



POSTERES

14.º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico

Aveiro, 29-30 de julho de 2023

P001. OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA: UM PROBLEMA NUNCA VEM SÓ

J.M. Simões, R. Silva, I. Macedo, F. Godinho, D. Organista, M. Guia, R. Macedo, A.C. Mendes, P. Pinto, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte.

Introdução: A obstrução das vias aéreas superiores é uma condição potencialmente fatal associada a uma vasta etiologia. É, por isso, fundamental um elevado nível de suspeição clínica para um reconhecimento e abordagem céleres.

Caso clínico: Mulher de 62 anos recorre ao SU por dispneia em decúbito e ruído inspiratório com 1 mês de evolução. Refere episódio de intoxicação medicamentosa voluntária com benzodiazepinas há 2 meses, com necessidade de ventilação mecânica invasiva por entubação orotraqueal (3 dias). Exame objetivo: estridor inspiratório audível, hemodinamicamente estável, taquipneica, eufónica, eufágica, SpO₂ 98% (ar ambiente), auscultação cardiopulmonar sem alterações. Gasometria (FiO₂ 21%): sem insuficiência respiratória. TC Pescoço e Tórax: aglomerado de nódulos/eventual massa expansiva na hemitiróide esquerda com cerca de 40 × 25 mm com calcificações internas associada a áreas sólidas e quísticas; estenose traqueal adjacente à massa referida com calibre transversal e anteroposterior mínimo de 6 e 7 mm, respetivamente. Nasofibrolaringoscopia: hemilaringes móveis e simétricas, cordas vocais e subglote sem lesões, lúmen glótico permeável. Estudo laboratorial da tiroide: função, autoanticorpos e calcitonina normais, tiroglobulina aumentada. Broncoscopia rígida: estenose traqueal complexa condicionando obstrução de 80% do lúmen; realizados cortes a laser e dilatação com broncoscópio rígido; biópsia da região da estenose: fibrose e ligeiro infiltrado inflamatório, sem tecido de neoplasia maligna invasiva. Punção aspirativa ecoguiada de lesão tiroideia: nódulo folicular benigno. Admitiu-se o diagnóstico de estenose traqueal pós-entubação orotraqueal potencialmente agravada por bócio não tóxico.

Discussão: A estenose traqueal benigna surge maioritariamente associada a entubação orotraqueal ou traqueostomia, numa incidência de 11 a 22%, dos quais apenas 1 a 2% dos doentes desenvolvem sintomas ou estenose grave. Este caso pretende alertar para os potenciais riscos da entubação orotraqueal mesmo que por curto período, a importância das medidas preventivas e o desafio da abor-

dagem terapêutica. A massa tiroideia representa um achado independente mas agravante nesta situação.

Palavras-chave: *Estenose traqueal. Entubação orotraqueal. Obstrução da via aérea. Estridor.*

P002. UM ADENOCARCINOMA PULMONAR MASCARADO

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

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE.

Introdução: As neoplasias do pulmão podem ter apresentações clínicas e radiológicas diversas, tornando o seu diagnóstico desafiante.

Caso clínico: Mulher, 78 anos, natural/residente no Arizona (EUA), antecedentes de carcinoma da mama há 2 anos submetido a tumorectomia, quimioterapia e radioterapia, sem evidência de recidiva. Não fumadora. História recente de coccidioidomicose na família. Referência a três episódios de pneumonia bilateral nos 3 meses anteriores, com internamento e escassa melhoria após antibioterapia instituída. Foi admitida por dispneia, apresentando-se apirética, polipneica, com insuficiência respiratória parcial grave. Analiticamente, elevação de parâmetros inflamatórios; TC tórax com múltiplos focos de densificação em vidro despolido, consolidações peri-hilares bilaterais, múltiplas adenomegalias mediastínicas e hilares bilaterais, as maiores em topografia infracarinal direita e para-aórtica, sugerindo diagnóstico diferencial de sarcoidose, metastização de carcinoma da mama, com padrão menos típico de coccidioidomicose. Não se podendo excluir infeção respiratória concomitante, colheu exames culturais e iniciou antibioterapia de largo espectro. Realizou broncofibroscopia, apresentando mucosa edemaciada e hiperemiada. Foram realizadas colheitas do lavado broncoalveolar (LBA), biópsias brônquicas iterativas e citologia aspirativa de gânglios (EBUS). Por manter queixas, e suspeita de sarcoidose ou coccidioidomicose, iniciou corticoterapia e antifúngico. A pesquisa de anticorpos para coccidioides foi negativa. O estudo autoimune e serologias virais foram negativos. O LBA apresentava 6% de linfócitos com CD4/CD8 de 1,27. Sem isolamentos bacteriológicos nos exames culturais. TC abdominal/pélvica sem evidência de potenciais metástases. Durante o internamento houve agravamento da insuficiência respiratória, evoluindo com exaustão respiratória e necessidade de transferência para o serviço

de medicina intensiva, tendo falecido no dia seguinte. Posteriormente, a histologia das biópsias iterativas demonstrou adenocarcinoma pulmonar CK7+, TTF1+ e P40-.

Discussão: O adenocarcinoma pulmonar pode mimetizar doenças infecciosas ou inflamatórias. Esta entidade deve ser considerada no diagnóstico diferencial de insuficiência respiratória de difícil gestão associada a adenomegalias e infiltrados pulmonares difusos.

Palavras-chave: *Diagnóstico diferencial. Adenomegalias mediastínicas e hilares. Infiltrado pulmonar difuso. Adenocarcinoma pulmonar.*

PO03. CANCRO DO PULMÃO E A SUA EVOLUÇÃO PARA CRONICIDADE

J. Portela, I. Estalagem, M. Almeida, J. Silva, F. Meneses, M. Lopes
Hospital Garcia de Orta.

Introdução: O Cancro do Pulmão de Pequenas Células (CPPC) é o subtipo de cancro do pulmão mais agressivo. Apesar da sua boa resposta à quimioterapia, a sobrevida média de 7 a 11 meses.

Caso clínico: Os autores relatam o caso de uma mulher de 46 anos, autónoma e com antecedentes de dislipidemia e fumadora com CT de 25UMA. Encaminhada a consulta de Pneumologia por massa pulmonar em estudo em 11/2019, com clínica de 2 meses de evolução de toracalgia esquerda posterior e cansaço mMRC 2. Realizou TC-Tórax que mostrou obliteração do lobo superior esquerdo por massa justahilar, tendo sido feita broncofibroscopia cujo diagnóstico histológico relevou tratar-se de CPPC. Estadiamento com PET-TC em 11/2019 mostrando hipermetabolismo na lesão pulmonar (SUV_{máx} = 15,0) com extensão ao mediastino, em lesão na cauda do pâncreas e em lesão na glândula supra-renal esquerda. Por claustrofobia que impossibilitou a realização de RMN-CE, efetuada TC-CE com contraste que não evidenciou lesões secundárias. Posto isto, discutiu-se o caso em reunião multidisciplinar assumindo-se CPPC Estadio IV em doente com PS 1, tendo sido proposta quimioterapia com Carboplatina + Etoposido e Durvalumab (iniciado em 12/2019). Obteve-se resposta parcial ao final do 3º ciclo, com redução do volume tumoral a nível pulmonar, pancreático e supra-renal em TC-Tórax.

Cumpriu um total de 5 ciclos de QT, seguido de manutenção com Durvalumab (1.500 mg de 4 em 4 semanas) em 03/2020. Como complicação da terapêutica, a doente desenvolveu ligeiro hipotireoidismo com necessidade de terapêutica farmacológica. Verificou-se doença estável até 07/2022, altura em que se verifica aumento da dimensão da lesão da glândula supra-renal esquerda tendo sido re-discutida em reunião multidisciplinar após re-estadiamento e proposta para radioterapia na glândula supra-renal, uma vez que não se confirmou progressão no restante corpo. Assim, realizada radioterapia em 09/2022 com redução dimensional da lesão e sem complicações. Manteve-se sob Durvalumab até à data de elaboração deste trabalho, não se verificando mais intercorrências e encontrando-se assintomática com doença estável.

Discussão: Apesar da baixa sobrevida do CPPC, os autores reportam um caso de sucesso com terapêutica de primeira linha com QT e Durvalumab em doente jovem com PS 0 ao final de 3,5 anos de diagnóstico.

Palavras-chave: *Cancro do pulmão pequenas células. Estadio IV. Quimioterapia. Durvalumab.*

PO04. MOLDES BRÔNQUICOS - O PERCURSO DIAGNÓSTICO

J. Portela, I. Estalagem, M. Almeida, J. Silva, F. Meneses, M. Lopes, A.C. Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A Bronquite plástica é uma entidade rara, onde há formação de moldes brônquicos e, consequentemente, obstru-

ção da via aérea que pode ser fatal se não for tratada atempadamente.

Caso clínico: Homem de 55 anos, ex-fumador com CT de 10 UMA, seguido em consulta externa de Pneumologia por SAOS moderado sob CPAP 8 cmH₂O, Asma grave sob Mepolizumab desde 2018 e polipose nasal extensa. Inicia em 06/2022 quadro de emissão de moldes brônquicos diariamente associado a agravamento da tosse seca com necessidade de broncodilatação de resgate, tendo sido realizada TC-Tórax que demonstrou presença de bronquiectasias incipientes no LID e preenchimento brônquico no LIE. Realizou exames culturais da expetoração (múltiplos isolamentos em contexto de colonização) e broncofibroscopia (lavado broncoalveolar estéril), mas com melhoria clínica após o procedimento. Em 10/2022 reinicia novamente o quadro clínico, levantando assim a suspeita de infeção parasitológica e, consequentemente, suspensão do Mepolizumab. Após exclusão de infeção parasitológica na expetoração e nas fezes e ausência de melhoria clínica, internou-se eletivamente para estudo. Imagiologicamente com agravamento franco do preenchimento brônquico bilateralmente, mas mais expressivo no LIE com amputação do brônquio lobar. A broncofibroscopia revelou obstrução total do BLIE por secreções purulentas que se aspiraram e cujo sedimento apresentava aspeto “vermiforme”, contudo sem isolamento de agente. Verificou-se melhoria clínica e imagiológica significativa após o procedimento. Do restante estudo efetuado apresentava IgE total de 224 U/mL, excluiu-se processo auto-imune, imunodeficiências e infeção fúngica ou micobacteriológica. Após discussão em serviço, admite-se caso de Bronquite plástica secundária a Asma não controlada tendo sido realizada linfangiografia e alterada terapêutica biológica para Dupilumab (04/2023), sem nova recorrência do sintoma até à data.

Discussão: Os autores pretendem realçar o caso pela sua raridade e gravidade, uma vez que o tratamento broncoscópico pode ser “life-saving” em doentes com moldes brônquicos de grande volume. Contudo, o tratamento definitivo passa por controlar a etiologia desta doença (no caso apresentado assume-se secundário a asma não controlada) e embolização linfática por linfangiografia.

Palavras-chave: *Moldes brônquicos. Bronquite plástica. Linfangiografia.*

PO05. FIBROSE PULMONAR FAMILIAR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

F. Canedo, A. Craveiro, C. Giesta, A. Morais

Hospital Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Introdução: A predisposição genética para fibrose pulmonar é corroborada pelo aumento da sua prevalência em familiares de doentes com fibrose pulmonar idiopática, embora o fenótipo de fibrose pulmonar familiar (FPF) inclua várias formas de fibrose pulmonar potencialmente progressiva. A sequenciação genética assume importância crescente na prática clínica, dado o seu valor diagnóstico, prognóstico e terapêutico na FPF.

Caso clínico: Homem, 46 anos, encaminhado a consulta de Pneumologia por tosse seca com 6 meses de evolução, sem outros sintomas associados. À auscultação pulmonar, crepitações basais bilaterais. Não fumador, sem antecedentes pessoais ou exposições de relevo. Antecedentes familiares de patologia pulmonar não especificada na mãe (faleceu aos 42 anos), no irmão de 39 anos, com alterações radiológicas sugestivas de fibrose pulmonar e na filha, de 23 anos, com incipientes alterações fibróticas pulmonares subpleurais apicais. Realizou TC de tórax, que demonstrou reticulação periférica e bronquiolectasias de tração nos lobos inferiores e fenómenos de fibrose apicais. Nas PFR, ligeira diminuição de DLCO (69%). De acordo com decisão em reunião multidisciplinar, efetuada criobiópsia, cuja histologia revelou, no lobo

superior direito, fibrose e elastose, morfológicamente compatível com fibroelastose pleuroparenquimatosa idiopática (PPFE) e, no lobo inferior direito, padrão de pneumonia intersticial usual (UIP). Atendendo à história familiar, foi estabelecido o diagnóstico de UIP e PPFE no contexto de doença pulmonar difusa familiar. No estudo genético, identificada variante de significado clínico incerto em heterozigotia no gene SFTPA2, a qual será pesquisada nos familiares afetados para correlação entre genótipo e fenótipo. Score telomérico correspondente ao percentil 83%. O doente manteve estabilidade clínica e imagiológica, contudo, por agravamento funcional, com queda de 33% na DLCO, iniciou terapêutica imunossupressora com micofenolato mofetil. Atualmente, por novo agravamento funcional e imagiológico, proposto para anti-fibrótico.

Discussão: Apesar das manifestações variáveis da doença, a FPF demonstra pior sobrevida comparativamente à doença esporádica. O estudo genético e acompanhamento destes doentes deve ser efetuado em centros especializados, visando a prestação dos melhores cuidados de saúde.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar familiar. Genética. Surfactante. Telômero.

P006. TOSSE - UM SINTOMA FREQUENTE, UM DIAGNÓSTICO SURPREENDENTE

R. Borrego, S. André, R. Oliveira, F. Nogueira

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental-Hospital Egas Moniz.

Introdução: A tosse é um dos sintomas respiratórios mais comuns, sendo o seu diagnóstico diferencial vasto e desafiante. Os fungos presentes no trato respiratório podem desencadear infeções fúngicas e/ou respostas imunitárias com representação clínica. A Aspergilose Broncopulmonar Alérgica (ABPA) é uma patologia pulmonar desencadeada por reação de hipersensibilidade complexa ao *Aspergillus fumigatus*. **Caso clínico:** Mulher de 49 anos, gestora de marketing. Não fumadora. Antecedentes de rinite, sem terapêutica habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência por tosse seca de predomínio noturno com evolução de 1 semana. Nas 3 semanas antes com congestão nasal, estertores e tosse produtiva. Foi medicada com anti-histamínico e acetilcisteína apresentando melhoria transitória. Na avaliação analítica apresentava contagem absoluta de eosinófilos $1.510 \times 10^6/L$ (17,3%), sem outras alterações. Na radiografia torácica era visível um aumento do hilo à direita. A tomografia computadorizada (TC) torácica evidenciou o preenchimento total dos brônquios do lobo médio por conteúdo espontaneamente denso, associado a atelectasia total do lobo médio (LM). Foi realizada broncofibroscopia, observando-se oclusão completa do LM por conteúdo nacarado não permitindo progressão do fibroscópio a jusante. A microbiologia revelou-se negativa, mas na anatomia patológica foram observados aspetos sugestivos de processo inflamatório com predomínio de eosinófilos associado a estruturas fúngicas - hifas com características compatíveis com *Aspergillus* spp. O antígeno Galactomannan foi positivo (4,89 UA; ref. < 0,50UA). Tendo em conta os resultados descritos foi presumido o diagnóstico de ABPA, pelo que iniciou terapêutica com voriconazol. Foi objetivada melhoria clínica e contagem absoluta de eosinófilos $570 \times 10^6/L$ (8,2%) com o início da terapêutica. Após cumprir 3 meses de voriconazol realizou TC torácica que evidenciou resolução praticamente completa da atelectasia do LM. Aguarda doseamento de IgE total e específica.

Discussão: Os autores apresentam este caso para realçar a importância da investigação do sintoma e a metodologia da marcha diagnóstica, de modo a ser possível efetuar um tratamento dirigido de um diagnóstico pouco frequente associado a um sintoma frequente.

Palavras-chave: Aspergilose broncopulmonar alérgica. Tosse. Atelectasia.

P007. UMA CAUSA “ESTRANHA” DE PNEUMONIA COM CHOQUE SÉTICO

R.S. Martins, F. Henriques, J.N. Machado, S. Feijó

Centro Hospitalar de Leiria.

Introdução: A aspiração de corpo estranho (ACE) é mais frequente em crianças e em adultos com idade avançada. Os principais fatores de risco são a alteração do estado de consciência, tosse ineficaz e disfagia. A broncoscopia confirma o diagnóstico e permite a remoção do corpo estranho (CE).

Caso clínico: Homem de 77 anos, com antecedentes de DPOC. Trazido à urgência por dispneia após o almoço. À admissão com polipneia, taquicardia, crepitações dispersas à auscultação e insuficiência respiratória (IR) tipo 2 com máscara de Venturi a 35%. Analiticamente com leucocitose e PCR elevada e, na radiografia do tórax com opacidade alveolar na base direita. Colheu exame cultural do sangue e expectoração e iniciou empiricamente amoxicilina + ácido clavulânico (A/AC) e claritromicina, bem como terapêutica médica de suporte. Por ausência de melhoria clínica, iniciou VNI e transferiu-se para a sala de emergência (SE). Na SE com agravamento da IR tipo 2, pelo que foi intubado e ventilado invasivamente. Iniciou suporte aminérgico por hipotensão refratária à fluidoterapia e realizou tomografia do tórax constatando-se presença de estrutura ovalada intraluminal no brônquio lobar direito com 19 mm, associada a atelectasia pulmonar subtotal e infiltrados difusos bilaterais em vidro despolido, compatíveis com processo inflamatório/infeccioso. Foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos por choque séptico com ponto de partida respiratório e programada broncofibroscopia, sendo constatada a presença de CE no tronco da pirâmide basal direita, impossível de remover por esta técnica. Foi então submetido a broncoscopia rígida com remoção de CE (caroço de azeitona) localizado no tronco da pirâmide basal direita. Apresentou rápida melhoria clínica após a intervenção, sendo extubado no 5º dia de internamento. Cumpru 7 dias de A/AC e 5 dias de claritromicina, tendo alta 14 dias após a admissão. Na consulta de reavaliação sem queixas respiratórias e sem alterações na radiografia do tórax, tendo alta da consulta de Pneumologia.

Discussão: O diagnóstico de ACE requer elevado nível de suspeição e geralmente inclui o início de sintomas respiratórios após uma refeição e/ou episódio de engasgamento. A remoção do CE deve ser precoce para evitar complicações com infeção respiratória ou situações mais graves como choque séptico descrito neste caso clínico.

Palavras-chave: Corpo estranho. Choque séptico. Obstrução da via aérea. Pneumonia de aspiração.

P008. SÍNDROME HEPATOPULMONAR - UMA COMPLICAÇÃO OU UM ALERTA?

R. Fernandes, M. Anciães, F. Rodrigues

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: Na literatura são reconhecidas diversas complicações respiratórias da patologia abdominal, com envolvimento da vasculatura pulmonar, parênquima pulmonar ou espaço pleural. No caso seguinte, descrevemos uma das possíveis complicações da doença hepática crónica.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 68 anos, ex-fumador (CT 50 UMA), com antecedentes de cirrose hepática de etiologia etanólica (classificada em Child-Pugh classe A), referenciado da gastroenterologia por achados ao nível dos exames de imagem torácica. Referia queixas de dispneia ao esforço (mMRC 1) com meses de evolução, acompanhada por vezes de pieira, sem tosse, expectoração, hemoptises, ortopneia ou platipneia. Ao exame objetivo destacava-se apenas aumento do tempo expiratório à auscultação pulmonar, não sendo percetíveis outros ruídos adventícios. A TC torácica que motivou a referência descrevia proeminência do calibre da árvore

vascular pulmonar inferior, mais exuberante à direita, com ectasia dos diferentes trajetos vasculares até à região subpleural. Para esclarecimento destas alterações realizou ecocardiograma transtorácico (ETT) com soro agitado que documentou a passagem de “microbolhas” para as cavidades esquerdas, sem aparentes soluções de continuidade do septo interauricular ou alterações sugestivas de hipertensão pulmonar. Foi submetido a ecocardiograma trans-esofágico (ETE) e angio-TC cardíaca que permitiram excluir a presença de shunt intra-cardíaco. Apresentava uma hipoxemia ligeira em repouso (PaO₂ 78 mmHg com um gradiente A-a de 32,3 mmHg), sem dessaturação nocturna ou ao esforço. As restantes provas funcionais respiratórias em repouso encontravam-se dentro da normalidade (espirometria, pletismografia e DLCO). Foi admitido síndrome hepatopulmonar (SHP) moderado e decidida monitorização clínica.

Discussão: A SHP é caracterizada por hipoxemia arterial resultante de alterações da ventilação perfusão e difusão alvéolo capilar causada por dilatações vasculares intrapulmonares no contexto de doença hepática e/ou hipertensão pulmonar. A sua presença confere pior prognóstico aos doentes com doença hepática crónica, não existindo até o momento nenhum tratamento médico eficaz. Esta condição poderá representar uma indicação para transplante hepático, que se mantém o único tratamento potencialmente curativo.

Palavras-chave: Síndrome hepatopulmonar. Doença hepática crónica. Hipoxémia. Ectasia.

P009. TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DA PLEURA - DA RARIDADE À INCERTEZA

R. Fernandes, M. Anciães, F. Rodrigues

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Conclusões: O tumor fibroso solitário da pleura, desde a sua primeira descrição em 1931, tem vindo a ser reconhecido por diversos nomes, entre os quais o de “mesotelioma benigno”. Representando atualmente menos de 5% dos tumores primários da pleura, compreende um espectro histológico de tumores mesenquimatosos com provável origem fibroblástica.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 55 anos, ex-fumadora (CT 20 UMA), com antecedentes de carcinoma invasivo da mama esquerda (HER2 positivo), submetida a quimioterapia neoadjuvante, tumorectomia e radioterapia adjuvante, referenciada a consulta de pneumologia por suspeita de tumor primário da pleura. Referia queixas de tosse com expectoração mucosa e toracalgia posterior esquerda com 5 anos de evolução, remitente, sem características pleuríticas ou irradiação. Ao exame objetivo não eram perceptíveis quaisquer alterações. A TC torácica que motivou a referência descrevia uma lesão de aparência sólida (45 × 40 × 50 mm) com margens regulares e contacto com as superfícies pleurais ao nível da língua. Realizou biópsia aspirativa transtorácica da lesão descrita, cuja avaliação anatomopatológica foi enquadrável em tumor fibroso solitário. A reavaliação imagiológica sugeriu tratar-se de uma lesão pediculada pela alteração da sua posição face ao exame prévio. Nesta não se documentou variações dimensionais significativas ou lesões à distância. As provas funcionais respiratórias em repouso encontravam-se dentro da normalidade. Foi submetida a ressecção pulmonar atípica do lobo superior esquerdo por VATS, com ressecção completa da lesão e confirmação da suspeita clínica - Tumor fibroso solitário da pleura (lesão pediculada com baixa celularidade, células com escasso pleomorfismo e raras figuras de mitose, sem necrose, com positividade para bcl-2, CD34 e STAT6). Encontra-se atualmente em vigilância, sem evidência de recidiva.

Discussão: A raridade destes tumores e as alterações na sua terminologia diagnóstica ao longo dos anos dificultaram a definição da sua melhor abordagem. Apesar de terem sido propostos diferentes modelos de estratificação de risco, não existem de momento critérios definidos de tratamento ou vigilância, pelo que serão necessários mais estudos para melhor definição do seu prognóstico. Atualmente

o tratamento de eleição passa pela sua ressecção cirúrgica completa.

Palavras-chave: Tumor fibroso solitário da pleura.

P010. UM CASO DE CAVITAÇÃO PULMONAR - TUBERCULOSE LATENTE OU CANCRO DO PULMÃO?

S.M. Oliveira, T.P. Reis, A. Laiginhas

USF da Barrinha.

Introdução: A tuberculose (TB) é uma infeção mundialmente conhecida, encontrando-se entre as maiores causas de morbilidade e mortalidade. O surgimento de cavitações pulmonares na sequência da reativação de TB latente é uma consequência ameaçadora da TB pulmonar, podendo ser facilitada por fatores do hospedeiro como imunossupressão por fármacos, vírus da imunodeficiência humana (VIH) ou neoplasias. Esta condição acarreta pior prognóstico, resistência ao tratamento e maior risco de transmissibilidade.

Caso clínico: Sexo masculino, 61 anos, antecedentes de silicose, TB (seguido em consulta de Pneumologia desde 2016), fumador de 47 UMA. Recorreu a consulta na unidade de saúde por agravamento súbito do estado geral, astenia, anorexia, confusão mental, desorientação, prostração, dor e formigues no membro superior direito. Ao exame objetivo, apresentava-se emagrecido, descorado, com baqueteamento digital marcado e hipotensão arterial; auscultação cardiopulmonar sem alterações aparentes; ao exame neurológico, apresentava marcha com braço direito pendente e diminuição de força ipsilateral, além de dificuldade em enunciar o seu nome completo. O estudo analítico revelou anemia normocítica normocrômica, sem outras alterações. A TC cerebral demonstrou provável lesão isquémica recente da artéria cerebral média e a TC pulmonar revelou enfisema, granulomas residuais bilaterais, uma volumosa caverna com 9x8x6cm no pulmão direito e um nódulo com 15mm de contornos irregulares no lobo inferior do pulmão esquerdo, suspeito de neoplasia pulmonar. Contactou-se colega do serviço de Pneumologia do hospital da área geográfica que remarcou consulta de seguimento em 10 dias, com pedido urgente de baciloscopias e broncofibroscopia. Cerca de 2 semanas após consulta hospitalar, o doente faleceu no domicílio por hemoptises maciças.

Discussão: Apesar da cavitação pulmonar constituir uma entidade rara, é fundamental o seguimento regular dos doentes com infeção prévia por TB para despiste do surgimento desta entidade, uma vez que acarreta maior morbi-mortalidade. Adicionalmente, a vigilância periódica de fatores de risco destes doentes (tabagismo, desnutrição, diabetes) é fundamental para o reconhecimento de outras patologias, nomeadamente neoplasias ou HIV que também poderão estar na origem etiológica desta condição.

Palavras-chave: Cavitação pulmonar. Tuberculose latente. Cancro do pulmão.

P011. QUISTES MESOTELIALES DIAFRAGMÁTICOS, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

S. Márquez, M.J. Martín, S. de la Mano, M.T. Garzón, D. Morínigo, E. Prieto, A. Gómez

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción: Los quistes mesoteliales diafragmáticos son lesiones congénitas benignas raras que suelen detectarse de forma incidental, se cree que derivan de restos celómicos.

Casos clínicos: El primer caso paciente varón de 48 años con espuntos hemoptoicos de un año de evolución con aumento de la frecuencia en el último mes. En radiografía de tórax (Rx) y tomografía computarizada (TC) se observó una lesión ovalada extrapulmonar de aspecto quístico de localización basal posterior izquierda, con componente intratorácico y retroperitoneal, presentaba pared

gruesa y calcificación periférica. El segundo paciente varón de 32 años que tras traumatismo costal se halla en RX de tórax de manera incidental calcificaciones subdiafragmáticas derechas con lobulacion diafragmática. En TC lesión quística lobulada con calcificación periférica entre la superficie hepática y el diafragma. El tercero paciente mujer de 83 años a la que se realiza TC abdominal por sospecha de hematoma de pared abdominal y como hallazgo casual una lesión ovalada e hiperdensa en región subhepática, ángulo costofrénico posterolateral derecho. La mayoría de los pacientes con quistes mesoteliales diafragmáticos son asintomáticos. El diagnóstico se basa en los hallazgos de la ecografía, TC y la resonancia magnética (RM). El examen de ultrasonido muestra una lesión quística entre la pared torácica y el hígado, en el ángulo costofrénico posterolateral derecho. La TC muestra una lesión de densidad de agua homogénea, sin realce y bien definida. La RM muestra quistes de paredes delgadas que son hipointensos en las imágenes ponderadas en T1 e hiperintensos en las imágenes ponderadas en T2. Puede observarse calcificación de la pared del quiste y eco interno. El quiste mesotelial diafragmático puede diagnosticarse erróneamente como un quiste hepático simple, un quiste hepático hidatídico, un quiste broncogénico, un teratoma quístico o una acumulación de líquido hepático subdiafragmático/subcapsular, como un pseudoquiste, un hematoma o un absceso.

Discusión: Puede ser difícil distinguir el quiste mesotelial diafragmático debido a su relación anatómica con las estructuras adyacentes. El diagnóstico de quiste mesotelial diafragmático se basa en los hallazgos de la ecografía, TC y RM, presentando en ocasiones un reto diagnóstico.

Palabras clave: Quiste. Diafragma. Tomografía. Diagnóstico.

P012. “NÃO HÁ DUAS SEM TRÊS” - CASOS QUE SUSTENTAM A LEI DE VELPEAU

C. Hilário, G. Maciel, M.M. Cruz, R.Q. Rodrigues, S. Heleno, L.C. Ribeiro, D.T. Silva, M.A. Braz, M. Conde, T. Gomes, A.I. Loureiro

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

Introdução: A pneumonia eosinofílica é uma doença rara caracterizada por infiltração eosinofílica do parênquima pulmonar. Ocasionalmente, existe história de atopia. A eosinofilia periférica surge habitualmente ao longo do curso da doença. O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos, imagiológicos e do lavado broncoalveolar (LBA).

Caso clínico: Apresentam-se primeiramente dois doentes, género masculino, de 64 e 77 anos, o último com antecedentes de rinite alérgica. Ambos admitidos no serviço de urgência por dispneia, febre e tosse irritativa, com menos de um mês de evolução e, objetivamente, taquipneia e insuficiência respiratória aguda. Da investigação realizada: eosinofilia periférica (1.520/uL; 3.120/uL) e hiperimmunoglobulinemia E; na tomografia computadorizada, num dos casos, padrão em mosaico no lobo pulmonar superior esquerdo e consolidações dispersas bilateralmente, no outro, áreas de vidro despolido centrais bilateralmente. Iniciada antibioterapia empírica, escalada por agravamento clínico. Num dos casos confirmou-se o diagnóstico de pneumonia eosinofílica pela presença de 56% de eosinófilos no LBA. O terceiro caso trata-se de uma doente do género feminino, 68 anos, com asma eosinofílica não controlada no último ano. Imagiologicamente, infiltrados bilaterais de predomínio periférico, melhorados em reavaliações seriadas, após curso curto de corticoterapia. Após 4 meses, novo agravamento sintomático associado a infiltrado pulmonar à esquerda e eosinofilia periférica (3630/uL). Repetida colheita de LBA, com eosinofilia (90%), compatível com o diagnóstico de pneumonia eosinofílica. Em todos os casos foram excluídas outras causas de eosinofilia e iniciada corticoterapia sistémica, com melhoria clínica e imagiológica global.

Discussão: Estes casos alertam para uma patologia rara que surgiu repetidamente, num curto período de tempo. Os doentes apresen-

taram manifestações clínicas comuns, com diferente tempo de evolução, a par de alterações imagiológicas distintas. Mesmo sendo a causa infecciosa a mais prevalente, na ausência de resposta à anti-bioterapia, a marcha diagnóstica deve ser continuada, já que a pneumonia eosinofílica possui bom prognóstico após a introdução de corticoterapia sistémica. Apesar de se recomendar a realização de LBA, a resposta ao tratamento poderá apoiar o diagnóstico.

Palavras-chave: *Pneumonia eosinofílica. Eosinofilia. Hiperimmunoglobulinemia E. Corticoterapia.*

P013. REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE NO TRATAMENTO COM BIOLÓGICOS: UM CASO DE ASMA GRAVE

D. Moreira-Sousa, A. Craveiro, R. Boaventura, M.J. Valente, M.S. Valente

Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira.

Introdução: Nos últimos anos, as terapêuticas biológicas têm permitido uma mudança de paradigma no tratamento dos doentes com asma grave, essencialmente na asma com inflamação tipo 2. Estes tratamentos movem-nos, cada vez mais, no sentido da medicina personalizada. Além da sua eficácia, o perfil de segurança e tolerabilidade destes tratamentos é outra vantagem atrativa na sua utilização. No entanto, deve ser mantida a vigilância para os efeitos adversos graves que podem surgir.

Caso clínico: Mulher de 63 anos, não fumadora, com história de asma mal controlada, com várias exacerbações, 3 das quais a motivar internamento no último ano. Apresentou-se em consulta com dispneia e tosse persistentes, agravamento funcional respiratório, e perfil de eosinofilia periférica, compatível com asma grave do tipo eosinofílica, não alérgica, já com manifestos efeitos adversos associados ao uso repetido de corticoide sistémico. Após tentativa de ajuste de terapêutica de base sem melhoria, foi proposta para benralizumab. Imediatamente após 1ª toma apresentou quadro de dispneia com broncospasmo de difícil controlo, com necessidade de internamento. Detetou-se concomitante infeção por vírus sincicial respiratório, a condicionar provável agravamento do quadro. Após alta e estabilidade clínica, optou-se por alterar tratamento para dupilumab. Trinta minutos após a 1ª toma deste fármaco iniciou quadro de tosse irritativa e dispneia, novamente com necessidade de corticoterapia endovenosa. Colocada a hipótese de hipersensibilidade a excipiente comum entre os dois tratamentos e, dado manter asma grave não controlada, foi proposta para tratamento com reslizumab, o único biológico sem excipientes comuns aos outros tratamentos. Desde então, a doente tolerou o tratamento sem qualquer reação adversa. Durante o “follow-up” apresentou melhoria da sintomatologia de base, sem novas exacerbações, possibilitando a redução da corticoterapia sistémica.

Discussão: As reações de hipersensibilidade aos biológicos utilizados no tratamento da asma estão descritas como raras. Neste caso, a reação a dois fármacos de administração subcutânea com mecanismos de atuação distintos colocou a hipótese de um dos excipientes comum a ambos ser o agente causador, tendo sido possível de contornar este problema com recurso ao único biológico de administração endovenosa.

Palavras-chave: *Asma grave. Terapêutica personalizada.*

P014. QUANDO O DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA DO PULMÃO NÃO É ESTABELECIDO

L. Roseta, P. Viegas, E. Silva, C. Ribeiro, T. Shiang, M. Vanzeller, A.C. Ferreira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: O cancro do pulmão é a terceira neoplasia mais comum e principal causa de morte por cancro no mundo. É uma doença

paucissintomática, com diagnóstico tardio e baixa probabilidade de cura. Apesar dos avanços nesta área, ainda se verificam mortes precoces de doentes com suspeita clínico-radiológica de cancro do pulmão.

Objetivos: Caracterizar os doentes internados com suspeita clínico-radiológica de cancro do pulmão que morrem sem diagnóstico definitivo, estadiamento e início de tratamento.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes internados no serviço de Pneumologia de um hospital terciário entre janeiro de 2019 e abril de 2023 que morreram com suspeita clínico-radiológica de cancro do pulmão. Foram avaliados dados demográficos, registos clínicos, exames analíticos e imagiológicos do processo clínico.

