principalmente de suporte. O transplante pulmonar é o único tratamento definitivo para doentes com microlitíase alveolar pulmonar em estadio terminal.

P174. BENEFÍCIO DA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA NA ABORDAGEM DO DERRAME PLEURAL PARAPNEUMONICO LOCULADO

D. Moreira-Sousa, S. Lopes, J. Barata, A. Craveiro, E. Magalhães, I. Vicente, M.J. Valente, M. Afonso, M.S. Valente

CHUCB.

Introdução: A fisioterapia respiratória (FR) tem demonstrados benefícios no tratamento de derrame pleural (DP) organizado através promoção da mobilidade e expansão pulmonar e da drenagem pleural. No contexto parapneumónico, potencia a redução de sintomas e recuperação funcional, acelerando a resolução e reduzindo o risco de sequelas, quando aleado ao tratamento antibiótico e eventual abordagem invasiva na fase aguda.

Casos clínicos: Identificamos 3 casos internados no Serviço de Pneumologia com pneumonia adquirida na comunidade (PAC) esquerda complicada com DP loculado ipsilateral, com sucesso terapêutico aliando antibioterapia de largo espectro e FR intensiva. Caso 1: homem, 61 anos, antecedentes de DPOC GOLD 2B. Internado com PAC complicada com DP multiloculado rapidamente progressivo. Foi submetido a toracocentese ecoguiada de loca pleural de maior volume. Cumpriu 21 dias de piperacilina-tazobactam e FR diária em internamento, com melhora franca. Em ambulatório manteve um total de 67 sessões de FR (4 meses), reforçada com treino em domicílio. Verificou-se resolução imagiológica e funcional (TLC 92,9%). Caso 2: homem, 44 anos, sem antecedentes relevantes, internado por PAC por *Haemophilus influenzae* complicada com DP loculado. Cumpriu 14 dias piperacilina-tazobactam empiricamente. Pelo grau de organização e limitada janela para abordagem invasiva, realizou apenas FR diária com melhora significativa à data de alta. Em ambulatório realizou um total de 78 sessões de FR (4 meses), complementado com treino domiciliário. Manteve discretas sequelas fibróticas e apagamento do ângulo costofrénico ipsilateral, com recuperação funcional completa (TLC 100%, PIM 178%). Caso 3: mulher, 54 anos, sem antecedentes relevantes. Internamento por PAC com volumoso DP com áreas enquistadas inacessível para toracocentese. Cumpriu 21 dias de piperacilina-tazobactam e FR diária. Manteve FR em ambulatório, com 38 sessões até à data, com resolução radiológica praticamente completa, ainda sem estudo de função disponível.

Discussão: A promoção da mobilidade funcional e medidas de drenagem aceleram a recuperação clínica e objetiva de derrames pleurais complicados não facilmente abordáveis invasivamente, e deve ser integrada na abordagem em internamento e subsequente em ambulatório de forma a limitar as sequelas.

P175. QUANDO O SONO É MUITO E UM DIAGNÓSTICO É POUCO...

J. Nascimento, M. Pereira, H. Cabrita, I. Spencer, C. Pereira, A.M. Silva, L. Almeida, R. Staats, P. Pinto, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A sonolência diurna excessiva (SDE) é a incapacidade de estar alerta nos períodos de vigília. A marcha diagnóstica é desafiante pois não existem marcadores biológicos em muitas patologias do sono. A SDE influencia grandemente a qualidade de vida. A história clínica é essencial para um tratamento individualizado adequado.

Caso clínico: Homem, 75 anos, não fumador, com Hipertensão arterial, AVC sem sequelas e hipotireoidismo controlado. Adaptado a auto-CPAP (APAP) desde 2003 após investigação de SDE por polissonografia (PSG) que documentou síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) grave com índice de apneia/hipopneia (IAH) de 47 eventos/hora. Apesar de boa adesão e IAH corrigido, o doente mantinha SDE (escala de Epworth 17/24). Repetiu PSG com APAP e detectou-se um índice de movimentos periódicos dos membros no sono (PLMS) significativo de 30/hora. Após exclusão de causas tratáveis de PLMS através de estudo analítico normal (hemograma, cinética do ferro, vitamina D, função tiroideia e renal e glicémia) foram excluídas outras causas de SDE como síndrome depressiva, ingestão de álcool, síndrome de obesidade hipoventilação, medicação com benzodiazepinas, opióides, antipsicóticos, antieméticos, antialérgicos ou antiepilépticos, reforçando-se a necessidade de manter bons hábitos de sono. Iniciou ropinirol. No entanto, mesmo após otimização farmacológica, o doente mantinha SDE e elevado índice de PLMS, pelo que foi enviado à Neurologia para investigação. Por suspeita de doença de Parkinson iniciou carbidopa/levodopa, continuando a manter SDE. Realizou nova PSG com APAP seguida de Teste de Latência Múltipla do Sono que documentou um RDI basal de 1,8/h, ausência de PLMS e um tempo de latência de 5 minutos, observando-se sono REMs em 2 das 4 sesta, chegando-se assim ao diagnóstico de narcolepsia. Iniciou modafinil com resolução da SDE.