Resultados: Foram incluídos 54 doentes. Verificou-se predominância do sexo masculino (88,9%), com idade média de 71,5 anos [45-91], sendo a maioria autónoma previamente à admissão (58,5%). Comorbilidades estavam presentes em 85,2%, 50% apresentavam emagrecimento e o tabagismo e exposição ocupacional foram fatores predominantes (84,3% e 40,6% respetivamente). Os principais sintomas foram a astenia (68,5%), dispneia (61,1%) e tosse (59,3%) com evolução mediana de 4 semanas [2,0-12,0]. Metade dos doentes foram internados por infeção respiratória e apresentavam uma massa mediana de 5 cm [3,4-7,6], suspeita de metastização ganglionar (92,5%) e à distância (92,2%). Foram observados em consulta ou na urgência no ano prévio à admissão 57,4% dos doentes, mas apenas 16,7% realizou imagem torácica e 0,06% já tinha lesão suspeita. A mediana do tempo de internamento foi de 13 dias [7-27] e a maioria dos doentes faleceu por intercorrência infecciosa (74,1%). Foi conseguida biópsia ou citologia em 75,9% realizada nos primeiros 3 dias de internamento [1-8], a maioria por broncoscopia (51,2%). Obtiveram resultado após a morte 51,2% dos doentes com predominância do adenocarcinoma (43,9%).

Conclusões: A maioria dos doentes com suspeita clínico-radiológica de cancro do pulmão e morte precoce apresentava doença extensa, comorbilidades e desnutrição. Apesar da rápida marcha diagnóstica, a maioria faleceu precocemente por patologia infecciosa. É possível a contribuição da pandemia COVID-19 para o aumento destes casos.

Palavras-chave: Cancro do pulmão. Diagnóstico tardio. Morte precoce.

PO15. NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO COMO APRESENTAÇÃO DE AMILOIDOSE AL: UM CASO CLÍNICO

L. Roseta, P. Viegas, C. Ribeiro

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A amiloidose associa-se a um grupo heterogéneo de doenças em que ocorre deposição extracelular de fibrilas. Trata-se de uma doença rara com envolvimento pulmonar em 50% dos casos. A amiloidose pulmonar pode apresentar a forma difusa septal-alveolar, traqueobrônquica ou nodular. O subtipo nodular associa-se ao tipo AL, na forma limitada, com predominância de cadeias leves kappa e apresentação assintomática, sem afeção da função pulmonar. É frequentemente multinodular com contornos suaves. Por ser frequentemente assintomática, o diagnóstico é facilmente esquecido.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 61 anos, fumador ativo (46 UMA), com antecedentes de doença venosa crónica recidivante. Enviado a consulta aberta de Pneumologia para estudo de nódulo pulmonar detetado incidentalmente em tomografia computadorizada (TC) torácica. Tratava-se de um nódulo sólido de 9mm periférico e apical do lobo inferior direito, multilobulado e com pleural-tail. Clinicamente assintomático. Efetuada TC de controlo e tomografia de positrões 3 meses depois com estabilidade dimensional do nódulo, mas com captação discreta de F-18-FDG (Q.SUVmax inicial/tardio = 0,8/1). Para esclarecimento, fez biópsia transtorácica que revelou foco de fibrose e infiltrado inflamatório crónico. Reavaliado imagiológicamente aos 7 e 11 meses, com evidência de aumento do

nódulo (10,2 e 11,7 mm, respetivamente). Realizada 2ª biópsia que revelou deposição de material eosinófilo e amorfo com birrefringência verde à luz polarizada com o vermelho do Congo, correspondendo a deposição de substância amiloide. Analiticamente hemograma e bioquímica sem alterações, VS e eletroforese de proteínas normais, sem proteinúria, mas com doseamento aumentado de cadeias leves livres kappa. Espirometria, ecografia renal e abdominal e ecocardiograma transtorácico normais. Teste genético para polineuropatia amiloidótica familiar negativo. O doente foi posteriormente orientado para consulta de Hematologia.

Discussão: O presente caso clínico destaca a raridade da amiloidose pulmonar nodular como diagnóstico diferencial num nódulo pulmonar. A apresentação como nódulo único de características suspeitas é atípica, devendo levantar suspeita de cancro do pulmão, principalmente em fumadores. Apesar de rara, deve ser uma hipótese no estudo de um nódulo pulmonar solitário.

Palavras-chave: Amiloidose pulmonar nodular. Nódulo solitário.

PO16. TITULAÇÃO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA EM CONSULTA NUM DOENTE COM NEUROACANTOCITOSE

D. Moreira-Sousa, A.S. Lopes, M. Santos, C. Nogueira, M.J. Valente, M.S. Valente

Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira.

Introdução: A evolução dos cuidados respiratórios domiciliários na gestão da ventilação não invasiva (VNI) tem permitido o ajuste e monitorização de ventilação em doentes neuromusculares em ambulatório. No entanto, frequentemente, a titulação da ventilação em meio hospitalar é necessária para garantir a terapêutica adequada.

Caso clínico: Homem de 55 anos, com neuroacantocitose em progressão, caracterizada por epilepsia, tics, disfagia para líquidos, disartria e alterações cognitivo-comportamentais. Seguido em consulta de VNI de Neuromusculares por insuficiência respiratória tipo II no contexto de alteração ventilatória restritiva grave (capacidade vital forçada 29%) e apneia do sono moderada, em tratamento com BiNível S/T. Os relatórios de monitorização em ambulatório apresentavam consistentemente adesão errática e presença de apneias obstrutivas em agravamento nos últimos anos, mantendo insuficiência respiratória, e acabando por condicionar progressivos incrementos nos parâmetros de pressão. Na última consulta, com BiNível com parâmetros IPAP 24 cmH₂O e EPAP 10 cmH₂O, apresentava nos últimos 3 meses IAH 19,0/h (eventos obstrutivos) e dessaturação noturna, e gasometricamente (ar ambiente) com pCO₂ 48,2 mmHg e HCO₃ 28,1 mEq/L. Neste sentido, realizou-se trial terapêutico em consulta para titulação de VNI. Verificaram-se vários momentos em que o fluxo gerado pelo ventilador não foi eficaz na resolução de apneias relacionadas com a ausência de esforço torácico, devido à queda da língua relacionada com a própria pressão de ventilação, seguindo-se o despertar do doente. Foram reduzidas as pressões para IPAP 14 cmH₂O e EPAP 7 cmH₂O, trocado interface para nasal, melhorando os resultados em consulta. Após 1 mês, verificou-se a correção das apneias (IAH residual 2,4/h), adesão 100% e gasometria com pCO₂ 44,9 mmHg e HCO₃ 27,4 mEq/L.

Discussão: Apresentamos um caso de um doente complexo, com apneias com componente misto, ventilado cronicamente com parâmetros e interface desajustados. Foi efetuada avaliação e titulação da VNI em consulta, corrigindo-se com sucesso o problema em questão, o que reforça o facto de, mesmo em casos complexos selecionados, esta abordagem prática e dinâmica poder dispensar o ajuste noturno em meio hospitalar, permitindo uma melhor gestão de recursos.

Palavras-chave: Ventilação não invasiva. Ventilação domiciliária. Patologia neurológica.

P017. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO: EMPIEMA NECESSITANS

M. Duarte-Silva, I. Duarte, D. Maia, A. Miguel

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Introdução: O empiema necessitans é uma complicação grave do empiema pleural. Caracteriza-se pela extensão do pus da cavidade pleural para a parede torácica e tecidos moles circundantes.

Caso clínico: Mulher de 70 anos, com antecedentes de asma na infância. Não fumadora. Recorre ao serviço de urgência com quadro de dispneia, tosse produtiva e febre. Apresentava um quadro arrastado de perda ponderal associado a infeções respiratórias recorrentes no último ano. A Angio-TC Torácica revelou um extenso derrame pleural direito, loculado e com espessamento e realce dos folhetos pleurais após contraste. Iniciou antibioterapia de largo espectro com piperacilina-tazobactam e foi colocado um dreno torácico. O líquido pleural era espesso, esverdeado e com odor fétido tendo sido isolado um *Streptococcus constellatus*. Por drenagem escassa, foi realizada fibrinólise intrapleural com alteplase durante 3 dias e lavagens pleurais com soro fisiológico. A doente apresentou uma evolução desfavorável com toracalgia direita associado a uma tumefação cutânea no local do dreno, febre e agravamento dos parâmetros inflamatórios. Realizou nov TC Torácica que revelou uma torção do tubo de drenagem e extravasão do componente líquido do empiema com múltiplas bolhas gasosas ao longo dos planos intermusculares da parede costal posterior e lateral direita". Foi associado Linezolid EV e o dreno foi exteriorizado cerca de 5 cm com melhoria imediata da drenagem do líquido pleural. Cumpriu um total de 21 dias de Piperacilina/Tazobactam e 11 dias de Linezolid com melhoria clínica e radiológica, sem necessidade de intervenção cirúrgica.

Discussão: O caso apresentado reveste-se de interesse pela sua raridade, iconografia apresentada e pela importância de um diagnóstico e terapêutica céleres e adequados, a fim de reduzir a mortalidade.

Palavras-chave: *Empiema necessitans. Drenagem torácica.*

P018. A PROPÓSITO DE UM CASO DE SARCOIDOSE CARDÍACA

M.F. Almeida, J. Portela, I. Estalagem, J. Silva, C. Couto, M.S. Lopes

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A sarcoidose cardíaca (SC) está descrita em cerca 20% de doentes com sarcoidose sistémica; apenas cerca de 5% desenvolvem clínica. A apresentação clínica da SC varia de uma descoberta incidental, a síncope, insuficiência cardíaca e morte súbita.

Caso clínico: Homem, 39 anos, jardineiro, não fumador, hipertenso. Inicia em Março/2021 queixas de astenia, toracalgia, tosse seca e dispneia mMRC2, com meses de evolução, sem alterações ao exame objectivo. Realizou TAC Tórax: "múltiplos nódulos pulmonares confluentes bibasais e nas regiões para-hilares, com 3-4 cm de maior diâmetro. Adenopatias hilares bilaterais, infracentimétricas, com pequenas calcificações centrais". Por suspeita de sarcoidose, realizou avaliação analítica (ECA 47 UI/L), ECG e ecocardiograma, sem alterações. Realizou broncofibroscopia sem alterações endoscópicas. Colheu amostras por biópsia pulmonar transbrônquica e lavado broncoalveolar para exame bacteriológico, citológico e contagem celular com imunofenotipagem que revelou linfócitos de 8%, com rácio CD4+/CD8+ de 2,54. Histologicamente com evidência de granulomatose não necrotizante. Realizou Biópsia Pulmonar Transtorácica, com o mesmo diagnóstico. Dada confirmação diagnóstica, iniciou prednisolona oral 40 mg, em Abril/2021. Teve fraca melhoria clínica, pelo que realizou PET-CT para estudo de atingimento sistémico, que mostrou hipermetabolismo anómalo compatível com atividade inflamatória pulmonar, miocárdica, e ganglionar cervical, mediastínica, axilar, abdominal e inguinal. Iniciou seguimento em

consulta de cardiologia. Em Fevereiro/2022 evoluiu com novo agravamento clínico. Repetiu ecocardiograma que mostrou insuficiência aórtica mínima e ligeira hipertrofia do septo interventricular. Em Março/2022, iniciou azatioprina titulada até 100 mg, com melhoria significativa das queixas. Mantem seguimento em consulta de Patologia do Interstício Pulmonar e Cardiomiopatias.

Discussão: Para doentes com evidência definitiva de SC e com manifestações clínicas, como é o caso deste doente, é fundamental a terapêutica imunossupressora na prevenção de progressão da doença e no desenvolvimento ou agravamento da disfunção ventricular esquerda. Dado o risco de evolução clínica sob terapêutica e de morte súbita elevado nestes doentes, a vigilância rigorosa da progressão da SC, é fundamental.

Palavras-chave: *Sarcoidose cardíaca. Sarcoidose.*

P019. QUAL O IMPACTO DO TEMPO DE VENTILAÇÃO NO QUESTIONÁRIO S3-NIV?

M. Oliveira, M. Pais, L. Roseta, P. Viegas, C. Nogueira, D. Ferreira, D. Adler, W. Windisch, R. Nunes, S. Conde, C. Ribeiro

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE).

Introdução: O S3-NIV é um questionário criado para monitorização dos doentes sob ventilação domiciliária não invasiva (VDNI). É composto por 11 questões divididas em 2 subescalas: "sintomas respiratórios" e "sono e efeitos laterais". Quanto mais alta for a pontuação menor o impacto da doença e do tratamento.

Objetivos: O objetivo deste trabalho foi comparar as respostas em doentes sob VDNI ≥ 12 meses com períodos inferiores a 1 ano.

Métodos: Aplicou-se o S3-NIV numa amostra de 234 doentes sob VDNI há pelo menos 1 mês, em regime de ambulatório, num hospital terciário.

Resultados: Na amostra estudada, 53,8% eram do sexo masculino e a idade média foi 69,3 anos. A patologia mais comum foi a Síndrome Obesidade-Hipoventilação (27,4%). O tempo mediano sob VDNI foi 36,0 [13,0-66,0] meses, verificando-se um tempo superior no subgrupo dos doentes com doença restritiva da caixa torácica (57 [19,5-82,5] meses). A adesão diária mediana foi de 8,0 [6,0-9,5] horas, com IPAP e EPAP mediano de 21 [18,0-24,0] cmH₂O e 7 [6,0-9,0] cmH₂O, respetivamente. À avaliação gasimétrica, o PaCO₂ médio foi 45,0 mmHg e o valor médio de HCO₃ foi 27,9 mmol/L. Na análise de subgrupo, os valores médios de ambos os parâmetros foram mais elevados nas Doenças Pulmonares do Interstício (PaCO₂ 52,5 mmHg; HCO₃ 30,8 mmol/L). Relativamente ao questionário S3-NIV, nos doentes sob VDNI há ≥ 12 meses (78,8%) a pontuação mediana na subescala "sono e efeitos laterais" foi superior à dos doentes sob VDNI há < 12 meses [7,6 vs. 7,0, p = 0,04]. A pontuação total também foi inferior no último grupo [6,7 vs. 7,2], no entanto a diferença não foi estatisticamente significativa (p = 0,06).

Conclusões: Globalmente, os doentes reportam valores elevados de S3-NIV, correspondendo a menor impacto da doença e tratamento. Os doentes com ventilação há mais de um ano apresentam melhores pontuações na subescala de "sono e efeitos laterais", sugerindo que há uma progressiva adaptação a esta terapêutica com melhoria na qualidade de sono.

Palavras-chave: *Ventilação domiciliária não invasiva. S3-NIV. Patient reported outcome measures. Efeitos laterais.*

P020. PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO: QUANDO A HISTÓRIA FAMILIAR IMPORTA

I.F. Pedro, D. Organista, M. Gaspar, T. Calada, F. Félix

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A Síndrome Birt-Hogg-Dubé (BHD) é uma doença hereditária rara, autossómica dominante, causada por mutações ao nível

do gene da foliculina (FLCN). Apresenta-se com fibrofoliculomas cutâneos, quistos pulmonares, tumores renais e pneumotórax espontâneos recidivantes, estando a clínica geralmente ausente até à idade adulta.

Caso clínico: Homem, 54 anos. Não fumador. Asma na infância, atualmente sem qualquer terapêutica. Pai falecido com neoplasia intestinal. Irmã fumadora e também asmática. Em 1987, aos 18 anos, com quadro de toracalgia pleurítica à direita e diagnóstico de pneumotórax espontâneo. TC Tórax com evidência de quistos pulmonares bilaterais, tendo sido submetido a talcagem química. Um ano depois aparecimento de pápulas esbranquiçadas limitadas à face. Em 2014 irmã com desenvolvimento de lesões cutâneas idênticas e quistos pulmonares em TC Tórax, apesar de ausência de história de pneumotórax; realizada biópsia das lesões cutâneas da irmã com o diagnóstico de Síndrome BHD. No mesmo ano, à data com 45 anos, realizado teste genético para pesquisa de mutação do gene FLCN, tendo sido também diagnosticado com BHD. Aos 49 anos, novo pneumotórax, desta vez bilateral, tendo sido submetido a talcagem bilateral por videotoracoscopia (VATS). Um ano mais tarde, recidiva do pneumotórax espontâneo à direita após exercício de ciclismo em montanha, com necessidade de nova talcagem por VATS. À data atual, sem recidiva de pneumotórax e sem qualquer sintoma respiratório. Mantém as lesões cutâneas. Sem patologia renal identificada. Mantém seguimento em consulta de Pneumologia, Cirurgia Torácica, Nefrologia e Dermatologia.

Discussão: O caso apresentado representa um caso típico de BHD, com manifestações cutâneas e pulmonares na idade adulta em mais de um elemento de uma família. Alerta, assim, para importância, por um lado, da realização de uma história familiar detalhada perante um caso de pneumotórax recidivante; bem como para a importância dos achados dos exames de imagem torácica e de as manifestações extra-torácicas deste síndrome como pistas diagnósticas. A probabilidade de recidiva após um primeiro episódio de pneumotórax é de 75%, podendo ser reduzida significativamente após abordagem cirúrgica, devendo haver uma referência precoce destes doentes.

Palavras-chave: *Pneumotórax. Talcagem. Birt-Hogg-Dubé.*

PO21. AMILOIDOSE PLEURAL: UMA ETIOLOGIA MENOS COMUM DE DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE

G.M. Portugal, V. Maione, A. Barroso, M. Antunes, F. Paula, F. Froes

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: O diagnóstico etiológico diferencial de derrames pleurais recidivantes pode ser desafiante e a sua gestão complexa, sendo necessária uma abordagem individualizada.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 72 anos, com diagnóstico há 9 anos de mieloma múltiplo (MM) IgA Lambda. Completou quimioterapia de indução e foi submetida a autotransplante de medula óssea em 2015. Presença de amiloidose sistêmica secundária confirmada em biópsia retal e da gordura abdominal, sem identificação do tipo de amiloide. Manteve seguimento em consulta de Hematologia com estabilidade clínica e sem terapêutica adicional. Em 2022, iniciou queixas de cansaço, dispnéia e edemas dos membros inferiores. A doença hematológica entrou em recaída pautada por hipercalcémia, hiperuricémia, anemia e lesão renal. Identificou-se, simultaneamente, a presença de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e achados sugestivos de miocardiopatia infiltrativa. Imagiologicamente, a doente apresentava derrame pleural direito de moderada dimensão. Verificou-se refratariedade à terapêutica diurética e a doente foi submetida a toracocentese diagnóstica. O líquido pleural era um transudado, não apresentando alterações no exame citoquímico e microbiológico. A imunofenotipagem do líquido não identificou

monoclonalidade de plasmócitos. A doente não apresentava performance status para início de terapêutica dirigida ao MM, pelo que manteve vigilância clínica. Verificou-se um comportamento recidivante do derrame pleural, com necessidade de múltiplas toracocenteses evacuadoras. Realizou-se biópsia pleural que identificou a presença de substância amiloide pela técnica do Vermelho do Congo. A análise histoquímica confirmou tratar-se de uma amiloidose AL secundária ao MM. Foi proposta para tratamento definitivo do derrame, tendo realizado talcagem por videotoracoscopia. Aos 2 meses pós-op não se verificou recidiva de derrame pleural.

Discussão: O derrame pleural é uma complicação rara da Amiloidose AL, sendo tipicamente unilateral, de moderado a grande volume e refratário a diuréticos. A infiltração pleural por amiloide é a principal causa da sua formação e refratariedade. Contudo, a presença de miocardiopatia infiltrativa pode contribuir para a sua manutenção. A frequência de toracocenteses deve ditar a realização de pleurodese.

Palavras-chave: *Amiloidose pleural. Amiloidose AL. Mieloma múltiplo. Derrame pleural.*

PO22. NEM TUDO O QUE PARECE É - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

S. Lopes, M.J. Valente, I. Vicente, M.S. Valente

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Introdução: As massas pulmonares têm um vasto e árduo diagnóstico diferencial, uma vez que, frequentemente, têm apresentações clínicas e radiológicas idênticas.

Caso clínico: Mulher de 83 anos, autônoma, ex-fumadora, com história médica conhecida de neoplasia da laringe. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro, com 3 semanas de evolução de: dispnéia para pequenos e médios esforços (mMC2) e tosse produtiva com expectoração mucopurulenta. Sem febre, toracalgia, anorexia ou perda ponderal. Analiticamente a destacar: leucocitose com neutrofilia, D-dímeros 6.848 ng/mL, PCR 32,38 ng/mL e insuficiência respiratória tipo 1. A radiografia torácica demonstrou uma hipotransparência homogênea paracardiaca esquerda, com sinal de silhueta e limites externos mal definidos. Ainda no SU, foi requisitada uma angio-TC torácica, a qual revelou uma massa cavitada no lobo superior esquerdo, com cerca de 53 mm de diâmetro, com atingimento do hilo ipsilateral. A doente ficou internada no Serviço de Pneumologia com suspeita de neoplasia do pulmão versus pneumonia necrotizante. Neste seguimento, iniciou antibióterápia empírica com ceftriaxone e azitromicina. Para estudo complementar realizou: videobroncoscopia; biópsia transtorácica (BTT) guiada por TC, cujos resultados, foram negativos para células neoplásicas e, PET-TC com FDG que sugeriu lesão neoplásica maligna, no segmento anterior do lobo superior do pulmão esquerdo elevando, ainda, a suspeita de metástase pleural e derrame pleural maligno. Foi re-admitida electivamente, 3 semanas após alta clínica, para repetição de BTT, a qual não foi realizada por redução significativa da lesão. Em consulta de re-avaliação, 3 meses depois, objetivou-se agravamento clínico, sendo que a TC torácica, realizada nesta altura, demonstrou alterações, *de novo*, sugestivas de Pneumonia Organizativa. Seguindo esta linha de pensamento, iniciou corticoterapia sistêmica, com melhoria clínica significativa e resolução das alterações imagiológicas.

Discussão: Apresentamos este caso de diferentes consolidações parenquimatosas de resolução lenta, que levantaram a suspeita de neoplasia pulmonar, para demonstrar a importância da monitorização clínica e imagiológica, na congregação dos possíveis diagnósticos diferenciais.

Palavras-chave: *Massa cavitada. Biópsia transtorácica. Pneumonia organizativa.*

P023. PNEUMONIA POR CANDIDA KRUSEI

M. Araújo, S. Dias, J. Lourenço, M.J. Moura, R. Rodrigues, A.L. Fernandes, J. Amado

Hospital Pedro Hispano.

Introdução: A pneumonia por *Candida* é uma forma rara de infeção e está associada a mau prognóstico. *C. albicans* é o agente mais frequentemente implicado enquanto outras infeções por *Candida* são ainda menos comuns e ocorrem quase exclusivamente em imunocomprometidos.

Caso clínico: Homem, 50 anos, ex-fumador, VIH negativo. Antecedentes de enfisema centrilobular difuso com bolhas enfisematosas e pneumotórax espontâneo secundário complicado de infeção da cavidade pleural em 11/2022 a condicionar internamento prolongado com necessidade de antibioterapia de largo espectro. Sem medicação habitual, sem hábitos etílicos ou toxicofílicos. Em 02/2023 avaliado no SU por toracalgia direita e dispneia em agravamento associada a astenia com 4 dias de evolução. Analiticamente apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizado TC do tórax que demonstrou extensa bolha enfisematosa com extensão até ao mediastino com conteúdo líquido e consolidação no LSD. Iniciada antibioterapia empírica com vancomicina e imipenem, com manutenção dos parâmetros inflamatórios e febre. Apresentou episódio de red man syndrome a motivar a alteração de vancomicina para linezolide. Por ausência de evolução favorável realizada BFC em D11 de internamento. Em D15 realizada nova TC do tórax a demonstrar agravamento, mantendo-se sem isolamentos, foi adicionada azitromicina e cotrimoxazol. Em D19 de internamento isolada *Candida krusei* no LBA. Neste contexto foi iniciada micafungina, com melhoria clínica, analítica e imagiológica, em TC de reavaliação.

Discussão: Os autores descrevem este caso pela sua raridade, para ilustrar a importância de uma marcha diagnóstica adequada e evidenciar a possibilidade de infeções fúngicas em doentes imunocompetentes submetidos a antibioterapia de largo espectro recentemente. A *C. krusei* é um agente oportunista, normalmente aloado à flora da pele, membranas mucosas e trato digestivo. O seu isolamento em expetoração é considerado colonização do trato respiratório. O diagnóstico requer procedimentos invasivos nomeadamente realização de LBA ou biópsia pulmonar. O agente é intrinsecamente resistente ao fluconazol, sendo recomendado tratamento com equinocandinas como a micafungina.

Palavras-chave: *Candida krusei*. *Pneumonia*.

P024. UMA CAUSA INCOMUM DE PNEUMOTÓRAX..

P. Trindade, M. Antunes, M. Pereira, F.A. Freitas, P. Pinto, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: Define-se endometriose como presença de tecido endometrial ectópico fora da cavidade uterina. A endometriose extrapélvica mais frequente é a torácica, que em 70% dos casos manifesta-se inicialmente como pneumotórax, frequentemente unilateral direito e catamenial, isto é, com relação temporal com a menstruação.

Caso clínico: Feminino, 29 anos, não fumadora. Episódios de dismenorreia e menorrágia a condicionar anemia ferropénica sob suplementação oral de ferro, tendo neste contexto realizado ecografias ginecológicas em 2014 e 2020 sem alterações de relevo. Doente seguida em C.E. Pneumologia após dois episódios de pneumotórax direito em novembro e dezembro de 2022, quando residia em Inglaterra. Por apresentar dor torácica ligeira à direita durante a consulta, pedida TC torácica de reavaliação revelou moderado pneumotórax à direita. Procedeu-se à drenagem de pneumotórax e posterior VATS com talcagem pleural, procedimentos que decorreram sem intercorrências. Intraoperatoriamente com evidência de múltiplas fenestrações diafragmáticas, infracentimétricas e dois

implantes endometriais localizados no tendão central. Pós-operatório sem intercorrências, com remoção do dreno torácico ao terceiro dia após expansão pulmonar. Iniciou no internamento acetato de gossierrelina que mantém durante seis meses e aguarda avaliação de Ginecologia para nova avaliação de endometriose pélvica, mantendo seguimento em consultas de Pneumologia e Cirurgia Torácica.

Discussão: A endometriose torácica é uma causa rara (< 1%) de pneumotórax em mulheres jovens que deve ser considerada, sobretudo, mas não exclusivamente, quando catamenial. Após o diagnóstico, que pode ou não ter confirmação histológica, deve ser excluída endometriose ginecológica que está presente em 50-84% dos casos e deve ser iniciada terapêutica supressora hormonal. Mesmo após intervenção cirúrgica há risco de recorrência de pneumotórax.

Palavras-chave: *Pneumotórax*. *Endometriose torácica*.

P025. RECORRIDO DIAGNÓSTICO DE UNA ELEVACIÓN DIAFRAGMÁTICA CON DISNEA

A.M. Martín, E.C. Prieto, A. Gómez, G.M. Siesto, M.R. Bartol, M.J. Martín, S. Márquez, S. de la Mano

Hospital Universitario de Salamanca.

Caso clínico: Se presenta caso clínico de varón de 61 años con antecedentes reseñables de hernia de hiato, trastorno psicótico y glaucoma. Acude a Urgencias por disnea de mínimos esfuerzos de aparición progresiva en los últimos seis meses asociado a tos irritativa. El paciente niega síntomas de hipoventilación alveolar nocturna. Se realiza tanto radiografía como ecografía torácica donde se objetiva elevación del hemidiafragma izquierdo. Se planteó la posibilidad de que la elevación fuera debida a una parálisis del nervio frénico ipsilateral. Por ello, se solicitó un estudio de electroneurografía para comprobar la correcta funcionalidad del nervio frénico mostrando ausencia de lesión neuropática focal del mismo bilateralmente. Dada la ausencia de patología funcional, se solicita una tomografía computarizada (TC) de tórax donde se descubre en hemidiafragma izquierdo solución de continuidad posterior de unos 10,5 cm de diámetro mayor con herniación completa del riñón ipsilateral, ángulo esplénico del colon y múltiples asas de intestino delgado; todo ello condiciona a su vez atelectasia del parénquima pulmonar subyacente y desviación del mediastino hacia la derecha. Con la confirmación diagnóstica de hernia de Bochdalek izquierda gigante y los resultados de las pruebas complementarias realizadas, el paciente es derivado para valoración por parte del Servicio de Cirugía General.

Discussión: La hernia diafragmática de Bochdalek es una alteración congénita por ausencia del cierre del conducto pleuroperitoneal en la 8-10ª semana de la gestación. El defecto en el cierre a nivel posterolateral del diafragma y generalmente izquierdo provoca el desplazamiento de las estructuras abdominales hacia la cavidad torácica, aunque con escasas manifestaciones sintomáticas en la mayoría de los casos. En el caso de síntomas acompañantes resulta fundamental confirmar la normofunción del musculo. La valoración preoperatoria se fundamenta en estudios radiológicos; la TC presenta un valor alto de sensibilidad y especificidad diagnóstica, siendo de gran interés la visualización con detalle del defecto diafragmático.

Palabras clave: *Hernia de Bochdalek*. *Hernia diafragmática*. *Defectos diafragmáticos*. *Elevación diafragmática*.

P026. EXACERBAÇÃO DE ASMA COMPLICADA PELO... "EFEITO DE MACKLIN"

F. Barbosa, P.G. Ferreira

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O pneumomediastino define a presença de ar no mediastino, podendo ser secundário a trauma, pneumotórax, perfura-

ção das vias aéreas ou, mais raramente, espontâneo. Uma exacerbação aguda de asma pode complicar com a formação de pneumomediastino espontâneo. Esta ocorrência deve-se ao chamado efeito de Macklin que, fenomenologicamente, consiste no aumento da pressão alveolar, com rutura dos septos e dissecação de ar ao longo dos eixos broncovasculares para o mediastino e cavidade pleural. Habitualmente surge em idade jovem e tem uma evolução favorável.

Caso clínico: Apresentamos um caso de uma jovem de 18 anos, com historial de asma brônquica, em patamar terapêutico 3 da GINA, medicada com furoato de fluticasona 92 µg e vilanterol 22 µg em associação, e β2 agonista de curta ação (SABA) em SOS, que foi admitida no serviço de urgência (SU) por instabilização da sua doença traduzida pela presença de dispneia, sibilância progressiva e tosse seca, sem resposta satisfatória ao SABA. À admissão apresentava-se taquipneica, com sibilância dispersa e aumento do tempo expiratório na auscultação e mostrando hipoxémia. Esteve sob oxigenoterapia titulada, broncodilatação com β2 agonista e anticolinérgico de curta ação, corticosteroide endovenoso e, posteriormente, sulfato de magnésio. A radiografia torácica não mostrava alterações pleuroparenquimatosas ou a nível mediastino-hilar. Sob a terapêutica empreendida a doente apresentou melhora sintomática e auscultatória, porém, mantendo hipoxémia que parecia desproporcionada. Apresentando elevação de D-dímeros, acabou por realizar angio-TC torácica para exclusão de tromboembolismo pulmonar (TEP). Este exame excluiu TEP, no entanto, veio a revelar a presença de pneumomediastino e de uma pequena lâmina de pneumotórax no ângulo costofrénico esquerdo. A doente veio posteriormente a apresentar melhora progressiva após algumas horas sob vigilância, tendo acabado por ter alta medicada.

Discussão: Este caso ilustra a possibilidade rara de ocorrência de pneumomediastino espontâneo (e pneumotórax) por presumível efeito de Macklin num caso de exacerbação aguda de asma brônquica, com expressão detetável em TC torácica. No presente caso, a hipoxémia mantida foi a pista para uma avaliação imagiológica subsequente. Neste cenário clínico, a adoção do necessário nível de suspeição para este tipo de complicação é fulcral.

Palavras-chave: Asma brônquica. Pneumomediastino. Pneumotórax. Efeito de macklin.

PO27. MÚLTIPLAS LESÕES PULMONARES CAVITADAS: NEM TUDO É TUBERCULOSE

F. Barbosa, A. F. Costa, M. Afonso

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O diagnóstico diferencial de lesões cavitadas pulmonares inclui a tuberculose, outras infeções, neoplasias, metástases e doenças autoimunes.

Caso clínico: Relata-se o caso de um doente de 66 anos, fumador, com quadro de tosse produtiva de expetoração mucosa, astenia e perda ponderal significativa com vários meses de evolução, associadas a vertigem com 1 semana de evolução. De mencionar ainda, contacto com sem-abrigos em contexto laboral. O exame objetivo foi inocente. O doente apresentava múltiplas lesões nodulares, as maiores parcialmente cavitadas, com parede espessa, e a presença de numerosos gânglios mediastínicos e hilares, sem critérios de adenopatias, em TC do tórax. No estudo analítico, destacava-se o aumento da PCR e VS, e anemia. Perante este quadro, o principal diagnóstico diferencial considerado foi a Tuberculose Pulmonar (TP). Foram realizadas colheitas de expetoração e broncofibroscopia com colheita de aspirado brônquico (AB) e lavado brônquico-alveolar (LBA), para pesquisa de *M. tuberculosis* por exame direto e técnicas de biologia molecular, que foram negativas. O estudo microbiológico identificou *P. aeruginosa* multirresistente, *H. influenzae* e *S. aureus* multissensíveis,

na expetoração e no AB, pelo que se iniciou antibioterapia dirigida. A citologia do AB e LBA não identificou a presença de células neoplásicas. Uma vez excluída a hipótese de tuberculose pulmonar, prosseguiu-se com a realização de biópsia de uma lesão e estudo da autoimunidade, que evidenciou anticorpos anti C-ANCA positivos, com anti-proteinase 3 positivo, sugestivo de Granulomatose com Poliangite (GPA). Esta hipótese foi corroborada pelo resultado histológico. O doente foi avaliado por otorrinolaringologista, dado as queixas de vertigem, e sujeito a TC dos seios perinasais, que evidenciou otomastoidite e pansinusite. Após exclusão de envolvimento renal e resolução da infeção, iniciou-se o tratamento dirigido.

Discussão: A GPA é uma vasculite necrotizante autoimune, rara e potencialmente fatal, cuja apresentação clínica pode variar, tornando o diagnóstico desafiante. É necessário recordar esta entidade no diagnóstico diferencial de lesões pulmonares cavitadas de forma a agilizar o diagnóstico.

Palavras-chave: Cavitações pulmonares. Granulomatose com poliangite.

PO28. EDEMA PULMONAR DE REEXPANSÃO, A IATROGENIA DIFÍCIL DE ANTEVER

S.M. Pinto, P. Trindade, A. Almendra, E. Fragoso, A. Lopes, P. Esteves, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte.

Introdução: O edema pulmonar de reexpansão é uma complicação rara da drenagem de um pneumotórax. O mecanismo fisiopatológico não é claro, podendo estar relacionado com a gravidade e duração prolongada do colapso pulmonar. A diabetes mellitus tem sido identificada como factor de risco. Tem uma instalação tipicamente aguda, variando entre alterações imagiológicas sem manifestações clínicas e quadros de dispneia com hipoxémia aguda grave. O tratamento é de suporte com oxigenioterapia e ventilação não invasiva e a doença é geralmente auto-limitada.

Caso clínico: Doente de 71 anos, diabético, sob quimioterapia por adenocarcinoma do cólon para a qual colocou cateter venoso central subclávio. Nas 24h subseqüentes, desenvolveu quadro de dispneia de agravamento progressivo em relação com extenso pneumotórax direito, diagnosticado 4 dias depois (altura em que recorreu ao hospital), com colapso pulmonar total e desvio contralateral do mediastino. Abordado no Serviço de Urgência (SU), tendo sido colocada drenagem pleural, sem complicações imediatas. Após o procedimento, ocorreu deterioração rápida da oxigenação, com necessidade de máscara de alto débito. Radiografia de tórax com pulmão direito praticamente expandido e hipotransparência difusa unilateral compatível com edema pulmonar. Iniciou prontamente diurético e ventilação não invasiva no SU, no entanto, atendendo à hipoxémia grave ($PaO_2/FiO_2 < 100$), foi admitido na Medicina Intensiva. Transferido para a Unidade de Cuidados Intermédios da Pneumologia às 48h, por melhora, embora sem resolução da insuficiência respiratória. Repetiu avaliação imagiológica que mostrou lâmina residual de pneumotórax e consolidação no lobo superior direito, lobo médio e lobo inferior direito, compatível com edema pulmonar de reexpansão, não sendo possível excluir sobre-infeção, pelo que cumpriu 7 dias de piperacilina-tazobactam, com melhora. Retirada drenagem pleural ao 9º dia.

Discussão: Ainda que se trate de uma complicação rara, o edema pulmonar de reexpansão após a drenagem de um pneumotórax pode condicionar insuficiência respiratória grave. Embora haja factores de risco descritos, não é possível prever a sua ocorrência, não havendo garantia de que uma expansão mais lenta o evite. Como tal, é fundamental o clínico estar alerta para esta complicação e proceder a uma abordagem rápida.

Palavras-chave: Edema pulmonar reexpansão. Pneumotórax.

P029. QUANDO O TRATAMENTO SE TORNA NO PRINCIPAL INIMIGO

A.R. Fernandes, N. Silveira, P. Lavado

Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Introdução: A toxicidade pulmonar a fármacos depende da substância em causa e do seu tempo de exposição. Conhecer o leque de reações adversas e sua reversibilidade pode ser determinante no prognóstico dos doentes.

Caso clínico: Mulher, 63 anos, fumadora (40 UMA). AP de síndrome de Sjögren, polimialgia reumática e tiroidite de Hashimoto, sem terapêutica habitual. Diagnóstico de carcinoma da mama (G3 RE80% PR-30% HER2-neg Ki67-30%, cT3cN+cM0) iniciou quimioterapia (QT) neoadjuvante com doxorubicina-ciclofosfamida de 10/10 dias (fez 3 ciclos) e paclitaxel semanal. Enviada ao SU por mau estar, astenia e febre com 24h. Ao EO: T-38.4, FR 25cpm SpO2 85% (FiO2 21%). Rx torác: padrão reticular bilateral. Analiticamente PCR 60 sem leucocitose, microbiologia negativa. Internada por traqueobronquite sob ceftriaxona (3 dias) progredindo para Pipe+ Tazo por ausência de resposta. Após 9 dias mantinha febre e agravou a dispneia, GSA (MAD): pO2 58.1, SatO2 92%. PCR 125, Procalcitonina 0,099. Admitida na UCI por pneumonia atípica e/ou doença intersticial secundária a QT (ciclofosfamida?) e iniciou HFNC com boa resposta. TC-Torác: extensa densificação em vidro despolido com broncograma aéreo (...) padrão de densificação difusa com expressão consolidativa nos lobos inferiores (...) sugerindo pneumonite a fármacos ou processo inflamatório/infeccioso. Em reunião multidisciplinar (10º dia), cobertura antimicrobiana e a fungos passou a meropenem, linezolid e fluconazol. Iniciou pulsos de metilprednisolona 1 g/dia (3 dias) com posterior manutenção a 1 mg/kg/dia. Debatida ventilação mecânica invasiva (VMI) em caso de agravamento e embora não consensual foi decidido mantê-la como opção. Dada insuficiência respiratória grave (após 1 semana) avançou-se para VMI, sendo extubada em 48h. Melhoria progressiva com apoio a Reabilitação Respiratória. Reavaliação imagiológica revelou evolução muito favorável do padrão previamente descrito, tendo alta 3 semanas depois. Hoje mastectomizada, seguida em consulta de Interstício, dispneia de esforço (mMRC 2) sem necessidade de O2 suplementar.

Discussão: Os efeitos adversos pulmonares da ciclofosfamida são raros (< 1%). Na pneumonite intersticial aguda (instalação <6 meses) o prognóstico é favorável podendo resolver-se com descontinuação e corticoterapia, ao contrário da toxicidade tardia que é irreversível.

Palavras-chave: *Pneumonite intersticial. Quimioterapia. Ciclofosfamida.*

P030. EXACERBAÇÃO AGUDA DE PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE FIBROSANTE: A NECESSIDADE DE PREVENÇÃO FAMILIAR PRIMÁRIA

G.M. Portugal, V. Maione, P. Trindade, F.P. Santos, F. Froes

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A exacerbação aguda de patologia intersticial pulmonar (AE-ILD) define-se pela deterioração respiratória aguda, caracterizada pela evidência de alterações alveolares difusas de novo em doentes com ILD. A sua elevada incidência e mortalidade torna imperativa a prevenção de fatores desencadeantes conhecidos.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 59 anos com diagnóstico de pneumonite de hipersensibilidade fibrosante desde 2019, sob imunossupressão crónica com prednisolona e micofenolato de mofetil. Desde 2022 com critérios de fibrose pulmonar progressiva, pelo que iniciou nintedanib e foi referenciado à equipa de transplante pulmonar. Funcionalmente, apresentava restrição pulmonar grave que condicionava insuficiência respiratória parcial com necessidade de oxigenoterapia de longa duração (OLD) e inclusão em programa de reabilitação respiratória. Em 2022, verificou-se internamento por AE-ILD secundária a infeção viral a SARS-CoV2

transmitida por familiar que não se encontrava vacinado. Cumpru terapêutica com remdesivir e corticoterapia em alta dose. Teve alta com aumento do débito de oxigénio no esforço e em repouso e foi incluído em lista de transplante pulmonar. Novo internamento em 2023 por outro episódio de AE-ILD secundário a infeção viral a influenza A transmitida, novamente, por familiar não vacinado. O quadro clínico complicou-se com sobreinfeção bacteriana e o doente foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos por insuficiência respiratória global grave. Cumpru oseltamivir, antibioterapia de largo espectro e corticoterapia em alta dose. Verificou-se refratariedade das atitudes terapêuticas, observando-se agravamento da oxigenação e da hipercapnia sob ventilação não invasiva. Em discussão com a equipa de transplantação, decidiu-se não ser candidato a ventilação mecânica invasiva dada a ausência de perspetiva de transplante pulmonar a curto prazo. O doente veio a falecer na sequência deste quadro clínico.

Discussão: As principais atitudes preventivas para a AE-ILD incluem a terapêutica antifibrótica, a vacinação contra agentes infecciosos respiratórios (influenza, SARS-CoV2 e pneumococcus) e a evicção de procedimentos torácicos invasivos. Este caso alerta-nos para a importância de inclusão do núcleo familiar destes doentes na prevenção primária de infeções respiratórias.

Palavras-chave: *AE-ILD. Pneumonite de hipersensibilidade. Prevenção primária. Infeção viral.*

P031. UMA MASSA MEDIASTÍNICA NEM SEMPRE É PNEUMOLÓGICA..

P. Trindade, J. Simões, R. Silva, I. Macedo, D. Organista, M. Guia, J. Cardoso, R. Macedo, A.C. Mendes, M. Pereira, P. Pinto, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A neoplasia hepática é responsável por 4.7% dos novos casos de neoplasias, sendo o subtipo histológico mais frequente o carcinoma hepatocelular (75%). 10% dos doentes apresenta metastização à distância ao diagnóstico, sobretudo pulmonar, intra-abdominal ou óssea. A sobrevida dos carcinomas hepatocelulares localmente avançados ronda os 6-20 meses.

Caso clínico: Homem, 70 anos, autónomo, natural da Bélgica, residente em Portugal desde 2018, soldador, diagnosticado com asma na infância, hipertensão arterial, artrite gotosa com deformação articular e diagnóstico recente de hepatite C (RNA > 187.000 cópias) não tratada. Ex-fumador 26 UMA, ex-toxicodependente (drogas injetáveis), até há 5 anos com hábitos alcoólicos pesados. Consumo ocasional de canabinóides. Internado eletivamente para realização de BFO e EBUS radial por lesão mediastínica com 81x59 mm evidenciada em TC torácica pedida no seguimento de uma obstrução moderadamente grave em provas de espirometria. Durante o internamento realizado estadiamento com TC TAP e, atendendo a infeção VHC ativa e hábitos toxicofílicos, pedido protocolo imagiológico de CHC. Detetada lesão hepática hipervascular, com washout e cápsula, nos segmentos VI e VII em relação com CHC com cerca de 11 x 9 mm. Apresentava adenomegalias supraclaviculares, mediastínicas, hilares pulmonares e hepáticas, retrocrurais, celiacas e lombos-aórticas, bem como secundarização supra-renal direita e óssea, além da lesão mediastínica previamente conhecida. Realizou ainda PET com confirmação dos achados em TC. Alfabetoproteína normal. Discutido em RMD de tumores hepáticos, assumindo-se carcinoma hepatocelular plurimetastizado e proposto para terapêutica sistémica após confirmação histológica. As biópsias brônquicas e ganglionares foram negativas para neoplasia, foi realizada biópsia hepática com carcinoma hepatocelular e iniciou lenvatinib.

Discussão: A investigação de massas mediastínicas pode apresentar um alargado conjunto de hipóteses diagnósticas, variando consoante a idade e a sua localização. Não devem ser esquecidas as metástases a distância de neoplasias primárias com localização mais facilmente

abordável para biópsia de maneira a não atrasar um diagnóstico precoce que pode ser fulcral para o sucesso do tratamento.

Palavras-chave: *Mediastino. Carcinoma hepatocelular.*

P032. *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* RESISTENTE AOS CARBAPENEMOS: OS DESAFIOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE

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

Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Introdução: A taxa crescente de infeções por *Klebsiella pneumoniae* resistente aos carbapenemos (KPC) constitui um problema de saúde pública devido aos padrões de resistência, virulência e menor opção de antibioterapia (ATB). Apresenta-se a abordagem de dois casos de infeções respiratórias por KPC.

Casos clínicos: Caso 1. Homem, 68 anos, internado por prostração, febre e insuficiência respiratória. Na TC do tórax verificou-se derrame pleural direito loculado com bolhas de gás e com área de consolidação associada. Realizada toracocentese diagnóstica com saída de líquido pleural (LP) purulento (pH 6,82). Colocado dreno torácico e iniciou ceftriaxone + clindamicina. Foi isolada uma KPC, sensível a amicacina e ceftazidima-avibactam, no LP. Após switch para ceftazidima-avibactam, iniciou melhoria clínica. Ao 12º dia de tratamento iniciou crises convulsivas assumidas como neurotoxicidade a ceftazidima-avibactam. Após discussão multidisciplinar e não aprovação de meropenem-varbactam, iniciou amicacina + colistina + clindamicina. Contudo, verificada recidiva da febre e do empiema pelo que foi discutido com Cirurgia Torácica que procedeu a lavagem cirúrgica e descorticação pleural. Após controlo de foco e tratamento prolongado com ATB obteve-se melhoria sustentada pelo que suspendeu tratamento sem recidiva. Caso 2. Homem, 70 anos, submetido a gastrectomia por adenocarcinoma gástrico, complicada com deiscência da anastomose e peritonite, e a QT peri-operatória. Admitido por febre e prostração. Na TC identificada consolidação e cavitação no LSD e, face à ATB prévia, iniciou meropenem. Dado o agravamento clínico-radiológico e ausência de isolamentos, realizou broncofibroscopia. Nesta sem alterações endoscópicas, mas com isolamento de *P. mirabilis* e KPC sensível a gentamicina e ceftazidima-avibactam no lavado brônquico, pelo que escalou para ceftazidima-avibactam + clindamicina. Após ATB teve evolução favorável do quadro.

Discussão: A disseminação de estirpes KPCs, como agente nosocomial e nos últimos anos também de infeções da comunidade, tornou-se uma ameaça à saúde pública e uma causa de morbimortalidade hospitalar. Estes dois casos demonstram o desafio que o seu tratamento impõe aos profissionais de saúde, pela abordagem multidisciplinar, uso de novos fármacos, dúvida de tempos de tratamento e consequências de internamentos prolongados.

Palavras-chave: *Klebsiella pneumoniae resistente aos carbapenemos (KPC). Empiema. Pneumonia. Multirresistência.*

P033. HEMOPTISE: UM CASO RARO?

J.M. Simões, R. Silva, F. Godinho, D. Organista, M. Guia, R. Macedo, A.C. Mendes, P. Pinto, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte.

Introdução: A hemoptise tem maioritariamente origem nas artérias brônquicas, resultando da ulceração da parede do vaso por destruição do parênquima pulmonar. As bronquiectasias, infeções respiratórias e neoplasia do pulmão representam as causas mais frequentes. Pelo potencial risco de vida associado torna-se imperativo manter uma vigilância clínica apertada.

Caso clínico: Mulher de 85 anos, com história de fibrilhação auricular paroxística medicada com rivaroxabano e bisoprolol, portadora

de pacemaker. Não fumadora. Sem vacinação pneumocócica. Recorre ao SU por tosse, expectoração hemoptóica, hemoptises ligeiras e cansaço de agravamento progressivo com 15 dias de evolução. Exame objetivo: palidez mucocutânea, normotensa, normocárdica, apirética, eupneica com SpO₂ 96% (ar ambiente), auscultação cardiopulmonar sem alterações. Analiticamente: anemia normocítica normocrômica estável; sem elevação de parâmetros inflamatórios; estudo da coagulação e autoimunidade sem alterações. Gasometria arterial (FiO₂ 21%): sem insuficiência respiratória. Telerradiografia de tórax: hipotransparência do lobo superior esquerdo. Sem isolamentos microbiológicos. Angio-TC Tórax: áreas de densificação em vidro despolido mais expressivas no lobo superior esquerdo que poupam a periferia pulmonar. Dada evolução clínica favorável e resolução imagiológica após suspensão da anticoagulação, optou-se por uma abordagem conservadora, não tendo sido realizada broncofibroscopia. Assume-se como diagnóstico provável hemorragia alveolar (HA) secundária a rivaroxabano.

Discussão: A HA resulta da disrupção da membrana alveolo-capilar maioritariamente causada por infeções, doenças autoimunes ou fármacos. Trata-se de uma complicação rara dos anticoagulantes orais diretos (DOAC), sobretudo em doentes sem outros fatores predisponentes, como representado no caso descrito. Contudo, com o aumento da utilização dos DOAC, esta poderá representar uma complicação subestimada na literatura. Este caso clínico evidencia que uma abordagem diagnóstica e terapêutica conservadora aliada a uma vigilância clínica apertada poderá evitar intervenções médicas excessivas com elevado risco/benefício para o doente.

Palavras-chave: *Hemoptise. Hemorragia alveolar. Anticoagulante oral direto. Rivaroxabano.*

P034. CARCINÓIDE BRÔNQUICO: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM

C.M. Monteiro, D. Marques, D. Madama, B. Paiva

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: Os carcinóides brônquicos são tumores neuroendócrinos malignos, que se originam nas células de Kulchitsky. Ocorrem tipicamente em doentes jovens ou de meia-idade. O tratamento mais eficaz dos tumores localizados, consiste na ressecção pulmonar cirúrgica.

Caso clínico: Mulher de 39 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência em novembro de 2022 por febre, dispneia e dor pleurítica esquerda, sem antecedentes pessoais relevantes. Os exames efetuados permitiram o diagnóstico de pneumonia por vírus influenza do tipo A, com sobreinfeção bacteriana; e insuficiência respiratória hipoxémica. A gravidade clínica motivou internamento no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), com instituição de ventilação mecânica invasiva. Por manter consolidação na base pulmonar esquerda, apesar da terapêutica antibiótica instituída, foi efetuada videobroncofibroscopia (BF), com identificação de um “tumor de superfície lisa e forma semicircular, (...) na parede inferior do brônquio lobar superior esquerdo, junto à emergência de b4b5 esquerdo, condicionando obstrução total do mesmo”. O exame histopatológico das biópsias realizadas revelou a presença de um tumor carcinóide. A doente não apresentava sintomas típicos de síndrome carcinóide. Após 21 dias de internamento em SMI, foi transferida para o Serviço de Pneumologia, tendo apresentado melhoria clínica sob cinesiterapia respiratória e diminuição da necessidade de oxigénio suplementar. Realizou tomografia por emissão de positrões (PET) com 68-Ga-DOTANOC e PET com FDG-F18, com registo de “neoplasia neuroendócrina com elevada expressão de recetores para a somatostatina”, e “captação de 18FDG”, respetivamente. A doente foi posteriormente submetida a lobectomia superior esquerda e linfadenectomia mediastínica, por VATS uniportal. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica não demonstrou evidência de lesão neoplásica residual, pelo que a doente irá realizar nova PET e BF, para avaliar a presença de lesão neoplásica.

Discussão: Apesar de pouco frequente, a presença de tumores de crescimento endobrônquico deve ser considerada quando a evolução de um quadro infeccioso não é a esperada. Nestes casos, a abordagem diagnóstica por BF é uma ferramenta fundamental de forma a agilizar o processo de diagnóstico.

Palavras-chave: Tumor carcinóide pulmonar. Obstrução brônquica. Pneumonia. Lobectomia.

P035. DE MAL ASMÁTICO A ABCESSO PULMONAR E LOBECTOMIA, UM CASO CLÍNICO

S.M. Pinto, P. Trindade, A. Almendra, E. Fragoso, A. Lopes, P. Esteves, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte.

Introdução: O incumprimento terapêutico na asma, pode condicionar exacerbações graves com insuficiência respiratória e necessidade ventilação mecânica invasiva (VMI). Mesmo havendo recuperação do estado de mal asmático, estar sob VMI acrescenta riscos, nomeadamente de desenvolvimento de Pneumonia associada ao Ventilador (PAV). A PAV é um diagnóstico clínico em doentes sob VMI há pelo menos 48h, que desenvolvam clínica e infiltrados imagiológicos sugestivos de pneumonia. Perante a fragilidade dos doentes em Cuidados Intensivos, a não resolução da PAV e evolução para abcesso pulmonar é uma possível complicação, com consequente intervenção cirúrgica em casos em que haja falência de resposta à antibióterapia. **Caso clínico:** Doente de 24 anos, autónoma, obesa, fumadora, antecedentes de asma brônquica sem seguimento, cumprindo broncodilatação de curta acção em SOS. Quadro de insuficiência respiratória parcial grave, sem resposta à corticoterapia e ventilação não invasiva, assumindo-se estado de mal asmático e iniciada VMI. Sob VMI durante 11 dias, com melhoria e extubação sem intercorrências. Internamento complicado com PAV com isolamento em secreções brônquicas de *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina, com bacteriemia secundária. Apesar de sob antibióterapia dirigida com flucloxacilina, observou-se uma má evolução com formação de abcesso pulmonar no lobo inferior direito. Em TC do tórax, onde previamente se observava consolidação, nota-se volumosa cavitação com parede espessada e conteúdo no seu interior, associada a consolidação do parênquima adjacente. Pela não resolução do quadro, escalada antibióterapia para piperacilina/tazobactam e linezolide, discutida situação clínica com Cirurgia Torácica e decidida intervenção, tendo realizado lobectomia inferior direita. À data de alta, em ar ambiente, mantendo cansaço e dispneia com o esforço. Para além de consultas das especialidades intervenientes, foi encaminhada para reabilitação respiratória em ambulatório.

Discussão: Para além da gravidade associada a uma exacerbação aguda de asma com necessidade de VMI, é importante ter presente o risco acrescentado de complicações infecciosas associadas ao ventilador, podendo incrementar limitação funcional, especialmente importante em doentes tendencialmente muito jovens. Sendo o diagnóstico precoce e investigação adequada destas essencial.

Palavras-chave: Asma. Exacerbação. Ventilador. Pneumonia.

P036. UMA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA A NÃO ESQUECER: LINFANGIOSE CARCINOMATOSA

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

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A linfangiose carcinomatosa é uma entidade que resulta da disseminação intersticial de uma neoplasia de base, identificada imagiológicamente. O seu mecanismo não é bem conhecido.

Caso clínico: Mulher, 71 anos, não fumadora, com antecedentes de adenocarcinoma gástrico submetida a gastrectomia total com linfa-

denectomia (T3N3bM0), seguida em consulta de Cirurgia Geral, a aguardar consulta de Oncologia Médica. Foi admitida por quadro de dispneia, tosse seca e pieira em agravamento, com 15 dias de evolução. Já teria recorrido previamente ao serviço de urgência, realizado radiografia torácica sem alterações evidentes e cumprido antibióterapia, sem melhoria significativa das queixas. À observação inicial apresentava-se polipneica, hipoxémica, com diminuição do murmúrio vesicular à auscultação. Gasometricamente com insuficiência respiratória parcial. Analiticamente, sem elevação de parâmetros inflamatórios. Pesquisa de vírus respiratórios negativa. Realizou TC de tórax no qual se identificou infiltrado parenquimatoso disperso bilateral, com predomínio nos lobos inferiores, língua e lobo médio associado a espessamento intersticial com padrão reticular grosseiro, compatível com linfangiose carcinomatosa. A destacar elevação dos marcadores tumorais CA125 e CA 19.9. A doente realizou broncofibroscopia demonstrando mucosa friável, hiperemiada e com ligeira granulação, sem massas identificadas. Colheu lavado broncoalveolar e foram realizadas biopsias brônquicas no lobo médio e no lobo inferior esquerdo. O exame anatomo-patológico confirmou a presença de metastização de adenocarcinoma gástrico. Durante o internamento verificou-se agravamento da insuficiência respiratória parcial, com necessidade à data de alta de iniciar oxigenoterapia de longa duração. A doente foi encaminhada para consulta de Oncologia, tendo cumprido quimioterapia paliativa.

Discussão: Os sintomas da linfangiose carcinomatosa precedem a sua apresentação imagiológica, destacando-se pelo seu rápido agravamento. Os adenocarcinomas da mama, estômago, cólon ou pulmão têm risco aumentado para desenvolver esta entidade, quer como progressão da doença como por recidiva, com mau prognóstico associado. Este caso demonstra a importância da revisão dos antecedentes do doente para identificação diagnóstica rápida e melhoria da sobrevida.

Palavras-chave: Linfangiose carcinomatosa. Disseminação intersticial. Adenocarcinoma gástrico.

P037. CLEAR CELL SUGAR TUMOR - UM RARO TUMOR DO PULMÃO

J. Rodrigues, M. Pinto, M. Cristóvão, A. Lozada, E. Pinto, R. Gerardo, A. Miguel

Hospital de Santa Marta-CHULC.

Introdução: O Clear cell Sugar Tumor (CCST) ou tumor epitelióide perivascular (PEComa) é um tumor do pulmão extremamente raro que se caracteriza pela presença de células ricas em glicogénio, o que confere positividade para coloração PAS. São reconhecidos na literatura apenas cerca de 50 casos, pelo que os critérios diagnósticos e a melhor abordagem continuam por esclarecer.

Caso clínico: Reporta-se o caso de uma mulher de 82 anos de idade, nunca fumadora, agricultora reformada e com história médica conhecida de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca NYHA III, doença renal crónica, hiperuricemia e dislipidemia. Foi encaminhada a consulta de pneumologia por identificação de imagem nodular em telerradiografia torácica e quadro de cansaço com um ano de evolução. Não foram identificadas queixas respiratórias como dispneia, pieira, tosse crónica, toracalgia ou hemoptises/expetoração hemoptoica e o exame objetivo era normal. Negava ainda queixas de outros órgãos e sistemas. Realizou TC do tórax que confirmou a presença de uma lesão nodular de limites bem definidos com 22 x 20 mm localizada no segmento externo do lobo médio. O PET-TC documentou hipermetabolismo nessa localização com SUV(Max) de 3,5. Prosseguiu-se a marcha diagnóstica com biópsia transtorácica sob controlo tomográfico que resultou na identificação histológica de células epitelióides de citoplasma claro e estudo imunohistoquímico positivo para HMB45 e Melan A - enquadrando-se no diagnóstico de CCST. Em reunião multidisciplinar de oncologia torácica, pela

presença de comorbilidades relevantes, propôs-se vigilância imagiológica, face ao comportamento tipicamente indolente do tumor descrito na literatura. Durante 3 anos foram efetuadas reavaliações imagiológicas semestrais que em momento algum demonstraram alterações tomográficas da lesão, altura em que se perde o seguimento por óbito.

Discussão: O CCST é um tumor do pulmão raro e de comportamento frequentemente indolente/benigno. O presente caso vai de encontro com o descrito na literatura. Apesar da escassez de dados que providenciem robustez na decisão clínica, nos casos em que a sua excisão apresenta risco cirúrgico elevado, uma atitude vigilante afigura-se como sensata e sem prejuízo na qualidade ou esperança de vida.

Palavras-chave: *Pecoma. Clear cell sugar tumor. Oncologia.*

PO38. TIMOMA: UM ACHADO INCIDENTAL

J.C. Silva, I.F. Estalagem, M.F. Almeida, J. Portela, P.I. Pedro, M.S. Lopes

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: O timoma é uma condição rara, no entanto é o tumor mais frequente do mediastino anterior, correspondendo a cerca de 20% das massas mediastínicas em adultos. O timoma ocorre sobretudo entre a 4ª e 6ª décadas de vida, não estando estabelecidos fatores de risco e sendo a sua incidência semelhante em homens e mulheres. Existem dois tipos de timomas, o de tipo invasivo e o de tipo não invasivo, sendo este o mais comum, representando cerca de 2/3.

Caso clínico: Doente do género masculino, 66 anos de idade, sem hábitos tabágicos, com hipertensão pulmonar, síndrome de apneia obstrutiva do sono, referenciado à Consulta de Pneumologia por nódulos pulmonares, onde mantinha seguimento há cerca de 5 anos. Durante este período, o doente manteve-se assintomático, sem alterações nas PFR e estabilidade dos nódulos pulmonares. Em 2019 efetuou novo TC-tórax que revelou “aumento volumétrico de uma formação nodular de contornos lobulados em topografia anterior na gordura da loca tímica, com cerca de 27 mm de maior eixo, mantendo-se estável restante nodularidade”. Devido aos novos achados optou-se pela realização de PET- TC que identificou hipermetabolismo da lesão nodular mediastínica, suspeita de atipia. O doente foi referenciado à cirurgia torácica, tendo sido submetido a timectomia com ressecção em cunha do LSD por VATS, cujo resultado histológico revelou um Timoma A, pT3N0M0 - estadio IIIA, Estadio Masaoka-Koga III. Posteriormente discutiu-se o caso em Consulta Multidisciplinar de Pneumologia Oncológica, tendo sido decidido que o doente deveria manter seguimento na consulta de PO.

Discussão: Este caso clínico trata-se de um incidentaloma, que ao ser diagnosticado precocemente, permitiu uma intervenção mais célere, a qual terá impacto no prognóstico do doente. Neste caso, mesmo após a ressecção cirúrgica, existe um elevado risco de recorrência pelo que o doente se deve manter em vigilância periódica, do ponto de vista clínico e imagiológico (TC tórax semestral nos primeiros 2 anos e depois anualmente durante 10 anos).

Palavras-chave: *Incidentaloma. Massa mediastínica. Timoma.*

PO39. TERAPÊUTICA VIBRATÓRIA NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO POSTURAL - CONDICIONANTES NA ADESÃO

M.S. Marques, I. Franco, D. Machado, R. Marçôa, C. Nogueira, I. Sanches, D. Ferreira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) é um distúrbio respiratório comum. Em caso de índice de apneia-hipopneia (IAH) > 50% na posição supina, com IAH não-supino < 15/h estamos perante AOS postural (AOSP) e para o seu tratamento poderemos recorrer inicialmente à terapia por pressão positiva ou à terapia posicional.

No entanto, a eficácia de ambos os tratamentos é condicionada pela baixa adesão.

Objetivos: Analisar a população que iniciou a terapia posicional vibratória e os motivos da sua suspensão

Métodos: Análise descritiva da população seguida em consulta externa de Pneumologia-Apneia do Sono de um hospital terciário, que realizou terapias posicionais vibratórias. A seleção de doentes foi realizada desde a comercialização dos dispositivos vibratórios night shift e night balance até Abril de 2023. Realizada entrevista telefónica, semi-estruturada, para avaliar a manutenção/suspensão do tratamento e quais os principais motivos para a sua suspensão.

Resultados: Foram incluídos 77 doentes, a maioria do género masculino (71,4%), idade média de início do dispositivo vibratório de 54,3 (9,2) anos, índice de massa corporal de 27,1 [25,1;30] Kg/m² e o mallampati mais observado foi o III (37,8%). As comorbilidades mais observadas foram os fatores de risco cardiovascular (42,9%) e a patologia psiquiátrica (20,8%); 40,3% dos doentes não apresentava comorbilidades relevantes. Ao diagnóstico de AOSP observou-se uma mediana de 10 [5;15] na escala de sonolência de Epworth e 47,4% apresentava sonolência diurna excessiva. O estudo de sono realizado para diagnóstico de AOSP foi a poligrafia em 63,6% dos casos. A mediana do IAH total foi de 17,9 [11,2; 25,7], do IAH supino 34,6 [23,2; 50,5] e do não-supino 4,6 [1,5;7,5]. Apenas 19 doentes (24,7%) aderiram e mantiveram o tratamento. Os motivos referidos para suspensão foram: ausência de melhoria sintomática (36,4%), fragmentação de sono (32,5%), desvalorização da doença (20,8%), desconforto na localização do dispositivo (18,2%), desconforto osteoarticular em decúbito lateral (14,3%), entre outros.

Conclusões: A avaliação realizada demonstra que a adesão aos dispositivos vibratórios é subótima, sendo necessária uma cautelosa seleção dos doentes e um melhor entendimento daqueles que beneficiarão com o mesmo.

Palavras-chave: *Apneia obstrutiva do sono postural. Terapêutica vibratória. Adesão. Condicionantes.*

PO40. PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE A EVEROLIMUS

R. Moniz, D. Mimoso, C.C. Ribeiro, M. Alves, D.A. do Carmo, P. de Castro, S. Perdigão, M. Gomes, C. Sousa, F. Salvador

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 60 anos, parcialmente autônoma, mas com deterioração do estado geral desde dezembro/2022, por carcinoma ductal invasor da mama esquerda com metastização ossea, sob tratamento oral com exemestano e everolimus. Acompanhada em consulta externa de Cuidados Paliativos e Oncologia (onde nesta última a 19/abril foi suspenso everolimus por suspeita de pneumonite). Recorreu ao serviço de urgência a 30/abril por astenia, anorexia, cansaço fácil e acessos de tosse intensa, com expectoração escassa sero-mucosa, a condicionar dispneia franca em repouso. Realizou tomografia computadorizada (TC) torácica, que constatou múltiplas áreas de densificação pulmonar focais no pulmão direito, algumas com broncograma aéreo, espessamento cisural oblíquo à direita, compatível com cisurite, áreas de densificação “em mosaico” do lobo inferior direito e algumas áreas de alteração perfusional no pulmão esquerdo. Admitida a internamento por suspeita de pneumonia direita multilobar em doente imunodeprimida, tendo iniciado piperacilina-tazobactam e hidrocortisona 300 mg id. Por agravamento clínico, repetiu TC torácica, que revelou condensação em vidro despolido no lobo superior esquerdo de novo. Após discussão do caso com os Cuidados Paliativos, admitiu-se pneumonia bilateral, pelo que foi alargada cobertura antibiótica e aumentada corticoterapia para metilprednisolona 2 mg/Kg/dia. Iniciou ventilação não invasiva (VNI) por períodos, mas manteve agravamento clínico sustentado, refractário à terapêutica, com necessidade de VNI contínua. Face à ausência de melhoria clínica, repetiu TC, que

revelou atingimento de todo o pulmão esquerdo, e parte do pulmão direito por infiltrados em vidro despolido, e devido à evolução, com estudo microbiológico negativos e padrão imagiológico, foi admitida uma pneumonite de hipersensibilidade a everolimus, ponderando-se a possibilidade de realizar broncofibroscopia (BFO) se tolerada. Apesar de todas as medidas instituídas, manteve evolução desfavorável, com agravamento imagiológico, desenvolvimento de disfunção multiorgânica e febre sustentada, vindo a falecer ao sétimo dia de internamento.

Discussão: Com este caso clínico os autores pretendem alertar para uma complicação clínica rara do tratamento com everolimus, mas com elevada mortalidade, que é a pneumonite induzida pelo fármaco.

Palavras-chave: *Pneumonite. Hipersensibilidade. Everolimus.*

P041. DOR INGUINAL, UM DIAGNÓSTICO PNEUMOLÓGICO?

C.M. Jardim, A.R. Barreira, A.R. Magalhães, N. Murinello, M. Emiliano, A. Mineiro, A. Miguel

CHULC-Hospital de Santa Marta, Serviço de Pneumologia.

Introdução: O Carcinoma Sarcomatóide do Pulmão é um subtipo raro e agressivo de neoplasia do pulmão. Representa menos de 1% das neoplasias do pulmão e o seu principal factor de risco é o tabaco. Tem frequentemente metastatização cerebral, óssea, pancreática, hepática e supra-renal.