Discussão: Os doentes com SAOS que apesar de adequadamente tratados com CPAP mantêm SDE constituem um desafio clínico, devendo ser avaliados relativamente à coexistência de outras condições clínicas que justifiquem a persistência de SDE. Sendo a SDE especialmente perigosa em condutores de veículos automóveis, torna-se imperioso a realização de uma marcha diagnóstica exaustiva que poderá incluir testes objectivos que afirmam o grau de sonolência e a retoma dos níveis de vigília após tratamento.

P176. FAMILIAL FIBROTIC HYPERSENSITIVITY PNEUMONITIS: A CASE REPORT

L. Balanco, P.G. Ferreira

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introduction: Fibrotic hypersensitivity pneumonitis (fHP) is a chronic and progressive interstitial lung disease caused by an exaggerated immune response to inhaled antigenic exposures. As only a minority of exposed individuals develop fHP, it has been widely hypothesized that genetic susceptibility factors are likely implicated in the disease pathobiology. We report a case of familial fHP. **Case report:** A 66-year old non-smoking female was referred for insidious dyspnea and non-productive cough over a 3 years course

that worsened after a mild Covid-19 infection. She reported active exposure to parakeets, canaries, chickens, pigeons and molds. Her medical history was significant for hypertension. Lung sounds revealed bilateral squeaks and inspiratory crackles. High-resolution chest CT was typical for fHP with features of reticulation, traction bronchiectasia, ground-glass opacities and an upper lobe and peribronchovascular predominant distribution; mosaic attenuation pattern with 3 densities sign was also present. Specific IgG titers towards the elicited birds and molds were not deemed relevant. Autoimmune lab panel was negative. BAL showed a total cell count of 1,200,000 cells/mL with normal lymphocytes. A very relevant family context was found: reportedly the patient's mother had died of "lung fibrosis" and two of her uncles also suffered from fibrotic ILD. The patient underwent a VATS biopsy that revealed a fibrotic interstitial pneumonia with ancillary findings of cellular bronchiolitis and multinucleated giant cells, supporting the diagnosis of fHP on MDT discussion. Genetic panel directed towards mutations related to familial lung fibrosis (ABCA3, CSF2RA, CSF2RB, DKC1, MUC5B, NKX2-1, RTEL1, SFTPC, SFTPD, TERC, TERT, TINF2 and TOLLIP) was completely negative. The patient began antigen eviction and was started on immunomodulation treatment with prednisolone and mycophenolate mofetil, with a good clinical response and maintaining outpatient follow-up.

Discussion: Despite the unequivocal potentially disease inducing antigenic exposures, this case meets criteria for family fibrosis, within which the clusterization of HP cases have been reported in the literature. The non-identification of a culprit mutation, does not allow to exclude the presence of another type of rarer or not yet elucidated mutation.

P177. TUMOR FIBROSO (NÃO) SOLITÁRIO?

P. Fernandes, J.P. Silva, J. Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: O tumor fibroso solitário (TFS) é um tumor mesenquimatoso raro que surge preferencialmente nas membranas serosas, a dura-máter das meninges e tecido mole. Aproximadamente um terço dos TFS localizam-se na cavidade torácica, podendo ter origem na pleura, pulmões e mediastino, um terço localiza-se na cavidade abdominal e vinte por cento na cabeça e pescoço, incluindo nas meninges. A maioria dos TFS são indolentes e não recidivam.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 66 anos de idade, ex-fumador com uma carga tabágica de 20 UMAs. Iniciou expetoração raiada de sangue com três meses de evolução em quantidade reduzida e omalgia com irradiação para o membro superior direito. Negava sintomas constitucionais, febre ou outros sintomas respiratórios. Tinha antecedentes de tumor fibroso solitário da meninge que foi excisado em 2009 e realizou radioterapia. Devido a recidiva local realizou nova excisão em 2019. Efetuou TC-Tórax que demonstrou uma lesão arredondada de 5 x 4 cm no lobo inferior esquerdo, que aparenta estar em relação com a pleura, hipodensa, homogênea, e bem delimitada e que não sofre qualquer realce após contraste endovenoso. Posteriormente, realizou uma biópsia transtorácica que revelou uma neoplasia mesenquimatosa cujas características favorecem o diagnóstico de TFS. A imunohistoquímica apresentava expressão de CD34, STAT6, CD99, vimentina e Bcl2. A PET-CT evidenciou uma volumosa massa pulmonar esquerda com 52 mm com captação ligeiramente aumentada de FDGF18. O doente realizou cirurgia de ressecção do tumor pleural, que decorreu sem complicações.