Caso clínico: Relata-se o caso de um doente de 59 anos, ex-fumador de 45 UMA, que estava em estudo por uma lesão nodular cavitada do lobo médio. Em março de 2023 recorre ao Serviço de Urgência por um quadro de dor súbita na região inguinal direita, com irradiação ao flanco e região dorsolombar homolaterais, associada a vômitos. Encontrava-se assintomático do ponto de vista respiratório, negando queixas de tosse, hemoptises, dispneia ou cansaço. Fez Tomografia Computadorizada (TC) abdominal, que revelou suspeita de metastatização suprarrenal bilateral, lesão à direita, com 55 mm e à esquerda, com 32 mm, de maior eixo. Neste contexto, é internado para agilizar o diagnóstico e estadiamento. Ao 12º dia de internamento, desenvolveu um quadro súbito de dor no flanco esquerdo, com defesa à palpação e Murphy renal positivo, mas sem instabilidade hemodinâmica ou queda do valor de hemoglobina. Fez nova TC onde se identificou uma extensa área de hemorragia envolvendo a massa suprarrenal esquerda. Por não se verificarem áreas de extravasamento de contraste ativo, considerou-se não existir indicação para cirurgia ou embolização da massa, mantendo-se o doente em vigilância, sem recorrência do quadro. A biópsia trans-torácica da massa pulmonar deu o diagnóstico de Carcinoma Sarcomatóide do Pulmão, em estágio IV, com metastatização suprarrenal.

Discussão: Neste caso, destaca-se uma apresentação atípica e agressiva de um Carcinoma Sarcomatóide do Pulmão, num doente assintomático do ponto de vista respiratório, cuja principal queixa era dor na região inguinal direita. Salienta-se ainda a evolução deste quadro clínico para abdómen agudo secundário a hemorragia da massa metastática da suprarrenal, uma complicação rara mas potencialmente fatal. Este caso clínico, com uma apresentação rara e em estágio avançado, ilustra a agressividade deste tipo de tumores.

Palavras-chave: *Carcinoma sarcomatóide do pulmão. Dor inguinal. Abdómen agudo. Metastatização suprarrenal.*

P042. VINOELBINE-INDUCED PULMONARY FIBROSIS

T. Belo, J. Correia, A. Figueiredo, F. Barata

CHTV.

Introduction: Vinorelbine (a semisynthetic vinka alkaloid chemotherapeutic agent) is used in the treatment of locally advanced or metastatic non-small cell lung cancer. Adverse drug effects of anti-

neoplastic agents are very frequent. Nevertheless, we often use this drugs in combination regimens, making it challenging to determine which drugs are directly responsible.

Case report: We present a case of 75 years old male, with a past medical history of chronic kidney disease, ferropenic anemia, hypertension, atrial fibrillation and ischemic transient stroke (2008). He was also a former smoker (43 pack-year). He was admitted in hospitalization in June of 2021, due to worsening kidney disease. During this hospitalization, he underwent several diagnostic exams - including a chest x-ray, and subsequently a CT-SCAN. A pulmonary mass (46 × 44 × 37 mm wide) was found in the right inferior lobe and a transthoracic biopsy revealed an adenocarcinoma with KRAS mutation and PDL 1 positive in 5% of the cells. Tumor staging lead to a classification of IIIB. After complete evaluation and multidisciplinary decision, he was started on metronomic vinorelbine (October of 2021). In the course of the treatment (3 months), the patient began to experience new onset symptoms such as dyspnea (to mild effort), dry cough, fatigue, anorexia and weight loss (5 kg). He underwent a new CT-CAN that showed wide extension reticulation areas throughout both lungs (peripheral predominance) with a ground-glass pattern. Furthermore, the tumor was mostly indistinguishable - corresponding, at this point, to a 14 mm wide spiked densification area - a partial response to the chemotherapeutic agent. Vinorelbine treatment was suspended (February of 2022), and the patient was started on long-term oxygen and corticosteroid therapy - resulting in a gradual improvement of his overall performance. Imagiologic reevaluation is still pending.

Conclusions: Metronomic vinorelbine has been reported to increase long-term survival in selected individuals. Although this patient had a partial response to the treatment, he suffered from a rare but severe life-threatening side effect. Therefore it is essential to remain cautious with new onset symptomatology during follow-up.

Keywords: *Vinorelbine. Lung cancer. Adenocarcinoma.*

P043. GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE - QUANDO O PULMÃO É A RESPOSTA

M.G. Maciel, S. Raimundo, C. Hilário, A. Vale

Centro Hospitalar De Trás-Os-Montes E Alto Douro.

Introdução: A granulomatose com poliangite (GPA) é uma vasculite necrotizante rara que afeta vasos de pequeno e médio calibre. Corresponde a uma doença multissistémica que atinge principalmente as vias aéreas e rim. A apresentação clínica muitas vezes inespecífica dificulta o diagnóstico, que é maioritariamente realizado com recurso a biópsia de tecido, mais frequentemente tecido renal.

Caso clínico: Sexo feminino, 65 anos, não fumadora, com antecedentes de COVID-19 em junho de 2022 e seguimento em consulta de Pneumologia para estudo de alterações imagiológicas em TC torácica, detetadas após infeção por SARS-CoV-2 (áreas de consolidações nodulares dispersas em ambos os campos pulmonares). Avaliada em serviço de urgência (SU) por quadro de anorexia, perda ponderal, tosse não produtiva, dispneia para esforços e cefaleias com 1 mês de evolução, associado a febre nas 2 semanas anteriores. Múltiplas recorrências prévias ao SU, tendo cumprido 2 ciclos de antibioterapia, sem melhoria. Analiticamente com aumento de parâmetros inflamatórios, sem insuficiência respiratória objetivada, radiografia torácica a revelar hipotransparências pulmonares bilaterais, a traduzir consolidações nodulares em TC torácica, com ligeiro agravamento relativamente a estudo prévio. Procedeu-se ao internamento no Serviço de Pneumologia para estudo, destacando-se a deteção de eritrócitos dismórficos na urina, proteinúria de 676 mg em urina de 24 horas, velocidade de sedimentação aumentada e positividade para anticorpo anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) PR3. Efetuada broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar sem alterações de relevo ou isolamentos microbiológicos. Realizada biópsia pulmonar transtorácica

com evidência de tecido fibrótico acompanhado de infiltrado inflamatório polimorfo, com arranjo granulomatoso, aspetos compatíveis com diagnóstico de GPA. Mantidos picos febris durante internamento, mesmo sob antibioterapia e antipiréticos, que cessaram após o início de corticoterapia, introduzida após estabelecido o diagnóstico de GPA. Observada melhoria clínica, analítica e imagiológica no mês seguinte ao início de tratamento.

Discussão: Este caso retrata não só o desafio diagnóstico de GPA, atendendo à sua apresentação clínica inespecífica, mas também o importante contributo que a biópsia pulmonar pode adquirir no diagnóstico da mesma.

Palavras-chave: Vasculite. Granulomatose com poliangite. Anticorpo anti-citoplasma neutrófilo.

P044. SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ: UMA CAUSA RARA DE PNEUMOTÓRAX RECIDIVANTE

V. Maione, M. Bragança, I. Macedo, M.J. Santos, A. Dias, C. Bárbara

Centro Hospitalar universitário de Lisboa Norte.

Introdução: O síndrome de Birt-Hogg-Dubé (BHD) é uma doença genética rara de transmissão autossómica dominante causada pela mutação do gene FLCN, responsável pela codificação da foliculina. As possíveis manifestações clínicas incluem múltiplos quistos pulmonares, pneumotóraxes espontâneos recorrentes, fibrofolículos cutâneos e neoplasias renais.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 50 anos, não fumador, com história de pneumotórax espontâneo aos 18 anos e asma brônquica. Encaminhado para a consulta de Pneumologia para reavaliação pós-internamento avaliação por TC de tórax, que evidenciou presença de múltiplos quistos pulmonares bilaterais a nível dos lobos inferiores e paramediastínicos. Dos outros exames complementares de diagnóstico destaca-se doseamento da alfa1-antitripsina, que revelou níveis normais da enzima e estudo funcional respiratório, que evidenciou obstrução brônquica moderada, com aumento da resistência total das vias aéreas e prova de broncodilatação negativa. Após entrevista clínica, apurados antecedentes familiares de pneumotórax espontâneo (irmã e sobrinha), motivo pelo que, aliado aos achados imagiológicos, foi colocada hipótese diagnóstica de síndrome de BHD. A análise genética revelou mutação do gene FLCN, confirmando o diagnóstico. O doente foi encaminhado para consulta de Genética Médica para rastreio dos familiares e seguimento e vigilância de outras manifestações da doença.

Discussão: Por se tratar de uma doença rara e com uma clínica inespecífica, o diagnóstico do síndrome de BHD é frequentemente tardio. Este caso destaca a importância da investigação da história pessoal e familiar do doente para pesquisa de elementos que suportem e permitam um diagnóstico precoce desta doença, fundamental para instituição de um plano de follow-up para deteção precoce de complicações neoplásicas e da progressão da doença.

Palavras-chave: Birt-Hogg-Dubé. Pneumotórax.

P045. COLANGIOCARCINOMA “RESPIRATÓRIO”

D. Baptista, I. Pedro, J. Cardoso, F. Freitas, P. Monteiro, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: O Colangiocarcinoma é um tumor maligno de origem no epitélio do ducto biliar. Os locais de metástases à distância destes tumores são, preferencialmente, os nódulos linfáticos e parênquima hepático. Os casos de metastização deste tipo tumoral para o pulmão são raros.

Caso clínico: Mulher de 55 anos, fumadora, recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia, febre, tosse produtiva e astenia. Negou toracalgia, náuseas, vômitos, alteração do trânsito gastrointestinal, alteração das características das fezes, dor abdominal ou perda ponderal. Ao exame objectivo apresentava-se emagrecida, com dessaturação periférica de oxigénio, com SpO₂ de 90% em ar ambiente. À auscultação pulmonar salientava-se uma diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito, sem ruídos adventícios. A avaliação analítica destacava-se elevação dos parâmetros de fase aguda e ligeiro padrão de citocolestase hepática. A radiografia de tórax apresentava um esboço nodular de características irregulares no terço superior do hemitórax direito, que motivou a realização de tomografia computadorizada de tórax. Nesta, visualizava-se nódulo periférico do LSD com cerca de 20 mm e massa hilar direita com 42 mm com provável componente endobrônquico associado, que motivou realização de videobroncoscopia e broncoscopia rígida, à posteriori para biópsia e debulking da lesão endotranqueal, com controlo hemostático através de laser. Após resultado anatomopatológico, confirmou-se a presença de um adenocarcinoma com imunofenotipagem a sugerir provável origem no eixo bílio-pancreático. Após resultado, a doente foi encaminhada para consulta de Oncologia, onde em reunião multidisciplinar se admitiu o diagnóstico de colangiocarcinoma. A doente recorreu após 3 meses por hemoptises onde se evidenciou progressão da doença, já em fim de vida, acabando por falecer poucos dias após, já no internamento.

Discussão: O colangiocarcinoma é uma neoplasia rapidamente progressiva, frequentemente identificada em fase avançada da doença e com sintomas inespecíficos, nomeadamente provocados por secundarização, seja por disseminação hematogénica ou linfática. Em suma, a Pneumologia de intervenção tem um importante papel no diagnóstico e, neste caso, no tratamento paliativo, melhorando a qualidade de vida nos doentes em fim de vida.

Palavras-chave: Colangiocarcinoma. Pneumologia de intervenção. Diagnóstico. Palição.

P046. INFEÇÃO POR BCG OU TUBERCULOSE?

L. Balanco, D. Alves, R. Aleixo, I. Ramos, P. Cravo Roxo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A imunoterapia intravesical com Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) é o tratamento de primeira linha dos tumores vesicais não músculo invasivos. A infeção por BCG é uma complicação rara desta terapêutica. Há alguns casos descritos na literatura de espondilodiscite por BCG. A espondilodiscite tuberculosa é o principal diagnóstico diferencial. Relatamos o caso de um doente submetido a terapia com BCG e com espondilodiscite por *M. tuberculosis*.

Caso clínico: Homem de 82 anos, ex-fumador, com antecedentes de hipertensão, diabetes mellitus tipo 2 e neoplasia vesical, tendo realizado terapêutica com BCG com remissão completa. Em TC de vigilância, foram detetadas irregularidades do disco intervertebral L1-L2, tendo sido encaminhado para consulta de doenças infecciosas. Na consulta, o doente encontrava-se acamado e com dorsolombalgia, tendo sido internado. Ao exame objetivo, tinha caquexia, sem outras alterações. Analiticamente, IGRA positivo, sem aumento de parâmetros inflamatórios. As hemoculturas foram negativas. A pesquisa de ácidos nucleicos de *M. tuberculosis* e o exame cultura de micobactérias tanto na urina como no sangue periférico foram negativos. A TC dorsolombar de urgência detetou processo destrutivo ósseo em L1-L2 e abscessos nos músculos psoas, traduzindo espondilodiscite. Foi realizada drenagem do abscesso e iniciada antibioterapia empírica com meropenem e vancomicina. O exame direto do aspirado foi positivo para BAAR, suspeitando-se o infeção por BCG. Iniciou antibacilares. A PCR e a cultura do aspirado identificaram *M. tuberculosis*. Ao 49º dia de terapêutica, o doente teve alta para unidade de cuidados continuados, clinicamente estável. Após 3 meses, foi internado eletivamente para nova drenagem de abscesso. Foi

ainda avaliado por neurocirurgia, excluindo-se necessidade cirúrgica. Cumpriu terapêutica antibacteriana durante 12 meses, com melhora. Atualmente, encontra-se em seguimento em consulta de dor crônica, sem sequelas neurológicas.

Discussão: A espondilodiscite por BCG após instilação intravesical é uma complicação rara, pelo que é fulcral o diagnóstico diferencial, nomeadamente com infeção tuberculosa. O rápido início de terapêutica antibacteriana é fundamental para uma evolução favorável.

Palavras-chave: BCG. Tuberculose.

P047. PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

S.M. Castro, C.C. Costa, D. Gomes, A.R. Pereira, A. Andrade, G. Teixeira, L. Andrade

Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introdução: A PAP é uma doença rara, cuja etiologia permanece desconhecida. Caracteriza-se pela acumulação anormal de proteínas do surfactante nos espaços alveolares, devido ao dano efetuado aos macrófagos pela sílica. É uma doença rapidamente progressiva e frequentemente fatal logo após o início da sintomatologia, sendo esta altamente inespecífica, mostrando a importância da colheita de uma HC completa, nomeadamente com exposição ocupacional. O diagnóstico é feito através da deteção de partículas de sílica PAS positivo no LBA, no entanto as imagens da TC-AR são sugestivas e devem levantar esse diagnóstico.

Caso clínico: J.M.L.C., 44 anos, não fumador, seguido em consulta de infecto e imunoalergo, para estudo de uma imunodeficiência 1ª, após historial de abscesso cerebral por nocardia asteroides, nocardiose pulmonar, aspergilose angio-invasiva e pneumonia c/ derrame parapneumónico. Dá entrada no SU do CHBV no final de 2019 com IR hipoxémica severa, com consolidações difusas bilaterais na TC torácica. Na HC averigua-se que foi pedreiro durante 10 anos e previamente pintor durante 5 anos. O restante estudo desenvolvido no internamento apurou a presença de PAP (com Ac antiGM-CSF positivo), com isolamento de *K. pneumoniae*. Necessitou de HFNC, LPT (colaboração c/ Hosp São João) e antibióterapia. Por suspeita de doença granulomatosa crónica solicitou-se teste de burst oxidativo fagocitário, teste de quimiotaxia dos neutrófilos, estudo imunológico completo c/ subclasses de IgG e do complemento e sequência dos genes CYBB, NCF2, NCF4 e CYBA. Todos os resultados foram normais, não se confirmando a suspeita. Boa evolução sintomática tendo alta com profilaxia com cotrimoxazol. Atualmente em seguimento em consulta de Pneumologia para vigilância clínica e imagiológica.

Discussão: A PAP é uma doença pulmonar complexa que representa um desafio diagnóstico e terapêutico significativo para os profissionais de saúde. Pode ter um impacto profundo na vida das pessoas afetadas e das suas famílias, salientando a necessidade de uma maior sensibilização e de melhores estratégias de gestão. Salientamos a importância da colaboração contínua de uma equipa multidisciplinar na abordagem destes casos desafiantes, aguardando com expectativa os resultados de investigação futura.

Palavras-chave: PAP. Doença granulomatosa crónica. TC-AR.

P048. OLHAR BEM, PARA VER MELHOR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A.P. Craveiro, P. Figueiredo, F. Froes, F.P. Santos, L. Rodrigues, C. Rodrigues

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Introdução: A iatrogenia associada a determinados procedimentos médicos continua a ser uma realidade não desprezível e, frequentemente, a exigir diagnóstico e intervenções atempadas.

Caso clínico: Mulher, 42 anos, parcialmente dependente nas AVDs, não fumadora, com história de cirurgia (6 anos antes) a Paraganglioma vagal esquerdo e Bócio Multinodular (no contexto de Síndrome de Marine-Lenhart), complicada com disfunção glótica (disfagia a implicar alimentação por PEG durante anos) e Pneumonia a *Acinetobacter*. Por destruição pulmonar sequestrar, realizada Pneumectomia à esquerda, com drenagem torácica homolateral durante anos por infeção crónica de loca (identificados múltiplos agentes e vários ciclos de antibióterapia). Mantendo-se em consulta de cirurgia torácica, decidida correção com Toracostomia de Elloesse. Admitida eletivamente em bloco operatório, procedeu-se a tentativa de colocação de cateter venoso central (CVC) - inicialmente na veia jugular esquerda (sem sucesso) e, de seguida, em veia subclávia direita. Procedimento cirúrgico sem aparentes complicações, com vigilância pós-op em UCI. Mantendo-se hemodinâmica e eletricamente estável, cumpriu reabilitação respiratória desde admissão e realizou pensos diários da ferida cirúrgica. Decorridos 3 dias, iniciou flutter e, simultaneamente, clínica de cansaço e dispneia de esforço. Reavaliada clínica, analítica e imagiológicamente, veio a constatar-se presença de Pneumotórax à direita (em doente com pulmão único), já existente desde o 1º dia pós-operatório mas que, pela ausência de tradução clínica e reduzidas dimensões, não foi previamente detetado. Assumida iatrogenia a tentativa de colocação de CVC e, na sequência, colocado Easydrain 10 Fr à direita guiado por ecografia torácica, com rápida melhoria clínica. Após confirmação de expansão pulmonar, drenagem torácica removida sem intercorrências.

Discussão: Apresenta-se o caso clínico pela clínica fruste associada a um diagnóstico potencialmente grave (sobretudo face à vulnerabilidade da doente) e para destacar a necessidade de uma abordagem minuciosa dos vários exames complementares de diagnóstico (pese embora escassa suspeita clínica). Neste caso, o foco no resultado pós-operatório de loca pós-pneumectomia escamoteou a deteção concomitante de um pneumotórax.

Palavras-chave: Status pós-pneumectomia. Infeção de loca. Pneumotórax. Iatrogenia.

P049. TOXICIDADES VÁRIAS A PEMBROLIZUMAB - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Cortesão, L. Balanco, P.S. Santos, D. Madama, A. Pego, A. Figueiredo

CHUC.

Introdução: Pembrolizumab é um anticorpo monoclonal que bloqueia os receptores linfocíticos de PD-1, podendo causar efeitos adversos imunomediados, de gravidade variável.

Caso clínico: Homem de 67 anos, diagnosticado com adenocarcinoma mucinoso do pulmão em 2019, em estadio operável, pelo que realizou lobectomia média e linfadenectomia, seguidas de quimioterapia adjuvante com cisplatina e vinorelbina por invasão das margens cirúrgicas. Em 2021 surgiu um nódulo pulmonar suspeito na língua em TC torácica, com captação de FDG-18 em PET-CT, onde foram observadas múltiplas metástases pulmonares bilateralmente. A lesão lingual foi biopsiada, confirmando recidiva de adenocarcinoma mucinoso do pulmão, estadio IVA, com expressão de PD-L1 de 50% e estudo mutacional negativo. Iniciou pembrolizumab em novembro de 2021, com estabilidade em TC de seguimento. Em maio de 2022, surgiram lesões de queilite erosiva da mucosa labial, atribuídas à imunoterapia. O tratamento foi suspenso por 2 ciclos, com melhoria do quadro, reiniciando imunoterapia em julho de 2022. Em setembro deste ano observou-se, em TC torácica, aumento dimensional de nódulos preexistentes, de difícil avaliação pela proximidade de áreas extensas de vidro despolido de novo, colocando-se a hipótese de progressão. Em novembro de 2022 surgem lesões eritematosas nos membros superiores e inferiores, de toxidermia liquenóide atribuída à imunoterapia. Foi suspenso pembrolizumab, do qual havia cumprido 17 ciclos, e

iniciada corticoterapia com 10 mg diários de lepicortinolo. Em TC torácica de janeiro de 2023 mantinha extensas áreas de vidro despolido, que em reunião multidisciplinar foram consideradas de pneumonite induzida pela imunoterapia, pelo que não reiniciou pembrolizumab e manteve corticoterapia. As lesões cutâneas desapareceram e observa-se melhoria na telerradiografia do tórax. Encontra-se sem terapêutica dirigida, aguardando nova TC para decisão de início de quimioterapia.

Discussão: Os efeitos adversos da imunoterapia são de gravidade variável. Toxicidades cutâneas representam mais de metade dos casos de toxicidade a imunoterápicos, mas raramente são graves, não impedindo a continuação da terapêutica. Contrariamente, a pneumonite induzida pela imunoterapia é uma reação relativamente rara que pode ser grave e potencialmente life-threatening.

Palavras-chave: *Pneumologia oncológica. Pembrolizumab. Imunoterapia. Pneumonite.*

P050. DOENÇA PARENQUIMATOSA DIFUSA DE APRESENTAÇÃO FULMINANTE - UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

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

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A apresentação fulminante ou rapidamente progressiva das doenças intersticiais é incomum. A Pneumonia Intersticial Aguda (PIA) e a Pneumonia Organizativa (PO) Criptogénica (possível variante fibrinóide aguda - AFOP), entre outras, são etiologias essenciais a considerar.

Caso clínico: Mulher, 60 anos, não fumadora, exposição laboral a silicatos, admitida por febre, tosse não produtiva e dispneia de agravamento progressivo, com 20 dias de evolução. À avaliação com insuficiência respiratória (IR) hipoxémica grave (PaO₂/FiO₂ 124) e radiograficamente com infiltrados alveolares difusos bilaterais. Suspeita de pneumonia adquirida na comunidade com progressão para ARDS, colocada sob oxigenoterapia de alto fluxo (ONAF). TC-Torácica com padrão consolidativo multilobar bilateral, com áreas de vidro despolido nos lobos inferiores. Ausência de melhoria sob antibioterapia empírica e corticoterapia sistémica, mantendo necessidade de ONAF. Realizou videobroncoscopia com LBA e biópsias transbrônquicas (BTB). Estudo microbiológico invasivo negativo, sem alterações citopatológicas ou das populações linfocitárias no LBA e BTB com alargamento de septos interalveolares por hialinização colagénica. Estudo serológico autoimune negativo. Excluídas as hipóteses de PEA, silicoproteinose aguda e HAD após LBA/TC-Tórax. Hipóteses diagnósticas restantes de PO Criptogénica (possível variante AFOP) ou de PIA. Cumpru 3 pulsos de metilprednisolona e 1 pulso de ciclofosfamida ev, com melhoria clínica progressiva. Em ambulatório, por manutenção de doença imagiologicamente expressiva e impacto funcional grave (DLCOSB 33%), submetida biópsia pulmonar por VATS. Esta mostrou focos de PO, áreas de pneumonia intersticial de significado inespecífico (NSIP) e focos de partículas birrefringentes, enquadráveis na sua exposição laboral. Discussão multidisciplinar dos dados clínicos-radio-patológicos sendo admitido diagnóstico provisório com elevado nível de confiança de PO criptogénica. Melhoria clínica e funcional nos meses seguintes, sob esquema de imunomodulação com prednisolona/Micofenolato de Mofetil.

Discussão: As doenças parenquimatosas rapidamente progressivas associam-se a elevada morbimortalidade. A gravidade da IR condiciona os exames complementares realizáveis, estando o prognóstico dependente da rápida instituição de terapêutica apropriada.

Palavras-chave: *Pneumonia organizativa criptogénica fulminante. Síndrome de dificuldade respiratória aguda. Doença parenquimatosa difusa.*

P051. TUMORES NEUROENDÓCRINOS DO TIMO: UMA ENTIDADE MUITO RARA E DE MAU PROGNÓSTICO

L. Balanco, F. Barata, A.M. Figueiredo

CHUC.

Introdução: Os tumores neuroendócrinos do timo (TNETs) são neoplasias raras. O goldstandard do tratamento é a ressecção cirúrgica. Relatamos 2 casos de TNETs.

Casos clínicos: 1. Homem, 75 anos, ex-fumador, ECOG 1, com antecedentes de cirurgia prostática, que recorreu à urgência por toracalgia com 6 meses de evolução, associada a palpitações, cansaço, dispneia e perda de peso involuntária. Analiticamente, elevação da troponina T. Eletrocardiograma com infra ST em DII e DIII e ecocardiograma com derrame pericárdico e massa extrínseca a comprimir a aurícula direita (AD). Realizou TC de tórax que revelou lesão tumoral com 12 × 14 cm no hemitórax direito e marcado efeito compressivo na AD e na veia cava superior. Foi feita biópsia trans-torácica e o doente foi diagnosticado com TNET, PDL-1 20%, em estadio Masaoka-Koga IIIB e T4N0M0 (IIA) e iniciou lanreotida. Contudo, houve evolução clínica desfavorável e o doente faleceu 7 meses após o início de tratamento. 2. Homem de 71 anos, ECOG 0, não fumador, com antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial e hemangioma nasal, que foi referenciado a consulta de pneumologia por derrame pleural e nódulos pulmonares em TC. Apresentava-se assintomático. Realizou toracocentese diagnóstica (derrame pleural exsudativo com LDH baixa, ADA normal, baixa celularidade e cultura negativa) e toracoscopia com biópsias pleurais, que sugeriram síndrome carcinóide múltiplo/ metastização de tumor carcinóide extra-pulmonar. A reavaliação por TC detetou múltiplos nódulos pleurais e hidropneumotórax à direita; nódulos pulmonares bilaterais de provável natureza secundária e adenopatias mediastino-hilares. Foram realizadas biópsias excisionais ganglionares por mediastinoscopia, que confirmaram TNET. A PET detetou envolvimento pleural e ganglionar mediastino-hilar de neoplasia neuroendócrina, com aumento da expressão de recetores de somatostatina, e metastização óssea, suprarrenal, renal e pancreática - TNET em estadio Masaoka-Koga IVB e T3N2M1b (IVB). Iniciou carboplatino e etopósido, contudo, aos 4 meses de tratamento, a PET de reavaliação detetou progressão.

Discussão: Os TNETs são neoplasias com elevado potencial de metastização e progressão, pelo que uma marcha diagnóstica célere é essencial. Quando não ressecáveis, os tratamentos disponíveis são pouco eficazes e o prognóstico é reservado.

Tumores neuroendócrinos do timo.

P052. MICOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA: UM DESAFIO DO DIAGNÓSTICO ATÉ À ESTABILIDADE CLÍNICA E ANALÍTICA

M. Ribeiro, D. Araújo

Centro Hospitalar Universitário de São João.

Introdução: A micose broncopulmonar alérgica (MBPA) baseia-se numa reação de hipersensibilidade a fungos mediada por reações inflamatórias do tipo Th2. A base do tratamento passa pela corticoterapia (CCT), contudo em casos refratários/corticodependentes poderá ser necessário recorrer a terapêuticas biológicas com eficácia comprovada. Ainda assim, existem casos em que estas não são suficientes para controlo da doença, surgindo a oportunidade de associação de terapêuticas biológicas de modo a atuar em diferentes mecanismos patológicos.

Caso clínico: Homem de 27 anos, antecedentes de asma e rinite alérgica seguido em consulta de Pneumologia desde 2016 por eosinofilia periférica marcada e infiltrados pulmonares difusos em vidro despolido. Inicialmente com tosse produtiva, dispneia de esforço, pieira e perda ponderal. IgE total e específica para *Aspergillus* au-

mentadas; prick-test, IgG e precipitinas de *Aspergillus* negativas. Resultados do lavado broncoalveolar com eosinofilia intensa (32%). Foram excluídas outras causas de eosinofilia periférica e iniciou CCT com melhora clínica significativa, resolução das alterações imagiológicas e normalização da eosinofilia periférica após 1 mês. Manteve níveis elevados de IgE total e IgE *Aspergillus*. Após estudo etiológico exaustivo assumiu-se diagnóstico de MBPA, apesar da ausência de bronquiectasias (BQ) significativas. Durante 2 anos reduziu-se progressivamente a dose de CCT com doença estável sem exacerbações. Tentativa de suspensão de CCT sem sucesso com recorrência de sintomas e exacerbações, 2 delas com necessidade de internamento. Durante este período apresentou agravamento imagiológico com aparecimento de múltiplas BQ. Iniciou itraconazol que cumpriu durante 4 meses, sem melhora. Iniciou mepolizumab, com melhora clínica e analítica significativa, contudo sem se conseguir desmame completo da CCT. Atualmente com agravamento clínico e imagiológico francos pelo que foi proposto para associação de omalizumab ao mepolizumab, estando neste momento a aguardar aprovação.

Discussão: Apesar da CCT e/ou terapêutica antifúngica serem eficazes no controlo da MBPA, a recidiva após a sua suspensão é frequente pelo que o uso de terapêuticas biológicas deve ser considerado. Em casos raros em que mesmo estas não são suficientes isoladamente, a sua associação pode ter um papel relevante.

Palavras-chave: Corticoterapia. Mepolizumab. Micose broncopulmonar alérgica. Omalizumab.

P053. QUILOTÓRAX BILATERAL COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA FOLICULAR - UM ACHADO INCOMUM

J. Couto, T.J. Costa, G.C. Rodrigues, M. Baptista, A. Dias, A.M. Sobral, J.C. Costa, H. Esperto, Y. Martins, P. Ribeiro, C.R. Cordeiro

CHUC.

Introdução: O quilotórax representa cerca de 3% de todos os derrames pleurais. Define-se como a presença de triglicerídeos > 110 mg/dl e Colesterol < 200 mg/dl no líquido pleural. Na ausência de trauma, levanta a suspeita de etiologia hematológica.

Caso clínico: Mulher, 68 anos, recorreu ao serviço de urgência por dispneia para pequenos esforços; epigastrias, sudorese noturna e anorexia, com 2 semanas de evolução. Sem perda ponderal. Ao exame objetivo com diminuição dos sons pulmonares no hemitórax direito; sem adenopatias ou massas palpáveis. Radiografia torácica com derrame pleural bilateral, com extensão cerca de 2/3 do campo pulmonar direito e 1/3 do campo pulmonar esquerdo. Sem alterações analíticas de relevo. Feita toracocentese diagnóstica e evacuadora com saída de 1.700 cc de líquido de leitoso, denso, não fétido. Características bioquímicas de exsudato, com presença abundante de triglicerídeos (TG) (623 mg/dl) e Colesterol (COL) 96 mg/dl, compatível com Quilótórax. Citologia sem identificação de células neoplásicas e imunofenotipagem com presença de células B com fenótipo sugestivo de Linfoma Folicular. Abordagem do derrame pleural contralateral também compatível com Quilótórax (TG 233 mg/dl/COL 72 mg/dl). Realizou tomografia computadorizada do tórax, abdómen e pélvis com presença de volumosa massa retroperitoneal com envolvimento da aorta abdominal, esplenomegalia com sinais de infiltração neoplásica; adenopatias mediastínicas, hilares e mesentéricas e espessamento pleural bilateral associado ao derrame. Tomografia de positrons com 18F-FDG revelou múltiplas adenopatias hipermetabólicas supra e infradiaphragmáticas, com volumosa massa abdominal, envolvimento hipermetabólico gástrico e peritoneal. Biópsias gástricas, de medula óssea e da massa retroperitoneal compatíveis com envolvimento por linfoma folicular G1/G2. Estabelecido diagnóstico de Linfoma Folicular estadio IV-BX, tendo iniciado protocolo R-CHOP, com regressão do derrame pleural, melhora clínica, imagiológica e funcional sustentada até ao momento de alta.

Discussão: O quilótórax, como manifestação inicial de doença hematológica, é raro, com poucos casos descritos, associando-se doença em estadio avançado e pior prognóstico. O rápido diagnóstico e instituição de terapêutica associam-se a melhor prognóstico com redução e, frequentemente, resolução do derrame pleural.

Palavras-chave: Quilótórax. Linfoma folicular. Derrame pleural.

P054. CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

S.P. Ferreira, J. Rodrigues, R. Duarte, M. Jitari, V. Baiherych, J.C. Duarte, O. Santos, N. Catorze

Centro Hospitalar Médio Tejo.

Introdução e objetivos: Existem diversos estudos publicados relativamente a doentes com patologia respiratória admitidos em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), nomeadamente no que concerne aos preditores de mortalidade. Com a elaboração deste estudo, os autores pretendem conhecer a sua própria população de doentes críticos com patologia respiratória.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo, numa amostra constituída por doentes internados num serviço de Medicina Intensiva (SMI), admitidos e/ou transferidos para um serviço de Pneumologia do mesmo Centro Hospitalar, entre 1 de outubro de 2019 e 28 de fevereiro de 2023. Foram analisados possíveis preditores de mortalidade, recorrendo ao teste do Qui-quadrado, definindo-se como estatisticamente significativo o valor-p < 0,05.

Resultados: Amostra constituída por 37 doentes internados no SMI, 6 admitidos a partir do serviço de Pneumologia e 37 com alta para o mesmo serviço. Observou-se uma predominância de doentes do género masculino (65%), sendo a idade mediana de 62 anos. Quanto às patologias observadas, o grupo mais prevalente foi o da patologia da pleura (37,8%), seguindo-se a patologia das vias aéreas (24,3%), a patologia infecciosa (16,2%) e, por último, a patologia do interstício pulmonar (8,1%). 13,5% dos doentes apresentaram outras causas de insuficiência respiratória. Relativamente às comorbilidades, a mais frequente foi a hipertensão arterial (44%). 10,8% dos doentes necessitou de ventilação mecânica invasiva. A taxa de mortalidade foi de 18,9%, constatando-se que os preditores de mortalidade considerados significativamente estatísticos foram a diabetes mellitus tipo 2 e a insuficiência respiratória parcial.

Conclusões: O conhecimento mais detalhado dos doentes críticos com patologia respiratória permite reconhecer atempadamente fatores que predizem a necessidade de internamento em UCI e que poderão estar associados a maior mortalidade. Este trabalho pode ser encarado como ponto de partida para outros estudos mais detalhados, nomeadamente, particularizando determinadas patologias e tentando incluir, também, doentes provenientes e/ou transferidos para outros serviços que lidam com patologia respiratória, de forma a aumentar a amostra, permitindo, assim, um conhecimento mais próximo da realidade deste Centro Hospitalar.

Palavras-chave: Patologia respiratória. Cuidados intensivos.

P055. BRONCHOPULMONARY KAPOSI'S SARCOMA

A. Barroso, G. Delgado, R. Leal, M. Jacomelli, V. Rossi

Centro Hospitalar Universitário do Algarve-Hospital de Faro.

Introduction: HIV-associated Kaposi's sarcoma is an angioproliferative neoplasia caused by infection with human herpesvirus 8. It typically presents with mucocutaneous involvement. The authors present the clinical case of an HIV-positive patient with Kaposi's sarcoma who had exclusively pulmonary involvement at diagnosis.

Case report: A 48-year-old man, Caucasian, non-smoker, went to the emergency room with progressive dyspnoea in the former 2 weeks and purulent sputum. He had a weight loss of 15 kg in the

course of approximately 3 months. He denied fever, haemoptysis, thoracic pain and gastrointestinal symptoms. There were no cutaneous or mucosa alterations and no other relevant changes in the objective examination. Laboratory tests showed the following: haemoglobin 9.3 g/dL, leukocytes $4.1 \times 10^9/L$, CD4 T lymphocytes 14 cells/mm³, HIV-1RNA 425311 copies/ml and C-reactive protein (CRP) of 0.34 mg/dL. The chest radiography on admission revealed bilateral predominantly perihilar opacities as well as multiple nodules. Thoracic computed tomography showed bilateral opacities and multiple nodular lesions of peribronchovascular distribution with elevated density and spiky edges. Increased septal lines and midly enlarged mediastinal and bilateral axillary lymph nodes could be seen. Bronchofibroscopy showed erythematous, focal, discrete, red and purple flat mucosa, spread throughout the primary and segmental bronchi. Bronchial biopsies were performed and histopathology indicated poorly formed vascular structures, which were highlighted in the immunohistochemistry for CD31, CD34, and Factor 8. This confirmed the suspicion of Kaposi's sarcoma. No microorganisms were identified in the bronchial secretions or the bronchoalveolar lavage (BAL). Cytology of the bronchial secretions and the BAL was negative. Antiretroviral therapy was introduced with tenofovir, lamivudine and efavirenz. Upper endoscopy revealed oesophageal candidiasis, which was treated with fluconazole. Colonoscopy was unremarkable. Following guidance from the oncology team, only antiretroviral therapy was maintained for immune recovery, with subsequent evaluation regarding chemotherapy.

Discussion: Bronchoscopy had an important role as a diagnostic tool because it allowed direct visualization of the lesions and respective biopsies.

Keywords: *Bronchopulmonary Kaposi's sarcoma.*

P056. PULMONARY ALVEOLAR MICROLITHIASIS: A RARE INDICATION FOR PULMONARY TRANSPLANTATION

A. Barroso, G. Delgado, R. Leal, M. Jacomelli, V. Rossi

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro.

Introduction: Pulmonary alveolar microlithiasis (PAM) is a rare lung disease characterized by widespread intra-alveolar accumulation of calcium phosphate deposits called microliths.

Case report: The authors report the case of a 43-year-old woman, non-smoker, dressmaker, with no comorbidities until then. In 2021 she presented with progressive dyspnoea. Upon admission, she was afebrile and hemodynamically stable. On physical examination, she had coarse crackles diffusely in bilateral lung fields. A chest radiography revealed a bilaterally diffuse, fine sand-like micronodular appearance producing a "white" aspect of the lung. Thoracic computed tomography revealed widespread micro-calcifications throughout the lungs with ground-glass opacities, interlobular septal thickening and pleural calcification. Respiratory function tests indicated a FVC 61%, FEV1 65%, FEV1/FVC ratio 105%, TLC 45%, and DLCO 29%. Resting arterial blood gas values on room air included pH 7.45, pCO₂ 32 mm Hg, pO₂ 59 mm Hg, HCO₃ 22 mmol/L, and SatO₂ 93%. The patient's six-minute walk test distance was 330 m with O₂ at 6 L/min, initial SatO₂ was 98% and final SatO₂ was 78%. A trans-thoracic echocardiogram showed systolic and diastolic flattening in the ventricular septum consistent with right ventricular pressure overload. The right ventricular systolic pressure was measured to be 54 mmHg. After a one-year period of medical management and follow-up with evidence of progression of respiratory dysfunction, the patient was referred for pretransplant evaluation. One hundred and twenty days on the waiting list later, a double-lung transplant was performed. It was possible to observe extensive microcalcifications and granular appearance of the parenchyma. Histopathologic examination confirmed the presence of numerous lamellated calcified structures within alveolar spaces consistent with pulmonary microlithiasis. The patient was extubated after 24 hours and stayed

in the intensive care unit for 7 days. The postoperative clinical and radiological course was favourable with no incidents or complications, and the patient was discharged after 25 postoperative days.

Discussion: PAM is a rare, progressive, and potentially fatal disease. Currently, lung transplant is the only accepted treatment option in the final stages of the disease.

Keywords: *Pulmonary alveolar microlithiasis. Lung transplant.*

P057. TUBERCULOSE PULMONAR: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

A.T. Reis, C.A. Robalo, D.F. Tomás, M.G. Neto, F.S. Santos, P. Carneiro, A. Gaspar, C. Rosa, E. Pedroso

Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução: A tuberculose continua a ser uma das principais causas de morte no mundo e Portugal continua a ser o país da Europa ocidental com maior incidência (14,2 por 100 mil habitantes no ano de 2020). O sucesso terapêutico ocorreu em 82,2% e a letalidade em 8,2% dos casos.

Caso clínico: Mulher de 50 anos, com antecedentes conhecidos de: doença mista do tecido conjuntivo, neoplasia do colo do útero proposta para quimioterapia, nódulo pulmonar em estudo e hipertensão arterial. Medicada com candesartan + hidroclorotiazia, metotrexato, prednisolona. No seguimento do estudo do nódulo pulmonar realizou broncofibroscopia (BF), com biópsia e foram colhidas culturas. Uma semana após o procedimento recorre ao serviço de urgência (SU) por dispneia, febre e tosse, diagnosticada-se uma pneumonia e tem alta medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Dois dias depois regressa ao SU por febre de 40º que não cedia a antipiréticos, apresentava agravamento da hipotransparência na radiografia torácica e realiza tomografia computadorizada (TC) torácica que demonstrou extensa consolidação do lobo superior esquerdo (LSE). Apresentava antigenúrias negativas, colheram-se culturas e escalou-se antibioterapia para piperacilina/tazobactam. Durante o internamento manteve quadro febril persistente e parâmetros inflamatórios aumentados, que motivou escalada antibiótica para meropenem. Por manutenção da febre adicionou-se linezolide, observando-se uma melhoria clínica. Na TC-tórax apresentava lesão extensa de consolidação com broncograma aéreo no LSE e padrão retículo-micronodular tree-in-bud. A pesquisa de células neoplásicas da primeira BF foi negativa e era visível um granuloma na histologia. Realizou nova BF e colheram-se amostras de lavado broncoalveolar (LBA). A pesquisa de DNA de micobactérias foi positiva nas amostras de LBA. A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes foi negativa em todas as amostras colhidas. Iniciou-se terapêutica antibacilar de forma progressiva que a doente tolerou, tendo vindo a melhorar.

Discussão: Descrevemos um caso de tuberculose pulmonar numa mulher imunodeprimida com uma clínica atípica, pretendemos alertar para esta entidade que ainda é uma realidade em Portugal e que deverá ser sempre considerada como hipótese diagnóstica.

Palavras-chave: *Tuberculose pulmonar. Broncofibroscopia. Imunodepressão.*

P058. ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO: UMA APRESENTAÇÃO POUCO COMUM NO ADULTO

I. Barreto, R. Silva, R. Fernandes, J.D. Cardoso, F. Freitas, R. Macedo, S. Moreira, P. Monteiro, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A aspiração de corpo estranho é um evento incomum e grave em adultos, correspondendo a 0,16-0,33% dos procedimentos broncoscópicos em adultos. A maioria das aspirações acidentais ocorre em crianças, correspondendo os casos em adultos a 25%.

Caso clínico: Homem, 42 anos, autônomo, fumador (90 UMA), com hábitos etanólicos e toxicofílicos no passado e diagnósticos prévios de hipertensão arterial, dislipidemia e doença de refluxo gastroesofágico. Foi levado ao Serviço de Urgência por aspiração de corpo estranho (osso de galinha) durante o jantar. À avaliação inicial, apresentava-se dispneico, taquipneico, com estridor, acessos de tosse e hemodinamicamente estável. A radiografia de tórax inicial mostrou sinais de hiperinsuflação do pulmão esquerdo com desvio contralateral do mediastino. A TC de tórax confirmou a presença de corpo estranho no brônquio principal esquerdo (BPE) e hiperinsuflação do pulmão esquerdo com desvio contralateral do mediastino. Foi realizada broncoscopia rígida, com visualização do corpo estranho no BPE, que foi removido. A radiografia de tórax após o procedimento revelou normal expansão pulmonar bilateralmente. Foi realizada TC de tórax três horas após o procedimento, que evidenciou moderado pneumomediastino envolvendo os compartimentos anterior, médio e posterior, permeação gasosa peribroncovascular no hilo pulmonar esquerdo, ligeiro enfisema intersticial no lobo inferior esquerdo e ligeiro enfisema na vertente basal do pescoço. Foi medicado com antibiótica empírica com amoxicilina/ácido clavulânico e evoluiu favoravelmente, com subseqüentemente melhora clínica e imagiológica, sem evidência de enfisema subcutâneo, tendo tido alta ao terceiro dia após o procedimento.

Discussão: A aspiração de corpo estranho pode condicionar um efeito de válvula que leva a aprisionamento aéreo e hiperinsuflação homolateral ao local de obstrução. Este evento, frequentemente observado em crianças, é raro em adultos, associando-se a um aumento do risco de pneumotórax. A ocorrência de pneumomediastino na sequência de aspiração de corpo estranho é rara, podendo, neste caso, ser decorrente da hipersinuflação ou de trauma brônquico durante o procedimento broncoscópico.

Palavras-chave: *Aspiração. Corpo estranho. Efeito de válvula. Pneumomediastino.*

P059. SARCOIDOSE: SER OU NÃO SER - DO DESAFIO DIAGNÓSTICO ÀS ASSOCIAÇÕES RARAS..

I. Barreto, S. Barreira, J.R. Inácio, L. Ferreira, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A sarcoidose é uma doença multissistêmica caracterizada pela presença de granulomas não caseosos, com grande heterogeneidade na prevalência, apresentação clínica e gravidade.

Caso clínico: Mulher de 42 anos, natural do Brasil, não fumadora, com os diagnósticos prévios de hiperprolactinemia secundária a adenoma da hipófise, colangiopatia autoimune e gastrite crônica, medicada com ácido ursodesoxicólico e esomeprazol. Em seguimento em consulta de Reumatologia por tumefacção parotídea recorrente, leucopenia e síndrome sicca, sem critérios de síndrome de Sjögren. Clinicamente, apresentava tosse não produtiva, xerostomia e adenopatias axilares bilaterais indolores. Laboratorialmente: Hb 13,3 g/dL; Leucócitos 2.100/uL; VS 21 mm/h; ECA 99 U/L. Sero-logias virais negativas. Estudo da autoimunidade: ANA positivo (1/320, AC-6), ASMA positivo e perfil hepático Sp-100 positivo forte e f-actina positivo. TC de tórax com opacidades nodulares pulmonares e adenopatias axilares bilaterais com captação em PET-FDG. Foi realizada broncofibroscopia com EBUS, sem alterações endobrônquicas. LBA: 86% macrófagos e 14% linfócitos, relação CD4/CD8 de 1 e numerosos linfócitos no exame anatomopatológico. Biópsia pulmonar transbrônquica com infiltrado de mononucleados, sem granulomas. Biópsias da estação 4R com hiperplasia linfóide reactiva. Foi realizada biópsia de adenopatia axilar direita, com evidência de linfadenite granulomatosa não necrotizante (sarcoidose versus outra etiologia). Ecografia mamária e mamografia sem alterações (BI-RADS 2).

Evidência de trombocitopenia de 32.000/uL, com ANA e Ac. antiplaquetários positivos, compatível com trombocitopenia imune. Foi

realizada biópsia pulmonar cirúrgica (sob prednisolona por trombocitopenia), compatível com doença granulomatosa não necrotizante, enquadrável na hipótese de sarcoidose. Verificou-se melhora clínica e redução das opacidades pulmonares após início de corticoterapia sistêmica.

Discussão: A sarcoidose impõe frequentemente um desafio diagnóstico. Existe um aumento da prevalência de doenças autoimunes em doentes com sarcoidose, particularmente mulheres. Neste caso, verificou-se associação com colangiopatia autoimune e trombocitopenia imune. Enquanto a anemia e linfopenia são as alterações hematológicas mais frequentes, a associação com trombocitopenia imune é rara.

Palavras-chave: *Sarcoidose. Colangiopatia autoimune. Trombocitopenia imune. Corticoterapia.*

P060. OCUPAÇÃO COMO FACTOR DE RISCO

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

CHUCB.

Caso clínico: Doente enviado pelo médico assistente à consulta de especialidade de Pneumologia com diagnóstico presuntivo de Asma brônquica. Na consulta identificou-se um indivíduo de 40 anos de idade, operador de produção em corticeira, sem antecedentes de patologia respiratória, infeções respiratórias, hábitos tabágicos ou atopias; que desenvolve quadro respiratório com 2 anos de evolução e agravado nos períodos de inverno, caracterizado por tosse seca com agravamento noturno associada a aperto torácico e dispneia, sem relação com o esforço. Presença de sintomas nasais como rinorreia e prurido nasal que agravam na primavera. Globalmente todos os sintomas atenuavam nos períodos de fim-de-semana e de absentismo laboral. Funcionalmente apresentava provas normais, mas com hiperresponsividade brônquica moderada a grave após broncoprovocação por metacolina, e com resposta positiva a broncodilatação. Status atópico definido por testes cutâneos positivos para gramíneas selvagens e mistura de cereais. Após marcha diagnóstica foi otimizado tratamento previamente instituído pelo médico assistente com aparente melhora sintomática. Observa-se, porém, uma deterioração do quadro clínico com desenvolvimento de expectoração escura e maior necessidade de recurso ao inalador de SOS quando retomou atividade laboral. O doente, que inicialmente trabalhava como operador no processo de finalização da cortiça recorrendo a tintas e diluentes (exposição a isocianatos) foi trocado de posto de trabalho para o a aglomeração e processamento inicial da cortiça (exposição a pó e bolores) - que condiciona agravamento sintomático. Portanto, depois de estabelecido o diagnóstico de asma no adulto, com componente alérgica, o follow-up revelou-se essencial.

Discussão: 5 a 20% dos casos de Asma no adulto podem ser atribuídos a exposição ocupacional. Este é um fator de risco modificável e que sabidamente provoca uma limitação persistente do fluxo aéreo na via respiratória levando a um pior controlo da doença e risco acrescido de exacerbações - o que promove maiores implicações na saúde e na carga socioeconómica da doença.

Palavras-chave: *Asma. Ocupacional. Limitação persistente.*

P061. TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO PULMONAR: RELATO DE CASO DE UMA LESÃO RARA E DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

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

CHUCB.

Introdução: Tumor fibroso solitário (TFS) são neoformações raras de origem mesenquimatosa. Foi primeiramente descrito na pleura mas pode ocorrer em qualquer parte do organismo. 30% dos casos são intratorácicos e podem ter a sua génese na pleura, localização

mais frequente, no parênquima pulmonar ou no mediastino. Normalmente seguem um curso clínico benigno e não existe uma associação conhecida com qualquer exposição ambiental (tabaco, radiação ou asbestos); tão pouco existem quaisquer fatores de risco hereditários conhecidos.

Caso clínico: Masculino de 51 anos, fumador, acompanhado na consulta de pneumologia por asma brônquica alérgica, e que, numa radiografia torácica de rotina é detetada uma massa no lobo médio. A TAC revela uma massa de tecidos moles de contornos regulares e bem definidos localizada ao hilo pulmonar direito e sem um nítido plano de clivagem com algumas estruturas vasculares. TAC crânio sem lesões suspeitas. A videobroncofibroscopia não detetou atingimento endobrônquico, apenas foi observado um orifício do brônquio lobar médio em fenda. PET evidenciava hipermetabolismo intenso em massa hilar direita, sugerindo neoplasia maligna, e hipermetabolismo discreto em gânglio linfático brônquico direito, levantando hipótese de metástase. Apesar do EBUS não comprovar malignidade após biopsia aspirativa da massa e das estações 4R e 11R, o doente foi submetido a lobectomia média e linfadenectomia mediastínica cuja anatomia patológica e imunohistoquímica identificou a lesão como TFS do pulmão.

Discussão: O TFS é geralmente assintomático, mas o crescimento tumoral pode ser extenso e provocar efeitos de compressão local. Maioria dos TSF provêm do mesotélio pleural, porém neste caso em particular a sua localização era parenquimatosa. O tratamento definitivo, quando há atingimento parenquimatoso, é a lobectomia. A taxa de recidiva pós-tratamento cirúrgico é baixa e não é necessária realização de neoadjuvância, todavia, os doentes necessitam de acompanhamento duradouro para mitigar essa possibilidade. A imunohistoquímica revelou-se extremamente importante na deferênciação do TFS de outros tumores mesenquimatosos.

Palavras-chave: Tumor fibroso solitário. Lobectomia. Imunohistoquímica. Recidiva.

P062. QUILOTÓRAX COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA NÃO HODGKIN

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

Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Torres Vedras.

Introdução: O quilotórax é uma condição rara que corresponde a 3% dos casos de derrame pleural, sendo a etiologia maligna responsável por 1/3 dos casos. Destes, a maioria está associada a doença linfoproliferativa.

Casos clínicos: Sexo feminino, 78 anos, autónoma, antecedentes pessoais irrelevantes, com quadro de 3 meses de evolução de dispneia, toracalgia direita e perda ponderal não especificada. Sem outros sintomas. Exame objetivo com MV abolido no hemitórax direito. Realizou Rx tórax e TC tórax que revelaram volumoso derrame pleural direito e massa paravertebral dorsal, sem adenopatias. Toracocentese com líquido pleural de aspecto quiloso, triglicéridos 187 mg/dL. Por recidiva rápida do derrame pleural a condicionar insuficiência respiratória tipo I foi colocada drenagem torácica e internada na Pneumologia. Realizou EBUS para abordagem da massa mediastínica, com diagnóstico de Linfoma não Hodgkin (provável B difuso de grandes células). Foi transferida para a Hematologia para início de R-CHOP com necessidade de nova toracocentese pós o primeiro ciclo. Cumpriu 6 ciclos com boa resposta estando em vigilância clínica e sem recidiva do quilotórax. Sexo masculino, 67 anos, autónomo, com história de disseção aórtica com correção cirúrgica, sem outros antecedentes relevantes. Recorreu ao SU por dispneia e tosse irritativa com 10 dias de evolução. Ao exame objetivo, polipneico em repouso, SpO₂ 90%, MV abolido nos 2/3 inferiores do hemotórax direito. TC tórax revelou derrame pleural bilateral, mais volumoso à direita, adenopatias cervicais, torácicas e abdominais. Toracocentese com líquido pleural de aspecto quilo-

so, triglicéridos 616 mg/dL. Colocada drenagem torácica dado volumoso derrame pleural e insuficiência respiratória tipo I, enquanto aguardava abordagem de adenopatias, tendo sido realizado o diagnóstico de Linfoma não Hodgkin. Doente solicitou transferência para outra unidade hospitalar para início de tratamento dirigido, sem recidiva de quilotórax após o mesmo.

Discussão: Apesar de rara, o quilotórax associado a doença linfoproliferativa é uma entidade estabelecida. Os autores apresentam estes casos para ilustrar o quilotórax como primeira apresentação da doença, bem como a dificuldade na sua gestão até à obtenção do diagnóstico definitivo e início de terapêutica dirigida.

Palavras-chave: Quilotórax. Linfoma. Derrame pleural.

P063. IGRA NEGATIVO: SERÁ TUBERCULOSE UM DIAGNÓSTICO POSSÍVEL?

J. Pacheco, A.I. Santos, D. Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A identificação precoce e o tratamento preventivo da tuberculose (TB) latente permitem mitigar a sua transmissão. O interferon-gamma release assay (IGRA) é um teste de rastreio com elevada especificidade para o *Mycobacterium tuberculosis* (MT).

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 84 anos, não fumador. Como antecedentes, HTA para a qual faz anti-hipertensor. Recorreu ao serviço de urgência por febre (38,5 °C) e dispneia. Referia ainda astenia e perda ponderal não quantificada. Desde há 2 meses que tinha hemoptises recorrentes de pequeno volume. Ao exame objetivo encontrava-se emagrecido, hemodinamicamente estável, com saturação periférica de 98% e à auscultação com redução do murmúrio vesicular nas bases e crepitações à direita. Dos exames complementares de diagnóstico, analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios (PCR 14,98 mg/dL) e anemia normocrítica normocrômica (Hb 7,8 g/dL). A radiografia do tórax mostrou infiltrados nodulares dispersos, de predomínio à direita. Foi internado com diagnóstico de pneumonia sob antibióterapia empírica com levofloxacina. As sorologias para HIV, HBV, HCV e sífilis foram negativas. O exame direto para pesquisa de micobactérias na expetoração, a PCR para MT e o IGRA foram negativos. Na TC do tórax observaram-se bronquiectasias, cavitação no lobo superior direito e imagens em “tree in bud” dispersas sugerindo processo infeccioso agudo. O exame cultural da expetoração acabou por ser positivo para MT, tendo iniciado terapêutica antibacilar com isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) e etambutol (E), posteriormente ajustado para H, R, E e levofloxacina por resistência à Z. O doente teve alta após melhoria clínica e resultado negativo de três baciloskopias, tendo sido referenciado ao Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Coimbra para continuação do tratamento.

Discussão: Vários estudos descrevem que além da imunossupressão, outros fatores podem ser responsáveis por um resultado falso negativo. Neste caso, o fator identificado foi a idade, o que pode ser explicado pela redução progressiva da produção de IFN-gama em resposta a determinados antígenos específicos do MT (ESAT-6 e CFP-10). Desta forma, um IGRA negativo não exclui o diagnóstico de TB, devendo sempre ser enquadrado com a clínica e restantes exames complementares de diagnóstico.

Palavras-chave: IGRA. Tuberculose. *Mycobacterium tuberculosis*.

P064. TRAUMA TORÁCICO: CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES ADMITIDOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

J. Pacheco, A.I. Santos, J.P. Baptista

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O trauma é das principais causas de admissão em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). No doente politraumatizado, o

trauma torácico representa a terceira causa de morte em cerca de 20-40% dos casos.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo por consulta dos processos clínicos de doentes admitidos entre janeiro de 2021 e dezembro de 2022 na UCI do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra com o diagnóstico de trauma torácico. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, dias de internamento em UCI, Glasgow (ECG) à admissão, PaO₂/fiO₂ à admissão, SAPSII, APACHE, SOFA, nº de dias sob VMI, realização de traqueostomia no internamento, presença de traumatismos concomitantes (crânioencefálico, vertebromedular, pélvico), hemotórax ou pneumotórax, pneumonia associada ao ventilador (PAV) e mortalidade na unidade e hospitalar. A análise estatística realizou-se no SPSS, considerando valores de $p < 0,05$ estatisticamente significativos.

Resultados: Incluíram-se 100 doentes, 79% do sexo masculino, com uma média de idades de 34 anos. A média de dias de internamento foi de 19,4. Quanto à gravidade, analisando os scores calculados à admissão, verificou-se uma média de 10,7 na ECG, 43,22 no SAPS II, 8,38 no SOFA e 18,02 na escala APACHE. Verificou-se uma razão pO₂/fiO₂ < 100 mmHg à admissão em 13% dos doentes. A média de dias sob VMI foi de 16,5, sendo que 19 doentes foram submetidos a traqueostomia após 14 dias de VMI. Nos doentes politraumatizados, ocorreu traumatismo craneoencefálico (TCE) em 54% dos casos, traumatismo abdominal em 30%, traumatismo pélvico em 27% e traumatismo vertebromedular (TVM) em 14%. Identificou-se pneumotórax em 52% dos doentes, hemotórax em 41% e hemopneumotórax em 24%. Constatou-se que um baixo score na ECG à admissão se associa a traqueostomia no decurso do internamento ($p = 0,003$). O nº de dias sob VMI correlacionou-se de forma positiva com a ocorrência de PAV ($p = 0,001$). Nem a pneumonia nosocomial nem a paO₂/fiO₂ à admissão se associam a maior mortalidade hospitalar ($p = 0,219$). O nº de dias sob VMI demonstrou significado estatístico para maior mortalidade na UCI ($p = 0,0001$). Conclusão: O trauma torácico acarreta uma elevada morbilidade que se prende em grande parte com a existência de outros traumas concomitantes e com a falência de órgão presente na maioria dos casos.

Palavras-chave: Trauma torácico. UCI. Ventilação mecânica invasiva. Pneumonia associada ao ventilador.

P065. HEMOPTISES REFRATÁRIAS ASSOCIADAS À IATROGENIA - UM CASO DE TOXICIDADE PELO DABIGATRANO

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

Introdução: A determinação da etiologia da hemoptise constitui um desafio clínico quando os exames complementares não são indicativos de um diagnóstico. Nestes casos, torna-se emergente colocarmos a iatrogenia como potencial causa.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 82 anos, ex-fumador, antecedentes de DPOC, hipertensão arterial, doença renal crónica, insuficiência cardíaca e fibrilhação auricular (FA) anticoagulada com acenocumarol. Seguido na consulta de Pneumologia desde 2014, por quadro de hemoptises e alterações imagiológicas no parênquima pulmonar. A etiologia das hemoptises permaneceu indeterminada, após estudo intensivo. Recorreu ao serviço de urgência do nosso hospital por aumento da quantidade e frequência da expectoração hemoptoica. À admissão, apresentava INR supratrapêutico. Suspendeu-se o acenocumarol e realizada reversão da anticoagulação. A Angio-TC do tórax demonstrou sinais sugestivos de hemorragia alveolar. Ficou internado, em enfermaria geral, para vigilância de novas perdas hemáticas. Reiniciada anticoagulação com novo anticoagulante oral (NOAC) - dabigatrano - em dose ajustada. Em D7 após o início do dabigatrano, o doente apresentou novo episódio de expectoração hemoptoica de moderado volume e epistaxis. Analiticamente, objetivado agravamento progressivo da função renal (máximo sCr 6 mg/dL), associado a oligúria e níveis

supra-terapêuticos de dabigatrano. Referenciado para terapêutica dialítica, suspendeu-se a anticoagulação e medicou-se com o anti-doto específico: idarucizumab. Melhoria progressiva da função renal, com bons débitos urinários e sem novas perdas hemáticas objetivadas. Discussão multidisciplinar do caso, onde se decidiu que, dado o risco-benefício da hipocoagulação, que o doente efetua apenas por FA, esta não deverá ser reiniciada, em virtude das complicações hemorrágicas observadas.

Discussão: Este caso traduz as limitações com que nos deparamos com a prescrição de anticoagulantes em doentes idosos, frágeis e com doença renal prévia. O risco hemorrágico e a potencial toxicidade associados a doses supra-terapêuticas tornam necessária a suspensão destes fármacos. A ponderação do risco-benefício destas terapêuticas deve ser sempre discutida entre pares e com o doente.

Palavras-chave: Hemoptise. Hemorragia alveolar. Anticoagulação.

P066. PNEUMONIA ORGANIZATIVA SECUNDÁRIA: O POSTO DE TRABALHO COMO FATOR ETIOLÓGICO

M. Pereira, G. Teixeira, D. Abreu, H. Alves, L. Silva, S. Camarinha, I. Milhazes, A.P. Sardo, D. Melo, F. Mautempo

CHBV.

Introdução: A Pneumonia Organizativa (previamente designada por BOOP - Pneumonia Organizativa com Bronquiolite Obliterante) pode ser primária (Pneumonia Organizativa Criptogénica) ou secundária (a infeções, fármacos, gases tóxicos, transplantação, radioterapia ou a outras patologias pulmonares, como a pneumonite de hipersensibilidade, vasculite, neoplasia pulmonar, entre outras). A patogénese desta doença inicia-se com a produção de tecido de granulação pelo epitélio alveolar, no processo de regeneração que se segue a uma lesão pulmonar. Atinge predominantemente não fumadores e ambos os géneros.

Caso clínico: Mulher, 52 anos, sem hábitos tabágicos, trabalha numa Tipografia e tem contacto direto e frequente com diluentes. Sintomas recorrentes semelhantes a uma pneumonia (febre, tosse seca e toracalgia), concentrados em 2 episódios num período inferior a 1 ano. No 1º episódio, realizou uma Tomografia Computorizada do Tórax, que identifica densificação do parênquima pulmonar, associada a consolidação e broncograma aéreo, na língua, que se relaciona com provável processo infeccioso. No 2º episódio, realizou uma Radiografia do Tórax, que reconhece uma opacidade de novo na base do hemitórax direito. Atualmente, refere sintomas de dor torácica posterior de intensidade elevada.

Discussão: A Pneumonia Organizativa possui um prognóstico excelente se iniciada atempadamente a terapêutica com corticoterapia, especialmente na forma primária. O tratamento das formas secundárias pode ser mais complexo, caso não se consiga extinguir o elemento causal. Os vapores de diluentes são um exemplo de causas exógenas de Pneumonia Organizativa e a limitação do contacto deste agente tóxico com as vias aéreas do trabalhador, no seu Posto de Trabalho, será uma das ferramentas a recorrer aquando do diagnóstico desta patologia. Estratégias para a diminuir a exposição passam por medidas organizacionais, utilização de Equipamentos de Proteção Individual e Coletiva, entre outras.

Palavras-chave: Pneumonia organizativa.

P067. ENFISEMA POR INALAÇÃO DE TINTA? - CASO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA OCUPACIONAL

M. Pereira, V. Fernandes, D. Abreu, H. Alves, L. Silva, S. Camarinha, I. Milhazes, A.P. Sardo, D. Melo, F. Mautempo

CHBV.

Introdução: DPOC ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica caracteriza-se por uma limitação persistente do fluxo de ar através das vias

aéreas. A patogénese da DPOC relaciona-se com a exposição a gases e partículas tóxicas, sendo o fator etiológico mais prevalente o tabagismo. Aproximadamente um sexto dos casos, existem elementos ocupacionais que intervêm na génese e desenvolvimento da patologia, tais como poeiras, fumos, vapores e gases que façam parte do Posto de Trabalho ocupado pelo doente. Os sintomas mais típicos são a dispneia, a tosse e a expectoração, consequência dos fenómenos de enfisema pulmonar e de bronquite crónica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 80 anos, é Pintor com pistola numa Fábrica, com exposição a tintas há mais de 5 anos, não apresenta hábitos tabágicos. Sintomas de expectoração matinal e dispneia para pequenos esforços (mMRC = 3), com necessidade de oxigenoterapia de longa duração. Espirometria concluiu uma obstrução das vias aéreas (FVC 110%; FEV1 70%; FEV1/FVC 65%), sem melhoria dos valores após prova de broncodilatação e com difusão prejudicada (DLCO 25%) e com oximetria periférica de 90%. A Tomografia do tórax de alta resolução regista “espessamento de septos interlobulares associado a extensas alterações enfisematosas bilaterais dispersas de distribuição difusa apical caudal... espessamento difuso de paredes brônquicas. Mantêm-se bronquiectasias/bronchiolectasias sobretudo nos lobos inferiores”.

Discussão: A melhor forma de evitar a progressão da patologia, a minimização da exposição ao agente ocupacional é imperativa, daí que a precocidade do diagnóstico é da maior importância. Como a ligação inequívoca desta doença a uma substância a que o doente está exposto no seu Posto de Trabalho é difícil, o diagnóstico de DPOC ocupacional continua extremamente subdiagnosticado. Agentes inorgânicos (presentes, por exemplo, em tintas) são capazes de participar na origem e progressão da DPOC, de forma semelhante ao tabaco, daí a relevância que a exposição ocupacional deverá ocupar na anamnese destes doentes.

Palavras-chave: DPOC ocupacional.

P068. TOXICIDADE FARMACOLÓGICA NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE - UM CASO PECULIAR

J. Figueiredo, M. Reis, J. Ribeiro, É. Almeida, M. Tavares, D. Mendonça, L. Ferreira

ULS da Guarda.

Introdução: O Etambutol, fármaco com acção bacteriostática, é utilizado desde o início dos anos 60 em combinação com outros fármacos no tratamento da tuberculose. Geralmente é bem tolerado, embora com alguns efeitos adversos dose-dependentes, sendo a nevrite óptica o mais importante.

Caso clínico: Homem de 75 anos, autónomo, reside sozinho, não fumador. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro arrastado de tosse produtiva com expectoração mucopurulenta, anorexia e perda ponderal não quantificada. Negava outra sintomatologia associada. Já tinha sido medicado com um esquema de antibioterapia sem melhoria. Ao exame objectivo apresentava-se emagrecido, com mau estado geral, pálido, com mucosas descoradas e desidratadas. Eupneico em ar ambiente, com SpO2 de 92%. À auscultação pulmonar com murmúrio vesicular globalmente diminuído no hemitórax esquerdo e crepitações audíveis na mesma localização. Na TAC do tórax destacavam-se várias áreas de consolidação nodulares e multifocais bilateralmente, que nos lobos superiores se apresentavam cavitadas, e na língua e lobo inferior esquerdo consolidativas. Colheu expectoração cujo exame micobacteriológico permitiu, juntamente com os dados clínicos e imagiológicos conhecidos, estabelecer o diagnóstico de tuberculose pulmonar. Ao décimo nono dia de tratamento com o esquema HRZE, ajustado ao baixo peso do doente, este apresentou diminuição súbita da acuidade visual bilateral, pelo que se suspendeu a terapêutica com Etambutol. Posteriormente foi observado por Oftalmologia que confirmou o diagnóstico de nevrite óptica. Durante o internamento o doente apresentou ligeira melhoria da acuidade visual.

Discussão: A toxicidade ocular associada à toma de Etambutol é um dos efeitos secundários mais graves, geralmente desenvolve-se após 2 a 6 meses desde o início do tratamento, e é mais frequente quando administrado em doses mais elevadas e em doentes idosos. Com este caso clínico realçamos a necessidade de uma vigilância avertada da sintomatologia do doente e de uma actuação precoce dado a potencial irreversibilidade da situação.

Palavras-chave: Tuberculose. Nevrite óptica.

P069. VACINAÇÃO ANTIPNEUMOCÓCICA EM DOENTES DIABÉTICOS: A REALIDADE DE UMA USF

E.M. Santos, C. Costa, R. Gonçalves, R.O. Silva

USF Egas Moniz, ACES Feira/Arouca.

Introdução: A infeção por *Streptococcus pneumoniae* é responsável por um leque de patologias entre as quais a doença invasiva pneumocócica (DIP). A vacinação antipneumocócica origina uma diminuição significativa da morbimortalidade por esta entidade. De entre os grupos de risco acrescido para DIP, destacam-se os doentes com Diabetes Mellitus (DM), para os quais a vacinação está recomendada.