Discussão: O doente apresentou recidiva local de TFS da meninge devido a margens de ressecção incompletas, assim com um TFS da pleura 13 anos depois, apesar de não ter fatores histológicos de risco de malignidade no TFS da meninge, nem da pleura. Como a imunohistoquímica foi a mesma tanto no TFS da pleura como no TSF da me-

ninge, é levantada a hipótese de o TSF da pleura se tratar de uma recidiva à distância do tumor da meninge ou um tumor de novo.

P178. EFICÁCIA DOS INIBIDORES DA TIROSINA-QUINASE EM DOENTES COM PERFORMANCE STATUS AVANÇADO

T.S. Marques, A. Veloso, D. Neves, U. Brito

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Faro.

Introdução: Os inibidores da tirosina-quinase (TKI) são a primeira linha de tratamento no cancro do pulmão de não pequenas células avançado com mutação EGFR. Verifica-se, no entanto, que os dados sobre a segurança e a eficácia dos TKI em doentes com performance status avançado são limitados.

Casos clínicos: O primeiro caso refere-se a uma doente de 67 anos, não fumadora, com Esclerose Múltipla. Após extensa investigação por suspeita de Patologia Pulmonar Intersticial, foi diagnosticado um Adenocarcinoma do pulmão, em estadio IVA (T4N2M1a), PD-L1 negativo, EGFR positivo (exão 18). À data do diagnóstico, a doente recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia, tosse, expetoração mucosa e febre. Verificou-se insuficiência respiratória grave (ratio PaO₂/fiO₂ 148), agravamento radiológico e aumento dos parâmetros inflamatórios (leucócitos 27.800, PCR 102 mg/L). Admitiu-se diagnóstico de pneumonia nosocomial, tendo realizado cefepime (2 g, 8/8 horas). Apesar da redução dos parâmetros inflamatórios (leucócitos 14.400, PCR 8 mg/L) a doente manteve insuficiência respiratória grave. Por este motivo, iniciou afatinib ao 14º dia de internamento, verificando-se uma melhoria clínica acentuada, com alta ao 40º dia de internamento, sem necessidade de oxigénio suplementar. A TC de tórax de reavaliação aos 3 meses revelou resposta parcial e aos 6 meses doença estável. O segundo caso refere-se a uma doente de 49 anos, ex-fumadora, CT 6UMA, com história de tromboembolismo pulmonar em contexto paraneoplásico, sob anticoagulação, com o diagnóstico de Adenocarcinoma do pulmão, estadio IVB (T4N2M1c), PD-L1 5-10% e EGFR positivo (exão 19). Antes de iniciar tratamento a doente foi internada por agravamento marcado da dispneia, insuficiência respiratória grave (PaO₂/fiO₂ 170), sem aumento dos parâmetros inflamatórios ou alterações radiológicas significativas. Ao 3º dia de internamento iniciou osimertinib com boa tolerância, demonstrando melhoria clínica significativa, tendo alta ao 15º dia de internamento. A TC de tórax de reavaliação aos 3 meses revelou resposta parcial.

Discussão: Os presentes casos confirmam o perfil de segurança já conhecido dos TKIs, verificando-se que a terapêutica alvo poderá ter um importante papel terapêutico em doentes com performance status muito avançado.

P179. ATÉ AO DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR: ADENOMEGÁLIAS E MICRONÓDULOS

J. Nascimento, A. Dias, A. Mineiro, A.C. Santos, N. Lousada

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A remodelação vascular na hipertensão arterial pulmonar (HAP) leva à falência cardíaca direita.

Caso clínico: Homem, 42 anos, ex-fumador de tabaco e haxixe, com HAP idiopática, inicialmente em classe funcional IV, choque cardiogénico, insuficiência respiratória parcial (IRP) grave, pressão média na artéria pulmonar (PmAP) 60 mmHg, pressão encravamento capilar pulmonar 12 mmHg. A angioTC torácica excluiu tromboembolismo pulmonar. Iniciou epoprostenol endovenoso e ambrisentan, com regressão dos sinais de falência cardíaca. Não iniciou sildenafil por hepatite crónica C até ao tratamento da mesma. Ficou em classe funcional II, com oxigénio suplementar apenas noturno. Alguns meses mais tarde verificou-se agravamento clínico da dispneia, sem outro sintoma. Apresentava IRP grave (pO₂ 53 mmHg) sob O₂ a 5 L/min; na radiografia torácica observava-se derrame pleural direito e apareci-

mento de infiltrado micronodular bilateral; analiticamente elevação da PCR e NT-ProBNP, auto-imunidade negativa. Internado repetiu ecocardiograma com agravamento (PSAP 70 mmHg). Na TC tóraco-abdomino-pélvica apresentava padrão micronodular e adenopatias mediastínicas mais numerosas a nível hilar, subcarinal e pré-vascular. O líquido pleural era exsudado com predomínio linfocítico (92%), ADA 13,7 U/L, exame bacteriológico e micobacteriológico negativos. As hemoculturas foram negativas bem como os exames culturais do lavado broncoalveolar. Pelo elevado risco hemorrágico das biópsias pulmonares transbrônquicas foi realizada biópsia por videotoracoscopia. A anatomia patológica concluiu que se tratava de doença vascular pulmonar hipertensiva grau 4. A evolução do doente foi favorável após reforço diurético, tendo alta sob escalada da dose de epoprostenol em ambulatório. No cateterismo direito posterior apresentou PmAP 42 mmHg. Terminou tratamento da Hepatite C iniciando sildenafil. Encontra-se em classe funcional II, estável, sem oxigénio suplementar, com normalização do NT-ProBNP. Em TC de tórax posterior verificou-se acentuada redução do infiltrado micronodular bilateral.

Discussão: A micronodularidade difusa como forma de apresentação radiológica desta doença é rara e o diagnóstico diferencial é difícil. Neste caso, a confirmação etiológica foi histológica. Salienta-se ainda a reversão quase total deste padrão com a terapêutica adequada para a HAP.

P180. EMBOLIA GASOSA PÓS-BIÓPSIA TRANSTORÁCICA

P. Fernandes, J. Correia, J.P. Silva,

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: As biópsias transtorácicas (BTT) são procedimentos guiados por tomografia computadorizada (TC) que permitem o diag-

nóstico de diversas patologias pulmonares e pleurais. Tratando-se de um procedimento invasivo está associado a possíveis complicações: pneumotórax, hemoptises, hemorragia parenquimatosa, enfisema subcutâneo e embolias gasosas.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 54 anos de idade, fumador com uma carga tabágica de 60 UMAs, que iniciou estudo de um nódulo pulmonar no lobo superior esquerdo, detetado numa radiografia do tórax que realizou no contexto de um trauma torácico. Apresentava dispneia para esforços vigorosos e tosse com expectoração mucosa de longa data. Negava sintomas constitucionais, hemoptises, dor torácica ou outras queixas. Realizou TC-Tórax que revelou dois nódulos espiculados no lobo superior direito, um com 12,6 mm e outro com 6,4 mm e ainda enfisema centroacinar e paraseptal bilateral. Realizou biópsia transtorácica após o qual iniciou alteração do estado de consciência, com afasia global e plegia do membro superior direito. Foi acionada a Vilaverde de AVC e o doente realizou angio-TC-cranioencefálica que revelou diminuta quantidade de ar subaracnoideu nos sulcos corticais parieto-occipitais medianos em maior quantidade à esquerda e ausência de estenoses arteriais ou de disseção das artérias carótidas. Foi contactada a unidade de medicina hiperbárica que aconselhou oxigénio por máscara de alta concentração e iniciar processo de transferência para aquela unidade se não houvesse resolução dos défices neurológicos. O doente acabou por resolver os défices neurológicos após a instituição de oxigénio e realizou TC-cranioencefálico de controlo já sem alterações.

Discussão: A embolia gasosa arterial é uma complicação possível de BTT, com mortalidade e morbilidade elevadas quando não detetada. O tratamento consiste em oxigenoterapia e em casos mais graves o doente deve ser encaminhado para uma unidade com câmara hiperbárica.