Objetivos: Conhecer a frequência de doentes diabéticos com pelo menos uma dose de vacina antipneumocócica. Avaliar a proporção de diabéticos com esquema vacinal completo. Determinar a proporção de diabéticos mal controlados (HbA1c >8%) não vacinados e com esquema incompleto contra *Streptococcus pneumoniae*. Apurar a associação entre a ausência de vacinação e insuficiência económica.

Métodos: Estudo observacional transversal. A população em estudo constituiu uma amostra aleatória representativa dos utentes diabéticos de uma USF. Para a análise de dados será feita uma análise descritiva e exploratória com recurso ao teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

Resultados: A amostra em estudo incluiu 273 utentes, com uma média de idades de 68 anos, dos quais 47,6% eram do sexo feminino e 52,4% do sexo masculino. Verificou-se que 261 utentes estavam codificados como DM não insulino-dependente, apresentando na sua maioria um bom controlo metabólico. De referir que 38,5% beneficiavam de isenção por insuficiência económica. Aferiu-se que 41,7% apresentava pelo menos uma dose de vacina antipneumocócica, sendo que apenas 17,2% cumpriram o esquema vacinal completo. Nos doentes com mau controlo metabólico ($n = 40$), objetivou-se que 67,5% não tinham cumprido qualquer dose de vacina e 25% possuíam um esquema vacinal incompleto. Não se apurou uma associação estatisticamente significativa entre a ausência de vacinação e a presença de insuficiência económica ($p = 0,084$).

Conclusões: Verificou-se uma taxa de vacinação inferior ao esperado, tendo em conta o alvo traçado pelo Centers for Disease Control and Prevention para 2020 (>60%), porém acima do descrito na literatura para a população portuguesa. A presença de insuficiência económica não demonstrou ter impacto na cobertura vacinal. Deste modo, é essencial um investimento dos Cuidados de Saúde Primários para a recomendação e prescrição da vacina antipneumocócica, de forma a reduzir a morbimortalidade por DIP.

Palavras-chave: Vacinação. *Streptococcus pneumoniae*. Doença invasiva pneumocócica. Diabetes mellitus.

P070. METASTIZAÇÃO CUTÂNEA: CASO CLÍNICO DE MANIFESTAÇÃO SÍNCRONA DE NEOPLASIA PULMONAR

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

CHLO - Hospital Egas Moniz.

Introdução: A neoplasia do pulmão é o tipo de neoplasia com maior taxa de incidência mundial e a neoplasia com maior mortalidade em

Portugal. Vários fatores contribuem para este cenário nomeadamente diagnósticos tardios bem como apresentações muito heterogêneas de doença. Constituem uma manifestação clínica rara as metástases cutâneas de neoplasia pulmonar, com uma incidência estimada inferior a 5%, mais prevalentes no sexo masculino, podendo ser síncronas ou metacrônicas à doença, este último mais frequente.

Caso clínico: Doente sexo masculino, 80 anos, autónomo, eletricitista, reformado há 1 ano. De antecedentes pessoais a realçar DPOC, SAOS grave, IC, estenose aórtica grave. Recorreu ao SU por dispneia para pequenos esforços, tosse produtiva, anorexia e perda ponderal com dois meses de evolução. Ao exame objetivo encontrava-se polipneico, saturação periférica 88% em ar ambiente, AC com tons arritmicos, sopro sistólico grau IV/VI e AP com sibilância bilateral, aumento de tempo expiratório e diminuição do MV à direita. Objetivada lesão nodular de consistência dura, indolor, com eritema associada ao nível da região frontal, de surgimento recente e com progressivo aumento de dimensões. Dos exames complementares realizados: TC Tórax revelou derrame pleural direito volumoso, nódulos pulmonares bilaterais e adenopatia mediastínica volumosa. Realizada toracocentese diagnóstica e evacuadora, cuja análise do líquido pleural revelou: imunofenotipagem com células atípicas; citologia-negativas para células neoplásicas. Realizada também biópsia pleural cujo resultado foi inconclusivo. Optou-se por biopsar formação nodular localizada na região frontal que revelou o diagnóstico definitivo, tratando-se de metástase cutânea de neoplasia primária do pulmão, de tipo histológico células escamosas.

Discussão: Ainda que rara manifestação inicial de neoplasia pulmonar, a presença de metástases cutâneas pode traduzir um primeiro sinal de doença, despertando no clínico a pertinência de investigação mais aprofundada e detalhada, gerando diagnósticos mais precoces, com melhores outcomes de doença e prognósticos mais favoráveis. Retiro deste caso clínico um lição fundamental na prática clínica futura, só diagnosticamos o que equacionamos.

Palavras-chave: Metástases. Adenocarcinoma. Pele. Pulmão.

P071. DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE EM DOENTE HEMODIALISADO COM OBSTRUÇÃO DA VEIA CAVA SUPERIOR

J. Lourenço, S. Dias, M. Araújo, M.J. Moura, T. Santos, A.P. Vaz.

Hospital Pedro Hispano.

Introdução: A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) pode ocorrer no contexto benigno em 15-40% dos casos, estando muitas vezes relacionada com a presença de dispositivos intravasculares. Em até 66% pode surgir derrame pleural (DP) como resultado do aumento da pressão hidrostática venosa causado pela obstrução da VCS.

Caso clínico: Homem de 60 anos, fumador (47 UMA), com doença renal crónica estadio 5/A3 secundária a glomerulonefrite crónica. Submetido a transplante renal em 2002 com posterior disfunção de enxerto. Reinício de programa de hemodiálise em 2017 por cateter tunelizado na Veia Jugular Interna (VJI) direita. Internamentos prolongados em 2017-2018 com múltiplas complicações, salientando-se sépsis com ponto de partida em cateter de diálise na VJI direita e trombose não oclusiva no tronco braquiocéfálico direito com extensão à VCS. Referenciado à consulta de Pneumologia em 2020 por DP à direita. Apresentava clínica de dispneia para esforços e sinais de hipertensão venosa no tórax com circulação venosa colateral visível. FAV umero-cefálica à esquerda. Realizou 3 toracocenteses diagnósticas e evacuadoras, compatíveis com exsudado, com predomínio de mononucleares (microbiologia, anatomia patológica e citometria de fluxo negativas). Biópsia pleural igualmente inconclusiva. Angio-TC-tórax: "Exuberante circulação colateral torácica, intercostal e na parede abdominal, em relação com trombose praticamente completa da VCS. Existem ainda sinais de trombose antiga da veia subclávia direita com reperfusão parcial. As VJI encontram-se permeáveis. Volumoso DP à direita, associado a ate-

lectasia do parênquima adjacente". Equacionada a hipótese de DP secundário a obstrução da VCS. Avaliado por Cirurgia Vascular, tendo realizado angioplastia com balão e colocação de stent na VCS (2021). Resolução clínica e do DP, sem evidência de recidiva após intervenção cirúrgica.

Discussão: SVCS associado a complicações de dispositivos venosos, neste caso cateteres de diálise, têm aumentado nos últimos anos. Apesar de pouco comum na prática clínica, alguns dos SVCS cursam com DP, que classicamente resolve após reperfusão venosa.

Palavras-chave: Derrame pleural. Síndrome da veia cava superior.

P072. NÓDULOS PULMONARES NECRÓTICOS: RELATO DE UM DIAGNÓSTICO POR ESCLARECER

J. Lourenço, S. Dias, M. Araújo, M.J. Moura, C.S. Moura, A.P. Vaz

Hospital Pedro Hispano.

Introdução: Os diagnósticos diferenciais de nódulos pulmonares (NP) são vastos. Destacamos este caso pelo desafio diagnóstico que apresenta mesmo após uma marcha etiológica exaustiva numa doente imunodeprimida.

Caso clínico: Mulher de 71 anos, não fumadora. Comorbilidades: HTA, Insuficiência aórtica moderada, bócio, linfoma folicular em massa abdominal (estadio IV, sem atingimento torácico) tendo cumprido 6 ciclos de R-CHOP e iniciado manutenção com rituximab. Em Setembro de 2021 detectados múltiplos NP (< 10 mm) bilaterais, tendo suspenso o rituximab (4ciclos). Assintomática e sem alterações de relevo ao exame físico. Realizou biópsia pulmonar trans-torácica (BTT): extensa área de necrose, circundada por tecido colagenizado e infiltrado inflamatório. Biópsia pulmonar e LBA negativos para anatomia patológica/citometria de fluxo/microbiologia/biologia molecular. PET-CT: captação focal discreta de radiofármaco nos múltiplos NP (SUVmáx 1,3). Após 3ª BTT inconclusiva, foi referenciada para videotoroscopia direita: visualização de pulmão rosado, com NP de cor nacarada, duros, que foram excisados, em ressecções atípicas (LS (4x), LI (2x)). A histologia revelou nódulos de centro necrótico, rodeados por fibrose e macrófagos. Sem partículas refringentes à luz polarizada. Estudo histoquímico PAS-D e Ziehl-Neelsen negativo. Estudo adicional de Gram, Warthin-Starry e Grocott negativos. Microbiologia negativa, PCR Micobacterium tuberculosis, intracelular e Nocardia negativos. Hipóteses mais prováveis - etiologia infecciosa em doente imunossuprimida ou nódulo reumatóide. Manteve-se em vigilância com estabilidade clínica e imagiológica. Estudo imunológico negativo (VS 29 mm/1h, FR < 20 UI/mL, citrulina 0,70 U/mL, ANA, ANCA negativos). Sem défice de imunoglobulinas. Em 2023, artralhas dos punhos e interfalangias proximais à direita atípicas, tendo sido pedido novo estudo imunológico e referenciada à consulta de Medicina Interna.

Discussão: No caso descrito efetuou-se uma marcha diagnóstica para exclusão de neoplasia/infeção/doença linfoproliferativa, encontrando-se a doente em vigilância. NP reumatóides, embora raros, são específicos de Artrite Reumatóide. Existem alguns casos descritos de NP reumatóides identificados previamente ao desenvolvimento de queixas articulares e com FR inicialmente negativo.

Palavras-chave: Nódulos pulmonares. Nódulos pulmonares necróticos.

P073. DEVELOPMENT OF A MACHINE LEARNING MODEL FOR CLASSIFICATION OF SLEEP APNEA

B. Malta, M. Rodrigo, L. Costa, Z. Camilo, I. Azevedo, A.L. Fernandes, A.P. Simão

Hospital Pedro Hispano.

Introduction: Obstructive sleep apnea (SAOS) is a common sleep disorder that affects the population and has negative health out-

comes. It has socioeconomic implications, as it can affect work productivity, driving safety and healthcare costs. Portugal estimates a 4.1 billion euros annual cost for excessive daytime sleepiness. This study aims to analyze statistically a HSAT (Home Sleep Apnea Test) machine (Nox medical T3s) and use machine/deep learning algorithms to classify the diagnosis based on the AASM 2012 criteria.

Methods: The data is a private database collected in Hospital Pedro Hispano between January 2022 and January 2023, with 500 patients. It includes anthropomorphic and demographic features such as age, weight, height, IMC, cervical perimeter, abdominal perimeter, smoker and Epworth score. Data analysis was done using python version 3.8.5, libraries such as pandas, matplotlib/seaborn and scipy. The implementation of machine/deep learning models was done using Tensorflow (deep learning) and Sklearn (machine learning). Demographic analysis showed a mean of 59 years, 85 kg, 165 cm, 32 kg/m², 60% male, 40% female, 43 cm cervical perimeter, 109 cm abdominal perimeter. Manual scores had strong correlations with automatic scores. Band-Altman plot also showed agreement.

Results: Dividing the database by the cut-offs, the strongest correlation is within IAH above 30 (80%) and the weakest being the IAH lower than 5 (69%). The correlation of AHI above 15 (91%) is higher when compared to AHI below 15 (87%). Analyzing the metrics, the moderate and severe cut-offs got the best sensitivity (82%, 94%) and specificity (89%, 96%) respectively. Using 3 different machine learning algorithms, random forest, support vector machines and ada-boost, the first one got the best results, achieving an accuracy on the testing data of 90%. Converging AHI information to a machine learning model increases accuracy and decreases bias. Limitations include limited sample size, different features and canula artifacts. It is advised not to use automatization in patients with a higher probability of central apneas or hypopneas. **Conclusions:** Developing a more intricate and autonomous system is necessary to overcome the economic burden of SAOS in healthcare institutions.

Keywords: SAOS. Machine learning. Deep learning. Polysomnography.

P074. SARCOIDOSE RENAL: A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

M.J. Moura, S. Dias, M. Araújo, J. Lourenço, R. Pereira, I. Neves

Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Introdução: A Sarcoidose é uma doença inflamatória granulomatosa multissistémica de etiologia desconhecida. O pulmão é o órgão mais afetado, sendo o envolvimento renal extremamente raro. Este, resulta maioritariamente da alteração do metabolismo do cálcio e muito raramente da presença de granulomas. A nefrite tubulointersticial não granulomatosa é a entidade histológica mais comum.

Casos clínicos: Caso 1. Homem de 73 anos em estudo por sintomas B. Identificada creatinina de 4 mg/dl, pancitopenia, múltiplas adenopatias torácicas e abdominais com hipercaptação na PET-FDG e áreas de densificação nodular subpleural. ECA e cálcio aumentados. LBA com linfocitose intensa (49%) e razão CD4/CD8 normal; citologia e IFT não sugestivas de malignidade e TBNA não representativa. Biopsada adenopatia supraclavicular que revelou linfadenite granulomatosa com razão CD4/CD8 elevada e biópsia renal que revelou nefrite intersticial granulomatosa não necrotizante. Assumida sarcoidose com envolvimento pulmonar, ganglionar e renal. Iniciada corticoterapia com melhoria da função renal, hipercalcemia e do envolvimento pulmonar. Caso 2. Mulher de 33 anos, ex-fumadora, referenciada a consulta de nefrologia por agravamento progressivo da função renal (creatinina 1.7 mg/dl). A biópsia renal revelou com glomerulite mesangioproliferativa não granulomatosa. TC torácico com múltiplas adenopatias mediastínicas. EBUS-TBNA com granulomas sem necrose e LBA com alveolite linfocítica intensa com razão CD4/CD8 elevada. Assumida sarcoidose com envolvimento pulmonar e renal. Aguarda IGRA para início de corticoide. Caso 3. Mulher de

57 anos, ex-fumadora com história pregressa de tosse crónica e 3 micronódulos pulmonares estáveis. Foi referenciada a consulta de nefrologia por anemia, hipercalcemia e creatinina de 5 mg/dl em análises de rotina. Biópsia renal com nefrite intersticial granulomatosa não necrotizante. ECA normal. Discutido com pneumologia e assumida sarcoidose com envolvimento renal exclusivo. Iniciou corticoterapia com melhoria da função renal.

Discussão: A sarcoidose renal é rara e pode ocorrer independentemente do envolvimento pulmonar. O seu diagnóstico obriga a reunião multidisciplinar e, na maioria dos casos, a biópsia renal. O tratamento com corticoterapia é necessário pelo risco de evolução para falência renal.

Palavras-chave: Sarcoidose. Renal.

P075. HISTIOCILOSE PULMONAR DE CÉLULAS DE LANGERHANS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M.J. Moura, S. Dias, M. Araújo, J. Lourenço, R. Pereira, I. Neves

Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Introdução: A histiocitose pulmonar de células de Langerhans (HP-CL) é uma doença rara, de etiologia desconhecida, associada ao consumo tabágico. Caracteriza-se por uma anormal proliferação de células de Langerhans, com formação de lesões nodulares de evolução variável.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de um homem de 46 anos, fumador, referenciado à consulta de Pneumologia do Hospital Pedro Hispano, por alterações em radiografia torácica. Clinicamente apresentava tosse seca, perda ponderal e dispneia para esforços (mMRC 2) desde há 6 meses. A TC torácica de alta resolução evidenciou múltiplas lesões quísticas, coalescentes, predominantemente nos ²/₃ superiores de ambos os campos pulmonares e, no LBA alveolite eosinofílica ligeira com 1,05% de células CD1a+. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar de doenças pulmonares difusas do Hospital de São João e assumiu-se o diagnóstico de provável HPCL. As provas de função respiratório evidenciaram alteração ventilatória obstrutiva ligeira com air trapping e defeito grave da DLCO. O ecocardiograma transtorácico revelou sinais sugestivos de hipertensão pulmonar (HTP) com sinais de sobrecarga do ventrículo direito (PSAP 40 mmHg), pelo que foi enviado para centro de referência. O cateterismo cardíaco direito identificou HTP pré-capilar, pelo que iniciou tratamento dirigido com macitentan e tadalafil, obtendo melhoria franca do BNP e dessaturação marcada mantida na prova da marcha. Por bicitopenia persistente realizou PET-FDG que demonstrou hipercaptação óssea difusa e em esplenomegalia. O estudo da medula óssea revelou síndrome mielodisplásica com displasia multilinhagem. Atualmente o doente apresenta estabilidade da doença com a cessação tabágica.

Discussão: Pela raridade do diagnóstico de HPCL não existem estudos suficientes sobre o melhor tratamento a oferecer a estes doentes. A pesquisa ativa de complicações associadas, como a HTP e malignidades, é essencial no sentido de iniciar o tratamento em fases precoces. Os autores pretendem também salientar que, contrariamente à maioria das doenças pulmonares intersticiais, a HTP associada a HPCL (grupo 5) tem indicação para tratamento dirigido.

Palavras-chave: Histiocitose pulmonar de células de langerhans.

P076. EXPERIÊNCIA COM COLISTIMETATO DE SÓDIO INALADO NO TRATAMENTO DE BRONQUIECTASIAS

M.I. Pereira, C. Santos, F. Rodrigues, C. Bárbara

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: As orientações europeias recomendam antibioterapia inalada, incluindo colistimetato de sódio (CS), no tratamen-

to da infecção brônquica crônica (IBC) por *Pseudomonas aeruginosa* (PSAE) em doentes com bronquiectasias não fibrose quística (BQNFQ) com três ou mais exacerbações/ano. As orientações espanholas recomendam-na independentemente das exacerbações com o intuito de melhorar o prognóstico. É consensual a tentativa de erradicação de PSAE no primeiro isolamento. Apresentamos seis doentes seguidos no Hospital de Dia Pneumológico.

Casos clínicos: Caso 1, AB, 63 anos, não fumadora, BQ pós-infecciosas e insuficiência respiratória crônica (IRC) global. Três exacerbações no ano prévio (uma com necessidade de internamento), iniciado Promixin®. No primeiro ano, registou uma exacerbação ligeira. Caso 2, JC, 77 anos, ex-fumador (80 UMA), BQ idiopáticas e IRC parcial. Quatro exacerbações no ano prévio (duas com necessidade de internamento), iniciado Colobreathe®. Sem exacerbações no primeiro ano. Caso 3, JP, 67 anos, não fumador, BQ idiopáticas. Quatro exacerbações no ano prévio (uma com necessidade de internamento), iniciado Promixin®. No primeiro ano, registou duas exacerbações, uma delas grave. Encontra-se em investigação por leucopenia profunda. Pondera-se o switch para tobramicina inalada. Caso 4, AL, 72 anos, não fumador, com síndrome de Mournier Kuhn (traqueobroncomegália congénita). Uma exacerbação no ano prévio e isolamento de PSAE mucóide, tentativa de erradicação sem sucesso, iniciado Colobreathe®. Sem exacerbações no primeiro ano. Caso 5, NS, 79 anos, não fumador, com BQ, asma e aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA). Sem exacerbações no ano prévio, porém com isolamento de PSAE mucóide, tentativa de erradicação sem sucesso, iniciado Promixin®. Sem exacerbações no primeiro ano. Caso 6, FA, 58 anos, não fumador, com BQ, asma e ABPA e com IRC parcial. Sem exacerbações no ano prévio, porém com isolamento de PSAE mucóide, tentativa de erradicação sem sucesso, iniciado Colobreathe®. Sem exacerbações no primeiro ano.

Discussão: A experiência deste centro é favorável à utilização de CS no tratamento da IBC por PSAE em doentes com BQNFQ, indicação atualmente off-label. São necessárias orientações europeias quanto à sua utilização em doentes pouco ou não exacerbadores.

Palavras-chave: *Bronquiectasias. Antibioterapia inalada. Colistimetato de sódio.*

P077. LOMBALGIA: O PRIMEIRO SINTOMA DE DERRAME PLEURAL

C.A. Robalo, A.T. Reis, D.F. Tomas, M. Neto, P. Carneiro, A. Gaspar, P. Carneira, C. Rosa, E. Pedroso

Hospital de São Bernardo.

Introdução: O derrame pleural constitui um dos principais diagnósticos mais comuns na nossa prática clínica. Pode ter múltiplas causas subjacentes e uma extensa variedade de formas de apresentação, podendo cursar com uma clínica inespecífica, levando a que seja frequentemente desvalorizado. Neste trabalho os autores procuram alertar para a importância de uma história clínica detalhada e um exame físico rigoroso que guie a colocação das hipóteses de diagnóstico e a investigação dirigida com recurso a meios complementares.

Caso clínico: Descrevemos o caso de uma utente do género feminino, 44 anos, com antecedentes de nódulo mamário direito em estudo e fumadora. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por um quadro com 5 dias de evolução de lombalgia à direita com irradiação anterior e dor torácica de características pleuríticas, refratária à toma de anti-inflamatórios. A doente tinha já recorrido ao SU 4 dias antes com as mesmas queixas de lombalgia à direita, tendo tido alta com antibioterapia empírica para uma infecção do trato urinário. À admissão, apesar de hemodinamicamente estável, era possível à auscultação pulmonar perceber a diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito. Realizou radiografia

torácica de 2 incidências, identificando-se apenas na radiografia de perfil uma hipotransparência sugestiva de derrame pleural loculado à direita, cuja tomografia computadorizada torácica confirmou. Observava-se também alguma heterogeneidade do parênquima pulmonar, traduzindo consolidação inflamatória/infecciosa. Admitiu-se então o diagnóstico de pneumonia com derrame parapneumónico e, para o seu estudo, foi realizada ecografia torácica sugestiva de derrame não puro, motivo pelo qual se procedeu a toracocentese diagnóstica com aspiração de líquido espesso, coloração amarelo turvo com pH <7 e glicose de 69 mg. Durante o internamento verificou-se melhoria progressiva com antibioterapia empírica, mantendo-se acompanhamento em Hospital de Dia após a alta hospitalar.

Discussão: A descrição deste caso visa reforçar a importância do raciocínio clínico baseado na anamnese e exame objetivo, bem como numa correta interpretação dos exames imagiológicos torácicos (disponibilizados pelos autores neste trabalho), tão importantes na nossa prática clínica.

Palavras-chave: *Derrame pleural. Derrame parapneumónico.*

P078. ADENOCARCINOMA PULMONAR ENTÉRICO: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

F. Modesto, G. Lage, J. Patrício, V. Caldeira, P. Duarte

Hospital de São Bernardo - Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução: O adenocarcinoma pulmonar entérico é um tipo raro de carcinoma do pulmão de não pequenas células com um padrão histológico semelhante ao de carcinoma colorretal. O seu diagnóstico baseia-se na presença de histologia e imunohistoquímica compatíveis com diferenciação intestinal na ausência de cancro colorretal metastático e de adenocarcinoma pulmonar primário.

Caso clínico: Apresenta-se um caso de um homem de 56 anos, serralheiro, ex-fumador de 60 Unidades Maço Ano, com antecedentes de hipertensão arterial, que recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia pleurítica com uma semana de evolução associada a dispneia e cansaço para esforços progressivamente menores. Adicionalmente, identificava-se perda ponderal de 10% em 4 meses. Ao exame objetivo apresentava murmúrio vesicular abolido na metade inferior do hemitórax direito, sem outras alterações. Realizou radiografia e TC torácicas com derrame pleural direito condicionando atelectasia pulmonar. Submetido a toracocentese com citologia do líquido pleural positiva para células tumorais (CK7+, TTF1-, WT1-, com marcação focal a calretinina). A TC de reavaliação revelou espessamento pleural ao nível do lobo inferior direito de aspeto nodular difuso captante de contraste com atelectasia do parênquima adjacente, adenopatias mediastínicas e no espaço cardiopneumónico direito, sem focos suspeitos nos cortes extrapulmonares. Ressonância magnética cranio-encefálica com lesão frontal única (9 mm) associada a edema. PET com captação correspondente às áreas nodulares pleurais (SUVmax = 10) e região justadiafragmática (SUVmax = 12), nódulos subpleurais, traqueais, infra-carinal e seio cardio-frénico direito (com SUVmax = 8), sem outros focos. Pela suspeita de mesotelioma realizou biópsia pleural por mini-toracotomia cujos resultados anatomopatológicos revelaram provável adenocarcinoma do tipo intestinal, CK7+, BerEP+; CK20-; TTF1-; GATA3-; CDX2- p40-; WT1-; Calretinina-, podoplanina-; PDL1 < 1%. Iniciou quimioterapia com carboplatina e pemetrexedo, assim como corticoterapia sistémica e radioterapia holocraniana.

Discussão: O caso destaca a importância do reconhecimento desta entidade rara com prognóstico reservado e cujo comportamento agressivo e metastização precoce tornam importante a investigação de terapêuticas dirigidas.

Palavras-chave: *Neoplasia. Adenocarcinoma pulmonar entérico. Imunohistoquímica.*

P079. CROUP: UMA CAUSA RARA DE ESTRIDOR NA IDADE ADULTA

F. Modesto, M. Marçal, D. Noivo, V. Caldeira, P. Duarte

Hospital de São Bernardo - Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução: A laringotraqueíte ou laringotraqueobronquite, designada como croup, é uma patologia frequente na idade pediátrica, no entanto, é uma causa rara de estridor em adultos. Nesta faixa etária a etiologia mais frequente é o parainfluenza 3, ou bacteriana por *Haemophilus influenza* ou *Streptococcus* spp.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 85 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus e acidente vascular isquémico. Apresentava tosse não produtiva, dispneia e cansaço fácil para esforços moderados com cerca de três dias de evolução. Recorre ao serviço de urgência por agravamento súbito do quadro, com dispneia em repouso. Ao exame objetivo, hemodinamicamente estável, taquicárdica, taquipneica, apirética, com estridor inspiratório e tiragem intercostal e supraclavicular. Analiticamente com leucocitose e neutrofilia, sem outras alterações. Gasimetria sem hipoxemia em ar ambiente. Realizou painel viral respiratório, positivo para parainfluenza 4. Radiografia tóraca com redução do calibre da traqueia superior, bem como desvio traqueal direito, sem outras alterações de relevo. Neste contexto realizou ecografia cervical, onde se detetaram sinais inflamatórios no andar glótico e supraglótico, bem como efeito compressivo do tronco braquiocéfálico. Realizou nasofaringolaringoscopia, sem outras alterações. Medicada com nebulização de adrenalina e dexametasona, e corticoterapia sistémica com melhoria sintomática e resolução do quadro de estridor.

Discussão: Com este caso os autores pretendem alertar para a importância do reconhecimento e avaliação imediata do doente com estridor, sendo obrigatória a exclusão de outras patologias potencialmente fatais como a epigloteite ou aspiração de corpo estranho. Apesar de o tratamento ser sintomático, a croup requer monitorização apertada, estando associada a doença mais grave em adultos, com 87% dos casos a necessitar de internamento em unidade de cuidados intensivos.

Palavras-chave: Croup. Estridor. Parainfluenza.

P080. A CASE REPORT OF IATROGENIC BRONCHOALVEOLAR LAVAGE

M, Duarte-Silva, C. Jardim, A. R. Barreira, D. Maia, A. Miguel

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Introduction: The overall complication rate of bronchoscopy, which includes iatrogenic BAL, is generally low, ranging from 0.08% to 5%. However, the incidence of complications can be higher in certain patient populations, such as those with underlying lung disease or immunocompromised patients.

Case report: We report a case of a 45-year-old male who was referred for a bronchoscopic evaluation for suspected pulmonary tuberculosis. The patient had a history of a renal pancreatic transplant and was on chronic immunosuppressants. He had lost significant weight in the past month and had radiological evidence of varicose bronchiectasis with coexisting centrilobular micronodularity and tree-in-bud pattern in the right lung parenchyma. After taking consent, the patient underwent BAL following standard institutional protocol. Brittle and easily bleeding mucosa was noted. At the end of the procedure, the patient developed a cough and a self-limited right chest pain. An urgent chest X-ray was ordered which revealed a small right-side pleural effusion. He was discharged and instructed to be alert for any warning signs. One-week later, the patient presented to the emergency department with continuous pleuritic right chest pain. He was febrile and tachycardic on evaluation. Chest-CT revealed an "extensive hydropneu-

mothorax with left lower lobe collapse associated with an extensive cavernous destruction with irregular walls and pleural continuity". A 28 Fr chest-tube was inserted with evidence of purulent pleural liquid. Broad spectrum IV antibiotics were started with piperacillin/tazobactam and linezolid. Pleural liquid culture revealed a *Streptococcus intermedius*. LBA cultures revealed a *Rasamsonia argillacea* complex and antifungal therapy with voriconazole was associated. The patient subsequently worsened with respiratory failure and need of high flow nasal oxygen associated with a cytomegalovirus pneumonia. Ganciclovir was started with clinical improvement. The patient was discharged after 35 days of hospitalization. **Discussion:** BAL by fiber-optic bronchoscopy is considered a safe procedure, however it might be complicated very rarely by hydro-pneumothorax. Awareness of the possibility, close monitoring of symptoms and vitals of the patient after the procedure, and chest imaging are essential not to delay the diagnosis.

Keywords: Bronchoscopy. Bronchoalveolar lavage. Hydro-pneumothorax.

P081. NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2

T. Clavero, A.G. Salazar, L. Gil, A.M. Martín, E.C. Prieto, J.M. Puentes, J.M. Moreiras, S. Cadenas

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: La pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido un impacto importante en numerosas patologías cardiopulmonares. Con este estudio tratamos de analizar los parámetros clínicos, funcionales, de imagen y hemodinámica, de los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial pulmonar (HAP)/ hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) en nuestro Hospital desde el inicio de la pandemia para evaluar el impacto del cese de actividad en consultas durante las sucesivas oleadas.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de variables de riesgo basales de pacientes con HAP y HPTEC (n = 22) diagnosticados en la Unidad (UHP-CAUSA) entre marzo de 2020 y septiembre de 2022.

Resultados: Pacientes con HAP (N = 14): presentaban en su mayoría CF avanzada, con un NT-pro-BNP medio de 1540,93 ng/mL. El 71,4% realizaron PM6M, con una distancia media recorrida de 346 metros. El área media de AD fue de 23,76 cm². El 50% presentó derrame pericárdico. El Gc medio: 4,82 L/min; IC: 2,77 L/min/m²; SvO₂: 63,41%. El 78,6% comenzó tratamiento con monoterapia. Pacientes con HPTEC (N = 8): la mayoría sin deterioro funcional acusado, con un NTproBNP al diagnóstico de 710,87 ng/mL. El 62,5% realizaron test de la marcha, con una distancia recorrida media de 429 m. Área de AD: 32,12 cm²; Solo 1 presentaba derrame pericárdico pero el 62,5% presentaba dilatación de cavidades derechas. Todos recibieron tratamiento médico, en régimen de monoterapia de inicio, salvo 1 (no candidato a EA) que recibió terapia combinada secuencial. 5 de los 8 pacientes fueron derivados para EA al hospital 12 de Octubre, 1 fue tratado mediante APBA.

Conclusiones: Los pacientes con HAP siguen diagnosticándose en una situación funcional peor y con un mayor deterioro en las pruebas de imagen y hemodinámica que los pacientes con tromboembólica crónica. Llama la atención el uso preferente de la monoterapia de inicio, a pesar de las actuales recomendaciones, propiciado por la dificultad para realizar una monitorización estrecha como consecuencia de la pandemia. La mayor dificultad para la canalización durante la pandemia ha propiciado el uso generalizado de tratamiento médico en los pacientes con tromboembólica crónica, incluso en los candidatos a endarterectomía (tratamiento puente), ante la incertidumbre sobre la demora en la valoración de la indicación y práctica de la cirugía.

Palabras clave: Hipertensión pulmonar. SARS-CoV-2. Riesgo basal.

P082. CAVIDADE HABITADA NO PULMÃO: UM DESAFIO TERAPÊUTICO

M.J. Cavaco, D. Cabral, S. Alves, L. Mateus, A. Nunes, R. Cordeiro, C. Silvestre, D. Duarte, P. Raimundo, T. Falcão

Centro Hospitalar do Oeste.

Introdução: O aspergiloma pulmonar é uma das manifestações da aspergilose pulmonar crônica, sendo caracterizado pelo crescimento de uma massa esferóide constituída por hifas de *Aspergillus* spp, células inflamatórias, fibrina, muco e restos celulares no interior de uma cavidade pré-existente. Num doente assintomático e radiologicamente estável ao longo do tempo, pode não ser necessário tratamento. Nos restantes, tratamento médico com antifúngicos ou cirúrgico deve ser considerado. A ressecção cirúrgica pode estar indicada em doentes muito sintomáticos, particularmente com hemoptises, a fim de prevenir hemorragias potencialmente fatais.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 67 anos, não fumador, com história de hipertensão arterial. Negava história de doenças respiratórias, excepto uma infeção pulmonar aos 7 anos. Foi enviado à consulta de Pneumologia por episódios autolimitados de tosse com hemoptises de pequeno volume com um mês de evolução. Trazia uma tomografia computadorizada torácica com uma cavidade de parede espessa para-mediastínica no segmento apico-posterior do lobo superior esquerdo (51 mm de diâmetro máximo), parcialmente ocupada com nódulo central denso, bem definido. O doente realizou broncofibroscopia que não mostrou alterações da árvore traqueobrônquica e cujos exames bacteriológico e micobacteriológico foram negativos. O exame micológico confirmou a presença de hifas de *Aspergillus niger*. Iniciou tratamento com antifúngico (Voriconazol) que manteve durante 10 semanas, altura em que suspendeu por hiperbilirrubinemia indireta posteriormente assumida como Síndrome de Gilbert. Não se verificou melhoria clínica ou radiológica durante o tratamento. O doente foi avaliado pela Cirurgia Torácica e proposto para ressecção cirúrgica com reinício prévio de antifúngico. Foi submetido a segmentectomia apico-posterior esquerda por toracotomia que decorreu sem complicações. A peça anatómica revelou uma loca ocupada por material pastoso, amarelo-acastanhado que microscopicamente correspondia a bronquiectasia com bronquiólite e colonização por hifas e esporos consistentes com *Aspergillus* (PAS +, Grocott +).

Discussão: A presença de uma cavidade habitada no pulmão corresponde frequentemente a um Aspergiloma, no entanto o verdadeiro desafio começa muitas vezes na decisão de quando e como tratar.

Palavras-chave: *Aspergiloma. Cavitação. Aspergilus.*

P083. AFECTACIÓN PLEUROPULMONAR POR SALMONELLA ENTERITIDIS

T. Clavero, A.G. Salazar, D. Puertas, L. Gil, E.C. Prieto, A.M. Martín, R. García, M. Iglesias, R. Cordovilla

Hospital Universitario de Salamanca.

Caso clínico: Paciente varón de 69 años, diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón estadio IV hace un año, actualmente en tratamiento de mantenimiento con pemetrexed y pembrolizumab. Acudió al Servicio de Urgencias por un cuadro de una semana de evolución de aumento de su disnea habitual, tos productiva con expectoración serosa y febrícula. En la exploración física mostraba importante taquipnea pese a la terapia con oxigenoterapia a bajo flujo, con ausencia del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo, así como edemas en extremidades inferiores. En la analítica, LDH 271 U/L, pro-BNP 2.506 pg/mL, PCR 35,1 mg/dL, procalcitonina 1,57 ng/mL. En la radiografía de tórax se evidenció derrame pleural izquierdo con componente atelectásico ipsilateral. Se realizó toracocentesis diagnóstica: líquido serohemático compatible con derrame pleural complicado. También glucosa 53

mg/dL, LDH 3,281 U/L, ADA 83 U/L, leucocitos 28.298 a expensas de polimorfonucleares (99%) y, tras resultados del análisis microbiológico, cultivo de LP positivo para *Salmonella enteritidis*. Se colocó tubo de drenaje endotorácico, que se mantuvo 16 días y antibióticoterapia, inicialmente empírica con piperacilina-tazobactam, desescalando a ceftriaxona tras resultados de sensibilidad. El LP persistió positivo para *Salmonella* en varias muestras analizadas en días diferentes.

Discusión: El género *Salmonella* está formado por bacilos gram-negativos cuya forma clínica de presentación habitual son cuadros gastrointestinales agudos y autolimitados con bajo riesgo de bacteriemia e infecciones extraintestinales (1,8%). De las formas extraintestinales, la afectación pleuropulmonar es de las menos frecuentes, siendo más frecuente en pacientes con SIDA e inmunocomprometidos con edad > 50 años. Lo más frecuente en este tipo de infecciones, es la diseminación hematógena, siendo menos frecuente por contigüidad desde un foco cercano o por aspiración de secreciones gástricas. Lo más plausible en nuestro paciente sería una infección alimentaria previa, autolimitada y asintomática, con posterior paso a la circulación sanguínea. En los artículos revisados, la presentación suele ser aguda, con mal pronóstico, sin características clínicas ni radiológicas específicas. En relación con el tratamiento, este no es distinto del de otrosempiemas causados por otros microorganismos.

Palabras clave: *Derrame pleural. Salmonella. Inmunocomprometido.*

P084. QUANDO UMA SÍNDROME GRIPAL AFINAL ERA UMA FEBRE Q

S. Begonha, S. Lopes, E. Magalhães, M.S. Valente, M. Baptista

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Introdução: A Febre Q, uma zoonose causada pela bactéria *Coxiella burnetii*, tem como principal reservatório o gado caprino, ovino e bovino. Transmite-se para humanos através da inalação de aerossóis ou poeiras contaminadas por excreções, leite e produtos do parto de animais infetados.

Caso clínico: Homem, 22 anos, saudável, recorreu à Urgência por toracalgia, tosse com expectoração mucosa, febre e dejeções líquidas com 1 semana de evolução. Referia sintomas semelhantes desde há cerca de 1 mês com melhoria parcial com tratamento sintomático. Ex-fumador (3UMA), vive em meio rural, trabalha no corte de madeira e pratica caça. Ao exame físico, eupneico, SatO₂ (FiO₂ 21%) 95%, auscultação cardiopulmonar sem alterações. Analiticamente com leucocitose e neutrofilia, trombocitose, anemia, elevação da PCR e das transaminases, aumento do tempo de protrombina e dos D-Dímeros. Radiografia de tórax com opacidade arredondada de base pleural no campo pulmonar esquerdo e elevação hemicúpula diafragmática esquerda. A Angio-TC torácica evidenciou volumoso derrame pleural (DP) esquerdo loculado, com áreas de colapso e espessamento de septos interlobulares do parênquima adjacente. A Ecografia torácica à beira do leito confirmou derrame com múltiplas locas e septos bem definidos. Realizou toracocentese diagnóstica com saída de líquido pleural (LP) citrino e com características de DP parapneumónico complicado: pH 7, ratio proteínas LP/Soro 0,8, ratio LDH LP/Soro 20,6, Glicose < 5, ADA 70. Iniciou antibióticoterapia empírica com Meropenem. Observou-se melhoria clínica parcial, mas fraca resposta radiológica. Devido à exposição ocupacional requisitaram-se serologias para zoonoses, nomeadamente para *Coxiella burnetii* cujo resultado revelou aumento dos anticorpos IgM de Fase 2 com IgG normais. Perante este resultado e quadro clínico compatível com Febre Q iniciou tratamento com doxiciclina oral, verificando-se melhoria clínica, analítica e radiológica, com diminuição do volume e da densidade do derrame. Está a ser acompanhado em consulta de Pneumologia e a realizar reabilitação respiratória diária.

Discussão: Este caso evidencia o desafio diagnóstico da Febre Q, que pode mimetizar uma Síndrome Influenza-like. Salienta a importância de uma história clínica detalhada, uma vez que a profissão e hobbies podem ser um risco acrescido para Zoonoses.

Palavras-chave: Zoonose. *Coxiella burnetii*. Febre Q. Síndrome gripal.

P085. TRATAMENTO GUIADO PELA BRONCOFIBROSCOPIA

M. Bragança, T. Abreu, L. Mota, J. Semedo, C. Bárbara

CHULN.

Introdução: A pneumonia é uma condição clínica comum, que adquire especial preocupação na população imunocomprometida, mostrando piores outcomes com elevada morbimortalidade.

Caso clínico: Mulher 79 anos, autónoma, com carcinoma da nasofaringe diagnosticado em 2009, submetida a quimio-radioterapia, com recidiva local em 2022, submetida a imunoterapia. Como complicações apresentou estenose faringo-laríngea radica que motivou tranqueostomia e gastrostomia percutânea. Medicada com Prednisolona, nistatina e trimetoprim/sulfametoxazol. Recorreu ao SU por dispneia e tosse produtiva com 5 dias de evolução. Apresentava placas compatíveis com candidíase na orofaringe, insuficiência respiratória parcial e elevação dos parâmetros inflamatórios. Realizou radiografia tórax que mostrou hipotransparência no lobo inferior esquerdo (LIE) e TC do pescoço e tórax que mostrou derrame pleural bilateral ligeiro e condensação no LIE. Admitida pneumonia adquirida na comunidade e iniciou antibioterapia empírica com levofloxacina. Por agravamento com maior dependência de oxigénio suplementar, realizou broncofibroscopia (VBFC), que revelou sinais inflamatórios e secreções purulentas, tendo a cultura do lavado broncoalveolar (LBA) revelado *Enterobacter cloacae* produtora de beta-lactamases de espectro alargado. Foi alterada antibioterapia de acordo com TSA para meropenem, apresentando melhoria, mas não resolvendo a necessidade de oxigénio suplementar. Repetiu VBFC que revelou hiperémia da mucosa e algumas secreções purulentas, com o LBA a revelar muitos elementos leveduriformes de *Candida albicans*, *Pichia kudriavzevii* e *Candida glabrata* e ainda *Stenotrophomonas maltophilia*. Cumpriu terapêutica dirigida com cotrimoxazol e caspofungina, novamente sem sucesso. Nova VBFC revelou a presença de *Klebsiella pneumoniae*, que foi tratada com amoxicilina/clavulanato, apresentando melhoria progressiva e muito significativa. Na VBFC excluída hipótese de fístula traqueo-esofágica e realizada extensão jejunal da gastrostomia percutânea durante o internamento. Teve alta para unidade de reabilitação.

Discussão: Na pneumonia no doente imunocomprometido é essencial um diagnóstico atempado com implementação precoce de antibioterapia, atendendo ao pior prognóstico em relação ao doente imunocompetente.

Palavras-chave: *Pneumonia no imunocomprometido*. *Traqueostomia*. *Gastrostomia percutânea*.

P086. COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À TORACOCENTESE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Bragança, I. Spencer, T. Abreu, L. Mota, J. Semedo, A.S. Vilariça, C. Bárbara

CHULN.

Introdução: O mesotelioma pleural maligno é um tumor agressivo associado a uma exposição prévia ao amianto. O derrame pleural ipsilateral é comum sendo a citologia do derrame pleural realizada na maioria dos casos antes do diagnóstico definitivo.

Caso clínico: Homem 77 anos, autónomo. Reformado com exposição ocupacional a amianto. Antecedentes pessoais conhecidos de adenocarcinoma da próstata, a ressecção transuretral da próstata

em 2013. Por quadro de dispneia e derrame pleural de etiologia desconhecida à direita com 6 meses de evolução foi submetido a biópsia pleural e talcagem por VATS onde foram observadas micronodularidades mais intensas no diafragma. Realizado diagnóstico de mesotelioma epiteloide, sem sinais de secundarização. Contudo verificou se recorrência das queixas de cansaço e dispneia, com evidência recidiva de derrame pleural à direita. Realizada toracocentese e colocado dreno torácico. Na semana seguinte ao procedimento, aparecimento de edema/área de consistência dura na região dorsal postero-lateral do tórax com cerca de 5 cm, à direita, móvel em relação aos planos superficiais mas fixa em relação aos planos profundos, assintomática. Realizou TC de tórax que mostrou evidência de infiltração da parede torácica pelo mesotelioma, em local de colocação do dreno torácico. Assumiu-se infiltração da parede torácica. Avaliado em Reunião Multidisciplinar, concluindo-se mesotelioma epiteloide cT4 cN0, irrecetável, optando-se por terapêutica sistémica. Doente recusou realizar quimioterapia tendo sido proposto para programa de acesso precoce (PAP) para nivolumab + ipilimumab em primeira linha para doença irrecetável.

Discussão: Em até 15% dos casos de mesotelioma pleural maligno há complicações técnicas com o aparecimento de depósitos tumorais subcutâneos no trajeto feito nas biópsias por agulha, cicatrizes cirúrgicas e dreno torácico. No caso de toracostomia ou excisão cirúrgica a probabilidade de metástases da parede torácica pode aumentar até aos 40%. Assim, é essencial uma correta técnica de modo a evitar infiltração tumoral.

Palavras-chave: *Mesotelioma*. *Toracocentese*. *Infiltração parede torácica*.

P087. FÍSTULA AORTO-PLEURAL SECUNDÁRIA A RUTURA DE ANEURISMA DA AORTA

M.C. Silva, J. Naia, A.R. Pedroso, D. Pimenta, J. Catarata, E. Padrão, L. Ferreira

Hospital de Braga.

Introdução: A etiologia mais frequente do hemotórax é o trauma torácico, seguindo-se a iatrogenia decorrente de procedimentos médicos, mas existem condições mais raras como tumores, infeções, coagulopatias e eventos vasculares.

Caso clínico: Mulher de 91 anos com antecedentes de HTA e dislipidemia. Admitida no SU por lipotimia e consequente traumatismo torácico. Na anamnese, referência a queixas algícas dorso-lombares com várias semanas de evolução. À admissão normotensa, normocárdica, pálida, extremidades frias, sem défices neurológicos. Analiticamente com anemia (Hb 11 d/dL). Realizou TC da coluna vertebral que evidenciou fratura de L1 e em TC do tórax foi observado extenso aneurisma sacular trombosado na crosse da aorta (58 × 59 × 51 mm) após a emergência da artéria subclávia esquerda, doença aterosclerótica calcificada da aorta toraco-abdominal e seus ramos e derrame pleural (DP) esquerdo de grande volume. Foi contactada a Pneumologia para abordagem diagnóstica do DP, mas na observação das imagens de TC evidenciamos a presença de uma fístula aorto-pleural com hemorragia ativa a condicionar o DP esquerdo - provável hemotórax, tratando-se de uma rutura do aneurisma da aorta torácica. Verificou-se agravamento clínico com evolução para insuficiência respiratória hipoxémica e agravamento da anemia (8,2 g/dL). Foi transferida para cirurgia vascular e submetida a aortografia e arteriografia por via femoral com colocação de prótese vascular e colocação de coils na origem da artéria subclávia (TEVAR). A angiografia final evidenciou ausência de endoleaks ou extravasamento ativo de contraste, oclusão da origem da artéria subclávia e vertebral patente. Pouco tempo após o procedimento verificou-se uma rápida deterioração clínica com agravamento progressivo do estado de consciência e respiração ineficaz-suspeita de evento cerebral agudo, tendo evoluído para paragem cardiorrespiratória.

Discussão: As fístulas aorto-pleurais são eventos raros decorrentes de complicações de aneurismas. Descrevemos um caso de hemotórax decorrente da rutura de aneurisma da aorta torácica numa doente com história de trauma torácico e fatores de risco vasculares, e que evidência a importância de considerarmos as diversas etiologias do DP de novo, por forma a decidir a melhor abordagem, em tempo útil.

Palavras-chave: Hemotórax. Fístula aorto-pleural.

P088. IMPACTO DA CESSAÇÃO TABÁGICA NOS DOENTES COM DPOC

M. Araujo, D. Rodrigues, S. Dias, J. Lourenço, M.J. Moura, R. Pereira, A.P. Vaz, B. Seabra

Hospital Pedro Hispano.

Introdução: A cessação tabágica, nos doentes com DPOC, está associada a uma redução da mortalidade e da taxa de declínio do FEV1. No entanto, há escassez de evidência sobre os efeitos da cessação tabágica no risco de exacerbações.

Objetivos: Determinar o impacto da cessação tabágica nas exacerbações, evolução do FEV1 e mortalidade nos doentes com DPOC.

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo doente com DPOC acompanhados em consulta de pneumologia. Durante um período de 6 anos foram registadas as hospitalizações, idas ao serviço de urgência, FEV1 e mortalidade. Excluíram-se os doentes que durante este período alteraram os seus hábitos tabágicos.

Resultados: Do total de 77 doentes excluíram-se 13 doentes que cessaram o tabagismo e 3 voltaram a fumar. Nos 61 doentes incluídos, a idade mediana foi de 68 anos (74-61), 92% (n = 56) do sexo masculino. Os doentes foram divididos em dois grupos: fumadores (n = 26) e ex-fumadores (n = 35). A idade mediana dos fumadores foi inferior à dos ex-fumadores (62 anos (70-57) versus 70 anos (77-65), p = 0,07). O FEV1 inicial mediano dos fumadores foi inferior ao dos ex-fumadores (65% (74-51) versus 54% (61-36), p = 0,025). Eram exacerbadores frequentes 27% (n = 7) dos fumadores e 26% (n = 9) dos ex-fumadores, sem diferença estatisticamente significativa (p = 0,916). Na avaliação a 6 anos, funcionalmente verificou-se um maior declínio do FEV1 nos doentes fumadores (p = 0,002, mediana de 460 mL). Não houve relação estatisticamente significativa com a carga tabágica (p = 0,663). No que diz respeito às exacerbações enquadraram-se no grupo E 65% (n = 16) dos doentes fumadores e 71% (n = 25) dos ex-fumadores. A mediana de internamentos foi de 1 (0-2) e de idas ao serviço de urgência 0 (0-3), sem relação estatisticamente significativa. Faleceram 32 doentes, não havendo relação estatisticamente significativa com o tabagismo (p = 0,276).

Conclusões: Este estudo corrobora a influência da manutenção do tabagismo no declínio funcional dos doentes com DPOC. Salientando-se a importância da intervenção na cessação tabágica de forma sistematizada. Não se demonstrou correlação entre a manutenção do tabagismo e as exacerbações ou a mortalidade, no entanto este facto poderá estar relacionado com o facto de se incluírem neste grupo doentes mais jovens com melhor função pulmonar.

Palavras-chave: DPOC. Exacerbação. FEV1. Tabagismo.

P089. CANCRO DO PULMÃO NOS DOENTES COM 80 OU MAIS ANOS. A REALIDADE DE UM HOSPITAL CENTRAL

M.G. Alves, C. Matos, C. Guimarães, F. Nogueira

Centro Hospital de Lisboa Ocidental.

Introdução: O cancro do pulmão é o 2º tipo de cancro mais comum mundialmente e o mais mortal, com uma estimativa de 1.79 milhões de mortes em 2020, sendo a idade um fator de risco significativo para mortalidade.

Objetivos: caracterizar os doentes com cancro do pulmão com idade igual ou superior a 80 anos e avaliar os outcomes.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu a análise de doentes com cancro do pulmão e ≥ 80 anos, seguidos na consulta de Pneumologia Oncológica de Jan/2020 a Dez/2022. Foram elegíveis 70 doentes.

Resultados: Os doentes com 80 anos corresponderam a 13,5% (n = 70) dos 518 doentes seguidos entre 2020-2022. Desses 70 doentes, 64,8% eram homens, com idade mediana de 84 anos (80-93); 84,3% (n = 59) tinha carcinoma de não pequenas células (CNPC) e 10% carcinoma de pequenas células. Em 5,7% (n = 4) não foi possível obter o diagnóstico histológico. No grupo dos CNPC, 61,4% eram adenocarcinomas, 17,1% carcinomas pavimento-celulares, 5,7% CNPC indiferenciados; 8,6% (n = 6) correspondiam a estadios I, 2,9% (n = 2) estadio II, 25,7% (n = 18) estadio III e 61,4% (n = 43) estadio IV. 1 doente não estadiado por ter sido colocado em best supportive care à data do diagnóstico. 11,4% eram fumadores, 54,3% ex-fumadores e 34,3% não fumadores. Em 48,6% (n = 34) optou-se por terapêutica de suporte. Como primeira linha, 8,6% (n = 6) fizeram cirurgia, 15,7% (n = 11) fizeram QT, dos quais 4 associada a imunoterapia, e 12,9% RT (n = 9), 1 doente QT/RT concomitante, 12,9% (n = 9) tiveram indicação para TKI e apenas 1 doente realizou imunoterapia isolada. 77,1% dos doentes faleceram, sendo a sobrevida mediana de 4,4 meses. Dos óbitos 66,7% (n = 36) eram homens, contudo a diferença não foi estatisticamente significativa entre géneros (p<0,05). A sobrevida nos doentes em tratamento antineoplásico ativo foi de 7,23 meses vs 3 meses no grupo de doentes em terapêutica de suporte.

Conclusões: O aumento da população 80 ou mais anos com cancro do pulmão destaca a necessidade de estudos sobre o tratamento desse grupo, considerando suas múltiplas comorbidades e diminuição da reserva funcional. O estadiamento, sintomas, comorbidades e performance status devem ser considerados na escolha do tratamento. A sobrevida global dos doentes tratados foi melhor do que aqueles que receberam abordagem paliativa.

Palavras-chave: Neoplasia do pulmão. 80 anos.

P090. O ESTIGMA PERSISTE: SENTIMENTOS DE VERGONHA E TRISTEZA ENTRE PESSOAS COM TUBERCULOSE

M.S. Marques, T. Silva, A. Aguiar, M. Pinto, R. Duarte

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Tem havido um grande desenvolvimento na área do diagnóstico, tratamento e prevenção da tuberculose. A tuberculose é hoje uma doença tratável e prevenível. Sendo uma doença associada a um grande estigma no passado, como a veem e sentem os doentes de hoje?

Objetivos: Este estudo teve como objetivo avaliar o estigma vivenciado por pessoas com tuberculose.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal em dois Centros de Diagnóstico Pneumológico no Norte de Portugal. Foram incluídas todas as pessoas com mais de 18 anos, com tuberculose pulmonar, diagnosticadas de janeiro a junho de 2022. O estigma foi avaliado numa escala de 4 pontos, com cálculo de um score. Foram posteriormente selecionados aleatoriamente 22 participantes para a realização de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram gravadas em áudio, sujeitas a transcrição verbatim e à análise de conteúdo temática segundo Braun e Clarke.

Resultados: O questionário foi preenchido por 62 pessoas, a maioria do sexo masculino (75,8%) e com média de idades de 50 anos (±15,4). O score médio de estigma foi de 66,6% (±18,7), e não houve diferenças estatisticamente significativas entre as características sociodemográficas e o estigma. Não foi encontrada correlação entre o conhecimento sobre a TB e o estigma (r = -0,067). Nas entrevistas, verificou-se que o estigma relatado pelos participantes era global, revelando-se em sentimentos de alívio no diagnóstico, tristeza e vergonha. Não houve diferença estatisticamente significativa no estigma entre as pessoas com e sem atraso do diagnóstico da doença (p = 0,774).

Conclusões: As pessoas com tuberculose sentem principalmente tristeza e vergonha em relação à doença, apesar do alívio face ao diagnóstico. O estigma não parece ser influenciado pelas características sociodemográficas ou pelo conhecimento sobre a doença. É cada vez mais importante identificar estratégias para combater o estigma e eliminar o sentimento de vergonha ainda associado à tuberculose.

Palavras-chave: *Estigma. Tuberculose. Conhecimento. Global.*

P091. AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

I.F. Silva, R. Rodrigues, S. Vaz, A. Loureiro

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro.

Introdução: A reabilitação respiratória é uma intervenção multidisciplinar destinada a doentes respiratórios crónicos em que se pretende promover a atividade física, melhorar a capacidade de exercício e toda a sintomatologia inerente. Através de sessões de treino e educativas verifica-se marcada melhoria dos sintomas e da qualidade de vida sendo assim uma mais-valia.

Objetivos: Avaliar os resultados de um programa de reabilitação respiratória (PRR) hospitalar.

Métodos: Estudo retrospectivo, com consulta de registos clínicos, dos doentes integrados em PRR no Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro. Procedeu-se à comparação de diferentes variáveis, nomeadamente, escalas de avaliação de sintomas e qualidade de vida, prova de marcha dos 6 minutos (PM6M), teste de levantar e sentar num minuto (TLS1´) e medição da força dos músculos periféricos por dinamometria antes e após o programa com o objetivo de avaliar o outcome e o impacto da intervenção realizada. Analisou-se ainda a diferença mínima que indica alteração da condição do doente (minimal clinical important difference-MCID) nas diferentes escalas utilizadas e o número de doentes que melhoraram acima da MCID.

Resultados: Desde setembro de 2021 até à atualidade obtivemos dados completos de 49 doentes em PRR, sendo que as patologias mais frequentes que motivaram integração no PRR foram a DPOC (73,5%), bronquiectasias (8,2%) e asma (6,1%). A média de idade foi de $66,4 \pm 6,5$ anos, sendo 79,6% homens e 77,6% com hábitos tabágicos. A média de FEV1(%) foi de $42,3 \pm 16,9$ %. Verificaram-se melhorias significativas na maioria das variáveis em estudo. Relativamente à MCID, verificou-se que 32 doentes (65,3%) apresentaram melhorias acima de 30 metros na PM6M, 32 (65,3%) acima de 3 repetições no TLS1, 30 (61,2%) apresentaram diferença acima de 1 ponto na escala de mMRC, 24 (48,9,5%) diferença de pelo menos 1,5 pontos na escala de HADS, 32 (65,3%) diferença de pelo menos 3 pontos na escala de LCADL e 31 (63,3%) diferença de pelo menos 2 pontos na escala CAT.

Conclusões: Este estudo demonstra os benefícios da implementação precoce de um PRR nos doentes respiratórios crónicos, já que com este tratamento se verifica uma melhoria significativa dos sintomas, da qualidade de vida e capacidade de exercício.

Palavras-chave: *Reabilitação. Outcomes. Capacidade exercício.*

P092. QUILOTÓRAX - A FORMA DE APRESENTAÇÃO DE UMA NEOPLASIA EXTRA-TORÁCICA

I. Spencer, R. Macedo, C. Bárbara

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.

Introdução: O quilotórax caracteriza-se pela acumulação de linfa na cavidade pleural decorrente de ruptura ou obstrução do ducto torácico, anomalias anatómicas, defeitos de condução de linfa ou excesso de produção ou transferência desta do abdómen através do diafragma. Esta entidade corresponde a cerca de 2-3% dos derrames

pleurais. A concentração de triglicérides no líquido é tipicamente ≥ 110 mg/dL, podendo-se confirmar a suspeita em casos particulares pela medição de quilomicrons. De entre as causas não traumáticas, destacam-se os linfomas, tumores do pulmão e mediastino, entre outras doenças malignas e benignas. A iatrogenia representa a maioria das causas traumáticas. No global, sem tratamento precoce, o quilotórax associa-se a elevada morbimortalidade.

Caso clínico: Mulher, 54 anos, sem antecedentes de doenças ou trauma é avaliada no serviço de urgência por astenia, dispneia e toracalgia direita com 1 mês de evolução. À observação apresenta ascite e edemas periféricos. À avaliação complementar identifica-se derrame pleural à direita e é realizada toracocentese. O líquido drenado é leitoso, com aumento significativo de triglicérides, sem células neoplásicas. Após colocação de dreno torácico, foi internada e realizou TC tóraco-abdomino-pélvica que revelou espessamento do cárdia, parede gástrica e recto. Foi realizada endoscopia digestiva alta que revelou uma lesão nodular e ulcerativa cuja avaliação anatomo-patológica revelou carcinoma gástrico difuso, pouco diferenciado, com padrão de células em anel de sinete. A doente faleceu 2 meses após a admissão hospitalar após deterioração progressiva do estado clínico que impossibilitou tratamento dirigido.

Discussão: Realçamos a importância da caracterização bioquímica e celular do líquido pleural na toracocentese diagnóstica. Existem múltiplas patologias de origem extratorácica causadoras de quilotórax pelo que a investigação deve ser abrangente. O quilotórax representa uma forma de apresentação incomum de cancro gástrico. O carcinoma gástrico de células em anel de sinete é um subtipo relacionado com predisposição hereditária, frequentemente indolente em estadios iniciais mas agressivo e frequentemente associado a ascite maligna e a mau prognóstico.

Palavras-chave: *Quilotórax. Neoplasia.*

P093. QUILOTÓRAX - UMA SÉRIE DE CASOS DESAFIANTES

C. Cortesão, A.I. Santos, I. Farinha, P.S. Santos, Y. Martins

CHUC.

Introdução: O quilotórax é uma entidade rara, que decorre da acumulação de linfa na cavidade pleural.

Casos clínicos: Caso 1. Homem, 33 anos, portador de VIH 1, com viremia controlada sob TARV, e sarcoma de Kaposi, submetido a 5 ciclos de doxorubicina, apresentou-se no serviço de urgência por dispneia de agravamento progressivo. Destaca-se na admissão a ausência de murmúrio vesicular na base pulmonar esquerda, hipoxemia e lesões de Kaposi cutâneo. Na telerradiografia do tórax tinha derrame pleural extenso à esquerda que foi drenado, objetivando-se líquido quíloso, de predomínio linfocítico (91%). Foi colocado dreno torácico, o doente foi internado e iniciou dieta hiperlipídica com triglicérides de cadeia média. Por manutenção de derrame significativo realizou toracoscopia médica, na qual se observaram lesões maculares violáceas no parênquima pulmonar, pleura diafragmática e parietal. Estas últimas foram biopsiadas, concluindo-se envolvimento pleural por sarcoma de Kaposi. Foi retomado tratamento com doxorubicina lipossómica, com diminuição do derrame. Posteriormente realizou duas pleurodesis com talco, sem nova recidiva de derrame pleural após a segunda tentativa. Caso 2. Homem, 66 anos, com antecedentes de cirrose hepática alcoólica e enfisema pulmonar, ex-fumador com carga tabágica 40 UMA, apresenta-se no serviço de urgência por dor abdominal e dispneia de agravamento progressivo. Ao exame objetivo destaca-se polipneia, murmúrio vesicular ausente na metade inferior do hemitórax esquerdo e ascite. Gasometricamente apresentava hipoxemia. Na telerradiografia do tórax apresentava derrame pleural esquerdo volumoso, assumido como hidrotórax hepático. O doente foi internado para estudo complementar, do qual se destaca a toracocentese com drenagem de líquido pleural quíloso, com ADA 22 U/L e 83% de linfócitos e a paracentese diagnóstica, com doseamento de 425

mg/dL de triglicerídeos no líquido ascítico. Foi colocado dreno torácico à esquerda, instituída dieta hiperlipídica com triglicerídeos de cadeia média e otimizada terapêutica diurética, com resolução do derrame pleural e melhora da ascite.

Discussão: As causas de quilotórax não traumático são várias, sendo frequente a neoplasia intratorácica. Quilotórax hepático é uma etiologia menos frequente. O controle da patologia de base é essencial para a resolução do quilotórax.

Palavras-chave: *Quilotórax. Derrame pleural. Toracocentese.*

P094. TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO - UM DIAGNÓSTICO RARO

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

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

Introdução: O tumor miofibroblástico inflamatório (TMI) corresponde a menos de 1% das neoplasias do pulmão, sendo raro particularmente acima dos 40 anos. Previamente considerado um pseudotumor inflamatório, atualmente é descrito como uma neoplasia clonal miofibroblástica com sobreexpressão de ALK. Geralmente apresenta-se como um nódulo pulmonar solitário com margens bem definidas, podendo ser localmente invasivo.

Caso clínico: Mulher de 46 anos, autônoma, não fumadora. Recorreu ao SU por 2 episódios de hemoptise e tosse matinal com expectoração mucosa com 1 mês de evolução. Sem alterações analíticas ou ao exame objetivo, realizou radiografia torácica que evidenciou hipotransparência de conformação nodular bem definida no andar médio do hemitórax direito. A TC evidenciou formação nodular com contornos lobulados, de 30 × 29 mm, no segmento apical do LID, vascularizada, captando contraste, colocando-se as hipóteses de tumor carcinóide e, menos provável, malformação vascular. Do estudo realizado, a broncofibroscopia não evidenciou lesões endobrônquicas, e foi realizado lavado broncoalveolar a nível de B6, sem células malignas. A PET-FDG identificou um nódulo no LID com captação heterogeneamente aumentada (Q.SUV_{máx} 31,5), intensa na vertente posterior e apenas discreta na vertente anterior, não se podendo excluir lesão neoplásica maligna, sem outros focos de captação anômala. RMN-CE e PFR sem alterações. Realizou EBUS radial, onde se identificou uma lesão excêntrica a nível de B8a. Realizada criobiópsia, que mostrou proliferação focal de células fusiformes ALK+ com infiltrado inflamatório associado, levantando a suspeita de TMI, mas sem diagnóstico definitivo pela escassa representação da lesão. A doente foi submetida a lobectomia inferior direita, tendo-se identificado uma neoplasia bem delimitada, constituída por células fusiformes de limites citoplasmáticos indefinidos e com padrão fasciculado, ALK+ e CD34-, confirmando o diagnóstico de TMI. Mantém vigilância em consulta.

Discussão: O TMI é uma neoplasia rara, sendo o pulmão o local mais comum. Devem considerar-se como diagnósticos diferenciais o tumor carcinóide, pelas características imagiológicas, e malformação vascular, uma vez que é altamente vascularizada. A excisão cirúrgica é o tratamento de eleição, tendo bom prognóstico, com baixa taxa de recorrência.

Palavras-chave: *Tumor miofibroblástico inflamatório. Neoplasia pulmonar.*

P095. EXTRACORPOREAL CARBON DIOXIDE REMOVAL EM EXACERBAÇÃO DE DOENÇA DO INTERSTÍCIO PULMONAR

R.P. Fortes, F. Figueiredo, J.B. Ferrão, C. Costa, P.T. Freitas

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A remoção extracorporeal de CO₂ (ECCO₂R) é uma técnica que providencia suporte respiratório parcial através da remoção de CO₂, com mínimo impacto na oxigenação. Tem como obje-

tivo permitir ventilação protectora (contrariando risco de hipercapnia) e sustentar a redução das pressões ventilatórias em doentes não entubados, podendo evitar a necessidade de EOT. A DPOC e a ARDS constituem as suas principais indicações. Relatamos um caso de utilização de ECCO₂R numa exacerbação aguda de doença do interstício pulmonar (DIP).

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 69 anos. Ex-fumador, seguido por suspeita de DIP com padrão Usual Interstitial Pneumonia e enfisema paraseptal de predomínio nos lobos superiores. Internado por exacerbação infecciosa de DIP com insuficiência respiratória (IR) parcial grave e lesão renal aguda com necessidade de terapêutica de substituição renal (TSR). Após melhora inicial com ciclo de antibioterapia (ceftriaxone e azitromicina) e metilprednisolona 80 mg/d, evoluiu com reagravamento após desmame de corticoterapia, com necessidade de CPAP e oxigenoterapia de alto fluxo. Admitido no SMI por IR global com acidemia, com necessidade de EOT e VMI. Otimizadas medidas, mantendo-se curarização. Apesar disto, manteve hipoxemia e acidemia refratárias, condicionando ventilação não protectora. Recurso a decúbito ventral e terapêutica com óxido nítrico para melhora de oxigenação. Visando a correção de acidemia respiratória, optou-se por recurso a ECCO₂R (O₂ 10L/min, débito de bomba 400 mL/h no set de TSR), com redução de hipercapnia de 67 para 55 às 24h, obtendo melhora do pH de 7,1 para 7,3, e permitindo ventilação com mecânica protectora. Ao 9º dia de internamento na UCI, apesar das medidas instituídas, não foi possível descontinuar o óxido nítrico por hipoxemia, tendo evoluído desfavoravelmente.

Discussão: A utilização de ECCO₂R permitiu a redução de hipercapnia em 18% e melhora gasimétrica ácido-base concomitante, com aumento do pH>7,3, permitindo ventilação protectora, levantando a possibilidade de utilização desta técnica em DIP com IR global. Apesar disto, não é uma técnica inócua e o seu impacto no prognóstico em doentes críticos é ainda indefinido. A revisão bibliográfica efectuada levanta a necessidade de mais estudos para melhor definir a segurança e eficácia em doentes com DIP.

Palavras-chave: *Extracorporeal carbon dioxide removal. Doenças do interstício pulmonar. Unidade de cuidados intensivos.*

P096. IMPACTO DA CINESIOTERAPIA RESPIRATÓRIA NA PATOLOGIA PLEURAL: SÉRIE DE CASOS CLÍNICOS

A.H. Veloso, A.I. Santos, C. Cortesão, C. Rodrigues

CHUA.

Introdução: A cinesioterapia respiratória tem um papel fundamental na resolução e prevenção de complicações e sintomas associados a patologia pulmonar aguda/crónica. Na patologia pleural, em particular, observa-se alteração da dinâmica respiratória e o envolvimento dos volumes pulmonares, associado a sintomas de dispneia e intolerância ao esforço, sendo que é importante estes doentes serem incluídos num programa de cinesioterapia. Desde a fundação da nova URCR do CHUC, 52 doentes foram assistidos em programa de cinesioterapia respiratória, tendo sido escolhido 3 doentes numa amostra de 7 com patologia pleural para uma análise observacional, com o objetivo de inferir os benefícios/resultados desta terapêutica.

Casos clínicos: Caso clínico 1. Mulher, 43 anos, com antecedentes de asma brônquica, obesidade e fibromialgia. Internada por quadro de pneumonia necrotizante do LID, associada a empiema pleural, com isolamento Influenza A. Realiza de 4 sessões de cinesioterapia com otimização ventilatória, técnicas de relaxamento e fortalecimento muscular e terapêutica de posição. Observa-se resolução completa de derrame residual. Caso clínico 2. Mulher, 20 anos, antecedentes de défice cognitivo, coartação da aorta, hipotireoidismo, síndrome ovário poliquístico e escoliose torácica. Internada por derrame pleural parapneumónico organizado com espessamento pleural. Cumpre 8 sessões de cinesioterapia, com

recurso a técnicas de percussão torácica, relaxamento e fortalecimento muscular e expansão pulmonar. Melhoria radiográfica observada. Caso clínico 3. Mulher, 67 anos, antecedentes de dislipidemia, hipotireoidismo, pert. ansiedade generalizada, s. vertiginoso e incontinência urinária. Internada por derrame pleural direito, organizado na vertente superior, com loca lateral direita e finas septações. Com necessidade de terapêutica intrapleural combinada. Realiza 10 sessões de cinesioterapia com reeducação diafragmática e costal com resistência, conjugada com exercício de expansão pulmonar com espirômetro de incentivo. Observada diminuição de derrame residual.

Discussão: Observou-se nestes casos uma melhoria sintomática e radiográfica substancial, realçando-se o importante papel da cinesioterapia, com uma atuação tanto profilática como terapêutica, com o objetivo de impedir o desenvolvimento de complicações associadas a este tipo de patologia.

Palavras-chave: *Cinesioterapia respiratória. Patologia pleural. Terapêutica de posição. Reeducação diafragmática/costal.*

P097. O PAPEL DO OXIGÊNIO DE ALTO FLUXO NO DOENTE IMUNOCOMPROMETIDO

D. Cora, A. Figueiredo, A. Ramos

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. Hospital de Cascais.

Introdução: Uma das causas de morbimortalidade dos imunossuprimidos é a insuficiência respiratória aguda (IRA), sendo o primeiro motivo de admissão na unidade de cuidados intensivos (UCI). De forma a evitar o risco elevado de infecção nosocomial, a ventilação não invasiva (VNI) é usada como primeira linha de tratamento na IRA no doente imunossuprimido. O oxigênio de alto fluxo, pode vir a ser uma alternativa de sucesso.

Caso clínico: Doente de sexo feminino, 51 anos, tinha antecedentes pessoais de infecção por VIH e carcinoma invasivo da mama esquerda, submetida a mastectomia, anexectomia bilateral e histerectomia no passado. Referia hábitos tabágicos e toxicofílicos ativos. Não vacinada contra a pneumonia. Estava medicada com antirretrovirais, tamoxifeno e metadona. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia, tosse com expectoração e toracalgia com caráter pleurítico com três dias de evolução. Negava febre. Ao exame objetivo à admissão, tinha GSC 15; hipotensa e taquicárdica com sinais de má perfusão periférica (lactato 2,1 mmol/L). Polipneica com SpO₂ em ar ambiente de 83% e uma gasometria arterial compatível com insuficiência respiratória parcial (pO₂ 48 mmHg). Na avaliação analítica apresentava leucocitose 15.000/mm³, PCR 48 mg/dl e PCT 29 ng/mL e lesão renal aguda. A TAC de tórax revelou consolidação pneumónica com broncograma aéreo do LID e LM, opacidades em vidro despolido dispersas pelos lobos pulmonares e enfisema pulmonar e um fino derrame pleural direito. Tinha antigenúria positiva para *S. pneumoniae*. Admitido sépsis com ponto de partida em pneumonia pneumocócica, iniciou antibioterapia e fluidoterapia vigorosa sem melhoria; evoluiu com choque com disfunção multiorgânica com agravamento da hipoxemia sob oxigenioterapia convencional, pelo que foi admitida na UCI onde iniciou suporte vasopressor e OAF. Apesar da gravidade, atingindo valores máximos de lactato de 4 mmol e FiO₂ de 80%, manteve-se sob OAF, sem necessidade de escalar para suporte ventilatório invasivo. Evoluiu favoravelmente, ao 6º dia de UCI, tendo sido transferida para enfermaria apenas sob oxigenioterapia convencional.

Discussão: Este caso salienta o impacto da diminuição do risco infeccioso com o OAF no doente imunossuprimido. Adicionalmente constitui uma terapêutica respiratória de suporte na IRA agravada por choque.

Palavras-chave: *Imunossuprimido. Insuficiência respiratória aguda. Oxigenio de alto fluxo.*

P098. A PROPÓSITO DE UM CASO DE TUBERCULOSE... E NÃO SÓ..

J.C. Silva, I.F. Estalagem, D.C. Silva, P.I. Pedro, M.S. Lopes

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A infeção pulmonar por MT-MNT não é muito comum, no entanto, alguns estudos têm demonstrado casos de co-infeção, sobretudo em imunocomprometidos (VIH). A doença pulmonar cavitada por MNT constitui um desafio diagnóstico, uma vez que é clínica e imagiologicamente indistinguível da tuberculose pulmonar (TP).

Caso clínico: Homem, 48 anos, com antecedentes de hepatite C tratada, etilismo crónico, fumador ativo (30 UMA), ex-toxicodependente. O doente recorreu ao Hospital por tosse, expectoração hemoptóica em pequena quantidade, astenia e perda ponderal (4 Kg), negando febre, sudorese nocturna e anorexia. Efetuou TC-tórax, que revelou áreas de condensação heterogênea à periferia do LSD e micronódulos dispersos em ambos os campos pulmonares com áreas de cavitação, mais evidentes no LSD e LID. O exame direto da expectoração foi positivo para BAAR, pelo que se assumiu uma provável TP, iniciando terapêutica (tx) anti-bacilar HRZE + Piridoxina (P) e sendo encaminhado para o CDP-Almada para continuação da tx. Cerca de 1 semana após início da tx, isolou-se micobactéria não tuberculosis, identificada por PCR como *Micobacterium avium* complex, sensível aos macrólidos, pelo que se fez ajuste tx para Rifampicina-R, Etambutol-E, Claritromicina-Clar, Amicacina-Am e P. O doente manteve a tx, sem melhoria clínica significativa, e cerca de 3 meses depois, isolou-se no ex. cultural da expectoração *Micobacterium tuberculosis*, assumindo-se uma co-infeção MAC+MT, tendo sido adicionada Isoniazida(H) ao esquema tx, que cumpriu por mais 2 meses, com consequente ajuste para a tx de manutenção com HRE+Clar que cumpriu mais 12 meses, sem qualquer toxicidade associada. Devido às sequelas graves de TP referenciou-se à Cirurgia Torácica, tendo sido submetido a uma lobectomia do LSD e estando atualmente sem queixas. **Conclusão:** A identificação da espécie de micobactérias é essencial para o tx da TP, devido às diferenças no perfil de suscetibilidade aos anti-bacilares entre as espécies de micobactérias. Este caso, retrata um caso raro de co-infeção num doente imunocompetente, pelo que os autores pretendem alertar para a importância de insistir nos exames culturais da expectoração, sobretudo se houver fraca resposta à tx instituída, pois pode tratar-se de um caso de co-infeção, sendo necessário um ajuste tx o mais precocemente possível, para um melhor prognóstico.

Palavras-chave: *Micobacterium tuberculosis. Micobacterium avium complex. Cavitação.*

P099. CAUSA PNEUMOLÓGICA DE HIPOCALIEMIA - UM CASO CLÍNICO

A.S. Ribeiro, R.P. Camara, M.T. Barbosa, J. Diogo, J.T. Felgueiras, K. Lopes, H.G. Marques, C. Alves, M.J. Simões

Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

Introdução: A hipocaliemia é um achado inespecífico e prevalente, frequentemente de causa iatrogénica ou por perdas. A associação a hipercortisolismo apresenta outras implicações de investigação e prognósticas.

Caso clínico: Mulher de 65 anos, com antecedentes de síndrome de apneia obstrutiva do sono, dislipidemia e doença arterial periférica, com tabagismo ativo e história passada de etanolismo e consumo de heroína e cocaína, recorreu ao serviço de urgência por edema dos membros inferiores. Encontrava-se eupneica, com saturação periférica de oxigénio de 90% em ar ambiente e pressão arterial de 178/92 mmHg, objetivando-se edema dos membros inferiores até ao joelho e hematomas dispersos em diferentes fases de evolução. Analiticamente, destacava-se leucocitose com neutrofilia, proteína C reativa negativa e hipocaliemia de 2,8 mmol/L. A gasimetria ar-

terial revelou alcalémia metabólica. A doente foi internada para tratamento e estudo etiológico. A radiografia torácica evidenciou alargamento ovóide do mediastino à direita, que em tomografia computadorizada correspondeu a conglomerado adenopático pré-traqueal com cerca de 6cm, com invasão da veia cava e artéria pulmonar direita, que se estendia ao hilo direito e ao mediastino pré-vascular. Foi realizada broncofibroscopia, em que se verificou ao nível do orifício de entrada do brônquio principal direito e na sua parede ântero-lateral uma massa a condicionar estenose luminal de 30%, que foi biopsada, e estenose em fenda do brônquio lobar superior direito. A histologia revelou carcinoma pulmonar de pequenas células. A tomografia emissora de positrões identificou metastatização hepática, óssea e suprarrenal bilateral. Devido a hipocaliemia refratária e hipertensão de difícil controlo, foi realizado doseamento de cortisol plasmático em jejum (113,5 ug/dL) e ACTH (958pg/mL), admitindo-se síndrome de Cushing paraneoplásica. Iniciou-se quimioterapia com cisplatina e etoposido, tendo alta para a consulta após o primeiro ciclo.

Discussão: A síndrome de Cushing paraneoplásica é uma causa rara de hipercortisolismo e hipocaliemia, cujo diagnóstico requer um elevado nível de suspeição. No entanto, pode ser a primeira manifestação de cancro do pulmão, pelo que a sua identificação é essencial para estabelecer um diagnóstico e intervenção terapêutica adequados.

Palavras-chave: Cancro do pulmão. Hipercortisolismo.

P100. PLASMOCITOMA - TUDO COMEÇOU COM DORSALGIA

M.J. Lucio, E. Brysch, A.L. Silva, A.F. Santos, M. Guerreiro, F. Nogueira

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: O Plasmocitoma é uma displasia das células plasmáticas do esqueleto axial ou estruturas de tecidos moles que se pode apresentar como uma massa solitária ou massas múltiplas, sem evidência de doença sistémica. É considerado uma fase intermédia entre Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado e Mieloma Múltiplo.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de um homem de 71 anos, ex-fumador, com os diagnósticos prévios de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Apresentou-se no serviço de urgência com dorsalgia com oito dias de evolução, após queda com traumatismo local. Ao exame objetivo destacavam-se dor intensa à palpação da grelha costal direita; massa extra calote, localização temporal direita, de consistência dura. A TC-torácica evidenciou uma lesão extra-pulmonar sólida no terço médio do hemitórax direito, com realce heterogéneo, de contornos lobulados, com 135 × 120 mm, com envolvimento e destruição do 5º arco costal direito e proeminência de estruturas vasculares nutritivas na parede torácica. Admitindo-se tratar de uma massa extratorácica com destruição de arco costal, foi referenciado à consulta de Pneumologia, onde foi solicitada biópsia da massa. Esta evidenciou material constituído por população difusa, monomórfica, de células de morfologia plasmocitoide com ligeira irregularidade nuclear, nucléolo evidente e estruturas vasculares de suporte. O estudo imunohistoquímico evidenciou positividade difusa para CD138 e CD56, focal para CD45 e CD20 e negatividade para ciclina D1, AE1/3, PLAP, PAX8 e CD117. O estudo das cadeias mostrou positividade quase total para cadeias Kappa e diminuta positividade para cadeias Lambda. Assumiu-se o diagnóstico de Plasmocitoma com restrição de cadeias Lambda, com provável atingimento craneano. O doente foi referenciado à consulta de Hemato-Oncologia. No entanto, o doente recusou investigação adicional, pelo que não foi possível efetuar o seguimento.

Discussão: Os autores consideram este caso importante pela raridade da patologia, uma vez que o plasmocitoma representa 6% dos tumores da parede torácica. Destaca-se também a importância de

marcha diagnóstica adequada com avaliação analítica completa e eletroforese de proteínas, assim como a realização de biópsia dirigida, sem atraso no diagnóstico histológico, e no respetivo tratamento.

Palavras-chave: Plasmocitoma. Displasia de células plasmáticas. Dorsalgia.

P101. O DESAFIO DAS HEMOPTISES NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

R. Armino, J. Carvalho, A. Alves, C. Pissarra, V. Durão, P. Lopes

Hospital de Vila Franca de Xira.

Introdução: As hemoptises são uma manifestação clinicamente significativa e frequente em Pneumologia, constituindo um desafio diagnóstico e terapêutico nos doentes com patologia pulmonar.

Caso clínico: Homem, 49 anos, operário fabril. Antecedentes de espondilite anquilosante (EA), doença refluxo gastro-esofágico, anemia multifatorial, fumador 30 UMA. Medicado com acetaminofeno. Encaminhado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico em 05/22 para rastreio de tuberculose pré-início de terapêutica biológica para a EA. Negava história pessoal ou contactos com tuberculose. Quadro de tosse seca de longa duração, no último ano com expectoração muco-purulenta, episódios auto-limitados de expectoração hemoptoica ligeira, perda ponderal involuntária e sudorese noturna. Efetuou Tomografia Computarizada Torácica, que revelou: “consolidação/atelectasia total dos lobos superiores e médio, com extensas áreas de cavitação no seu interior bilateralmente, à esquerda com cavidade preenchida com conteúdo compatível com aspergiloma/sobreinfecção”. O exame micobacteriológico das amostras de expectoração foi negativo. Submetido a broncofibroscopia (BF) em 09/22 com isolamento de *Aspergillus niger* complex no lavado broncoalveolar e secreções brônquicas e ag. galactomannan positivo; exame micobacteriológico negativo. Discutido com cirurgia torácica (CT), optou-se por atitude conservadora atendendo ao risco da cifose acentuada. Por persistência de hemoptises, foi referenciado à consulta de Pneumologia hospitalar. Repetiu BF a 01/23 com ag. galactomannan positivo e exame micobacteriológico e micológico negativos. Posteriormente, em colheitas de expectoração foi isolado *A. niger* complex. Iniciou terapêutica com voriconazol, mantendo agravamento clínico, com hemoptises frequentes e de difícil controlo, motivando múltiplas vindas ao serviço de urgência e internamentos. Foi submetido a embolização das artérias brônquicas a 04/23, com melhoria parcial das queixas. Mantém-se sob voriconazol, prevenindo-se re-discussão com CT.

Discussão: Apresenta-se o caso pela exuberante destruição pulmonar apical com hemoptises significativas, cuja investigação etiológica e tratamento foram desafiantes. A EA pode associar-se a várias manifestações pulmonares, sendo a doença fibro-bolhosa apical rara e um diagnóstico de exclusão, que se pode associar a complicações.

Palavras-chave: Hemoptises. Espondilite anquilosante. Pneumologia.

P102. IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL - O PAPEL DO PNEUMOLOGISTA

I. Estalagem, J. Portela, J. Silva, M. Almeida, D. Silva, A. Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: a imunodeficiência comum variável é uma imunodeficiência primária rara, com aparecimento de sintomas habitualmente na 3ª década de vida. Uma história de infeções de repetição deve alertar para este diagnóstico, uma vez que o seu atraso pode aumentar o risco de mortalidade.

Caso clínico: Mulher de 25 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, inicia episódios de pneumonias de repetição com necessidade de antibiótica desde 2021 (6 documentados em exame de imagem), sendo que em Fevereiro de 2023 apresenta novo quadro de febre, sudorese noturna, tosse com expectoração purulenta e dispneia mMRC 2 que não respondeu a ciclo de antibiótica em ambulatório, tendo sido internada nesse contexto. A TC-Tórax realizada em internamento evidenciava preenchimento endoluminal, micronodularidade centrilobular em tree-in-bud e atelectasias do lobo médio e lingula, tendo iniciado antibiótica empírica com Piperacilina/Tazobactam após realização de Broncofibroscopia para amostra microbiológica (bacteriológico, micológico e micobacteriológico). Analiticamente com aumento significativo dos parâmetros inflamatórios e verificou-se ausência de IgA e diminuição grave de IgG tendo sido colocada a hipótese de Imunodeficiência Primária, mais especificamente a Imunodeficiência Comum Variável, após exclusão de etiologias secundárias. Do estudo microbiológico efetuado (hemoculturas, lavado broncoalveolar e expectoração), não foi possível isolar nenhum agente. Verificou-se melhoria clínica, analítica e radiológica após o término de antibiótica, tendo sido encaminhada para consulta de Imunoalergologia onde foi iniciada terapêutica de reposição com Imunoglobulina G humana. Até à data, não se verificou novo episódio de infeção encontrando-se em seguimento em consulta de Imunoalergologia e Pneumologia.

Discussão: Os autores realçam o caso pela importância da investigação etiológica exaustiva em doentes com infeções respiratórias de repetição. Apesar da suspeita de infeção por micobactéria ter sido o motivo principal de internamento, após uma história clínica detalhada e controlo analítico alargado, verificou-se a diminuição dos valores séricos de IgA e IgM e excluíram-se outras etiologias de imunodeficiências, nomeadamente HIV, tendo sido possível realizar o diagnóstico atempadamente e iniciar tratamento numa idade jovem.

Palavras-chave: Imunodeficiência. Comum. Variável. Pneumonias.

P103. DERRAME PLEURAL NEGRO, SECUNDÁRIO A METASTIZAÇÃO DE MELANOMA - CASO CLÍNICO E CASUÍSTICA

P. Nogueira Costa, J.A. Ribeiro, T. Sequeira, A. Szantho, J. Dionísio

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: Derrame pleural negro é um achado clínico extremamente raro (20 casos descritos na revisão mais recente (2021)) que pode estar associado a infeção, neoplasia, fístula pleuro-digestiva ou hemólise de hemorragia intrapleural volumosa. Independentemente da etiologia, este tipo de derrame pleural associa-se a mau prognóstico e elevada mortalidade, exigindo investigação diagnóstica célere e a devida orientação terapêutica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 87 anos, referenciado a Pneumologia por derrame pleural de novo. Trata-se de doente com antecedentes de melanoma dorsal excisado em 2021, com metástase ganglionar axilar esquerda, que não realizou quimioterapia adjuvante por decisão própria. Por cansaço fácil em agravamento recente, realizou TC de tórax, que demonstrou volumoso derrame pleural à esquerda. Foi submetido a toracocentese diagnóstica e evacuadora, com drenagem de líquido negro que foi enviado para estudo complementar (tanto o estudo de contagem automatizada como o estudo citológico microscópico revelaram células compatíveis com metastização pleural por melanoma maligno). Desde Janeiro de 2018, foram avaliados no Setor de Técnicas Pneumológicas do IPO de Lisboa, 12 doentes com derrame pleural maligno por envolvimento secundário de melanoma (58,3% do sexo feminino, idade mediana de 72 anos). Apenas 1 doente (8,3%) apresentou derrame pleural com aspeto macroscópico negro. Todos os doentes obtiveram confirmação citológica de células compatíveis com melanoma metastizado (SOX10 positivas), mas apenas o doente com derrame pleural negro apresentou este resultado também na con-

tagem celular preliminar. Não foi encontrada associação entre o aspeto macroscópico do líquido pleural e o subtipo histológico de melanoma, a presença de mutação BRAF ou o tratamento instituído nos doentes que se apresentavam sob quimioterapia.

Discussão: O diagnóstico apropriado e o tratamento da causa subjacente a qualquer derrame pleural é de extrema importância, de forma a prevenir atraso no diagnóstico, progressão e possíveis complicações. O derrame pleural negro, apesar de extremamente raro, é um achado clínico que deve ser conhecido por todos os pneumologistas, pois associa-se a um prognóstico específico, que deve precipitar diligência na orientação destes doentes.

Palavras-chave: Derrame pleural. Metastização pleural. Melanoma.

P104. LESÕES LARÍNGEAS - UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

I. Estalagem, J. Portela, J. Silva, M. Almeida, D. Silva, A. Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A tuberculose laríngea constitui uma manifestação rara de tuberculose - menos de 1%. Ela pode acompanhar-se ou não de atingimento pulmonar. O seu principal diagnóstico diferencial é o de carcinoma laríngeo, pois ambas as entidades se podem manifestar da mesma forma - leucoplasia, pólipos laríngeos ou úlceras. Assim, os autores consideram pertinente a apresentação deste caso.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 85 anos de idade, em acompanhamento em consulta desde há aproximadamente um ano e meio por astenia, adinamia, rouquidão, tosse não produtiva e emagrecimento não quantificado. Apresentou no estudo lesões nodulares, uma delas cavitada e condensações parenquimatosas, assim como algumas adenopatias mediastínicas em tomografia computadorizada (TC) de tórax. Apresentava ainda um PET scan com captação intensa na nasofaringe, laringe, cadeias ganglionares cervicais, mediastínicas e a nível pulmonar dois micronódulos. Pedida colaboração à Otorrinolaringologia para observação, tendo sido internado eletivamente para microcirurgia para obtenção de biópsias dado achados da PET. Verificou-se nesse procedimento presença de extensas placas esbranquiçadas a nível laríngeo. Realizou ainda broncofibroscopia com evidência de extensas lesões infiltrativas da mucosa. Biópsia em ambos os casos revelou ausência de tecido neoplásico ou fungos e presença de granulomatose necrotizante brônquica, consistente com etiologia tuberculosa. Nos restantes exames subsidiários verificou-se exame directo do lavado bronco-alveolar (LBA) com presença de bacilos álcool-ácido resistentes e PCR para *Mycobacterium tuberculosis* positivo no LBA com teste molecular de resistências sem evidência de resistências, pelo que iniciou terapêutica anti-bacilar com isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) e etambutol (E), com boa evolução e melhoria clínica.

Discussão: Lesões laríngeas, sobretudo em doentes com história de hábitos tabágicos exige sempre exclusão de patologia neoplásica. Contudo, sobretudo em regiões com elevada incidência de tuberculose ou com população imigrante de zonas endémicas, deve ser excluída tuberculose nestes casos.

Palavras-chave: Laringe. Tuberculose. Neoplasia.

P105. PNEUMOCISTOSE: CASUÍSTICA DE UM CENTRO HOSPITALAR

R.Q. Rodrigues, S. Pipa, C. Hilário, S. Heleno, S. Costa, A.C. Pimenta, A.I. Loureiro

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

Introdução: A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (PPJ) tem apresentado uma incidência tendencialmente crescente nos últimos

anos, em paralelo com o número crescente de doentes sob terapêuticas imunossupressoras, nomeadamente por doença oncológica, autoimune e transplante de órgão. Determinados fatores de risco poderão implicar pior prognóstico.

Objetivos: Caracterizar a população de um Hospital Central com diagnóstico de pneumocistose, realizando uma análise exploratória de fatores clínicos e epidemiológicos potencialmente associados à evolução desfavorável.

Métodos: Analisaram-se retrospectivamente processos clínicos dos doentes com pesquisa de DNA de *Pneumocystis jirovecii* positiva em amostra respiratória, entre 2013 e 2022. A análise de dados foi realizada com recurso ao software SPSS (IBMStatistics23) e testes estatísticos adequados.

Resultados: Foram identificados 107 casos de PPJ, a maioria em doentes do género masculino (n = 78; 72,9%), com média de idades de 58,4 ± 14,72 anos. O tipo de amostra respiratória mais frequentemente rentável para o diagnóstico foi o lavado broncoalveolar (74,8%; n = 80). Confirmou-se uma tendência crescente para a incidência de PPJ, com pico em 2021. A doença oncológica foi o fator de suscetibilidade mais frequente, com n = 43 (40,1%), dos quais 20 sob quimioterapia (QT). Uma elevada proporção (n = 41, 38,3%) apresentava infeção por VIH. Observou-se exposição prévia a corticoterapia (CCT) em n = 33 (30,8%), n = 18 (54,5%) em dose equivalente de prednisolona < 20 mg/dia e/ou por < 1 mês. Em relação a outcomes, a mortalidade global foi de 26,2% (n = 28) e apresentou associação estatisticamente significativa com idade superior (p = 0,002), ECOG-PS ≥ 2 (p < 0,001), doença oncológica (p = 0,027), VIH (p = 0,010) e CCT prévia à infeção (p = 0,038), particularmente por período ≥ 1 mês (p = 0,029). A CCT prévia e o VIH associaram-se também a agravamento clínico ao oitavo dia (p = 0,008 e p = 0,032, respetivamente).

Conclusões: Este trabalho confirma a impressão clínica de aumento paulatino da incidência de PPJ. Fatores imunossupressores como infeção por VIH, doença oncológica e CCT prolongada, têm impacto negativo no prognóstico da doença, assim como idade superior e ECOG-PS ≥ 2.

Palavras-chave: *Pneumocystis jirovecii*. *Pneumonia*. *VIH*. *Doença oncológica*.

P106. UMA RARA APRESENTAÇÃO DE UM MESOTELIOMA PLEURAL

R.Q. Rodrigues, A.I. Loureiro, M. Guerra, T. Gomes

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

Introdução: O mesotelioma maligno é uma neoplasia rara. A maioria tem origem pleural e apresenta-se de forma difusa nas pleuras parietal e visceral.

Caso clínico: Homem de 71 anos, engenheiro agrícola, com antecedentes de hipertensão arterial. Apresentava, há vários meses, sintomas sugestivos de disautonomia, com aumento progressivo da sua frequência, agravada no período pós-prandial e com a flexão anterior do tronco. Instalação de quadro constitucional. Sem sintomas respiratórios. Estudo analítico, incluindo autoimunidade, marcadores tumorais e função tiroideia sem alterações de relevo. Holter com ectopia supraventricular. Ecocardiograma a mostrar de 2 massas extracardíacas heterogêneas, manutenção do derrame pericárdico e imagem de bordos irregulares no pericárdio visceral. TC TAP evidenciou uma massa mediastínica superior com cerca de 73 × 65 mm, heterogênea, junto à crosse da aorta e ao tronco da artéria pulmonar, em contiguidade com uma formação nodular paracardíaca, bem como nódulo pulmonar suspeito de metastização no LM e derrame pericárdico. A biópsia transtorácica guiada por TC foi pouco representativa, evidenciando células mesoteliais sem atipia e imunofenotipagem sem alterações. PET-CT descreveu massa mediastínica com baixa atividade metabólica de etiologia incerta, massas aparentemente intracardíacas e focos pericárdicos hipercaptantes, suspeitos de infiltração ma-

ligna. Nódulo hipermetabólico no LM suspeito. Foi submetido a VATS uniportal esquerda com intuito diagnóstico tendo sido realizada janelar pericárdica, biópsia de massa infiltrativa epicárdica, exérese parcial de tumor mediastínico e resseção em cunha da língua (por nódulo suspeito). Anatomia patológica de tumor mediastínico e tumor epicárdico/pericárdico foi compatível com mesotelioma pleural maligno epitelióide de alto grau.

Discussão: O mesotelioma maligno do mediastino é uma entidade rara e a maioria dos casos descritos tem origem pericárdica. Neste caso, o tumor apresentou-se como uma massa mediastínica com origem pleural e metastização pericárdica, ao contrário da apresentação pleural difusa habitual do mesotelioma. Realça-se esta apresentação atípica e rara do mesotelioma pleural, bem como a pertinência de inclusão desta entidade no diagnóstico diferencial de massas mediastínicas e o papel da cirurgia minimamente invasiva no seu diagnóstico.

Palavras-chave: *Mesotelioma pleural*. *Pericárdio*. *Massa mediastínica*.

P107. MIELOMA MÚLTIPLO, UM DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL

M.J. Lucio, E. Brysch, M. Guerreiro, L. Oliveira, M. Raposo, F. Nogueira

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: A infeção por *Streptococcus pneumoniae* está associada a várias apresentações, dependendo do local de isolamento. Caso esteja num líquido estéril, denomina-se doença pneumocócica invasiva (DPI) cuja prevalência é maior em idosos, imunocomprometidos e na presença de doença crónica.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de um homem de 75 anos, ex-fumador (40UMA) com diagnóstico prévio de doença pulmonar obstrutiva crónica, GOLD B, com vacinação antipneumocócica completa. Recorreu ao serviço de urgência com um quadro de 20 dias de dor pleurítica esquerda e dispneia. Ao exame objetivo, destacava-se diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda. Analiticamente, com elevação dos parâmetros inflamatórios, antigenúria positiva para *Pneumococcus* e telerradiografia torácica com hipotransparência heterogênea esquerda. Assumiu-se pneumonia adquirida na comunidade e iniciou antibioterapia empírica. Por persistência da febre, realizou TC-torácica que evidenciou derrame pleural bilateral, loculado à esquerda, com espessura de 24 mm, com consolidação parenquimatosa no lobo inferior esquerdo, e micronódulos no lobo superior esquerdo. Em D7, fratura com colapso em cunha “de novo”, e lesões ósseas de sugestão tumoral, no 8º arco costal direito. As hemoculturas foram positivas para *Streptococcus pneumoniae*, sensível à antibioterapia instituída. Assumiu-se pneumonia pneumocócica complicada com empiema e DPI, com evolução favorável, após 21 dias de antibioterapia dirigida. Para esclarecimento das lesões ósseas, foi solicitada PET-TC, que evidenciou provável malignidade pleuroparenquimatosa na base esquerda, com metastização óssea múltipla, de predomínio axial; e eletroforese de proteínas séricas, com pico monoclonal IgG Kappa, aumento de B2-microglobulina e presença de proteína M. Foi solicitada biópsia óssea, com resultados compatíveis com mieloma múltiplo (MM). Assim, à data de alta, foi referenciado a consulta de Hemato-Oncologia, para seguimento do caso.

Discussão: Apesar da vacinação antipneumocócica, a prevalência de doença pneumocócica invasiva mantém-se elevada com grande impacto na mortalidade. Os autores consideram este caso importante pelo diagnóstico inaugural de MM num doente com DPI e empiema. A marcha diagnóstica adequada num doente com patologia respiratória crónica possibilitará um diagnóstico célere e tratamento precoce.

Palavras-chave: *Doença pneumocócica invasiva*. *Empiema*. *Mieloma múltiplo*.

P108. MASSA MEDIASTÍNICA - UMA ETIOLOGIA RARA

M.M. Carvalho, J. Rei, D. Pimenta, R. Monteiro, J. Miranda, I. Pascoal

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

Introdução: Os sarcomas de tecidos moles são um grupo heterogêneo de tumores que surgem de células mesenquimatosas. Os lipossarcomas bem diferenciados (LBD) são neoplasias localmente agressivas, caracterizadas pela sua semelhança macroscópica e microscópica com o tecido adiposo maduro. São o tipo mais comum de sarcoma em adultos, ocorrendo mais frequentemente entre a sexta e a sétima décadas de vida. Apresentam-se como massas indolores e de crescimento lento.

Caso clínico: Doente sexo masculino, 71 anos. Ex-fumador (30 UMAs). Antecedentes pessoais de HTA, DM tipo 2 e obesidade. Recorreu ao médico assistente por toracalgia esquerda de características pleuríticas e dispneia de esforço (mMRC 1), com 1 mês de evolução. Radiografia do tórax revelou massa volumosa ocupando grande parte do hemitórax esquerdo, com possível dependência mediastínica. Prosseguiu estudo com TC de tórax que evidenciou volumosa massa sobre a vertente esquerda do mediastino (17,4 × 15 × 10,8 cm), relativamente bem definida na sua vertente externa, sem seguro plano de clivagem com mediastino, admitindo-se invasão a este nível. Apresentava textura heterogênea com algumas áreas de densidade adiposa, levantando a suspeita de teratoma. Apresentava ainda adenopatias mediastínicas sobretudo na janela aortopulmonar, com aparente infiltração secundária. BTT da lesão inconclusiva. Doente encaminhado para cirurgia cardiotorácica, tendo sido submetido a exérese de massa mediastínica anterior por esternotomia total, sem intercorrências. Radiografia de tórax do pós-operatório a evidenciar subida da hemicúpula diafragmática esquerda. Ecografia torácica confirmou parésia diafragmática esquerda. A histologia da peça cirúrgica revelou tumor lipomatoso sugestivo de lipossarcoma bem diferenciado. Foi referenciado para o IPO. Por referir agravamento franco da dispneia no pós-operatório (mMRC3), iniciou reabilitação respiratória.

Discussão: Os LBD ocorrem mais frequentemente no espaço retroperitoneal e nos membros, sendo menos comuns no cordão espermático e no mediastino (correspondem a 1% dos tumores mediastínicos). Estas neoplasias tendencialmente não metastizam mas recidivam múltiplas vezes pela difícil ressecção total. Trazemos este caso por se tratar de uma neoplasia rara, de grandes dimensões, num doente com sintomas incipientes e de início recente.

Palavras-chave: *Massa mediastínica. Lipossarcoma.*

P109. ASPERGIOSE PULMONAR CRÓNICA: EFEITOS ADVERSOS ASSOCIADOS A TERAPÊUTICA ANTIFÚNGICA

M. Sousa, A. Amorim

Centro Hospitalar Universitário de São João.

Introdução: A aspergilose pulmonar crónica (APC) ocorre em doentes com doença pulmonar cavitária crónica, sendo caracterizada por uma evolução indolente, sintomas constitucionais, IgG para *A. fumigatus* elevado e parâmetros inflamatórios sustentadamente aumentados. O itraconazole e o voriconazole são os antifúngicos preferencialmente utilizados no tratamento de APC.

Caso clínico: Homem, 69 anos, com múltiplas comorbilidades, nomeadamente adenocarcinoma pulmonar estágio IIb submetido a lobectomia inferior direita em 2009. Foi diagnosticada APC em 2016, tendo realizado terapêutica com itraconazole durante 6 meses. Por agravamento clínico e imagiológico iniciou voriconazole que foi suspenso após 2,5 anos por polineuropatia axonal. Em julho de 2022, após infeção ligeira por COVID-19, o doente inicia quadro de astenia, anorexia e emagrecimento, tosse e expectoração purulenta (por vezes, hemoptoica) e picos febris diários. Realizou TC do tórax cujas imagens eram sugestivas de progressão da aspergilose. O doente foi internado em novembro por APC com sobreinfeção bac-

teriana. Iniciou terapêutica antifúngica com posaconazole e anti-bioterapia com piperacilina e tazobactam. Após uma semana, verificou-se quadro progressivo de ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema exuberante dos membros inferiores. Ao exame objetivo a destacar perfil tensional elevado. Do estudo analítico realizado verificou-se hipocaliemia grave (2,4 mEq/L), com natriemia (136 mEq/L) e creatinina (0,73 mg/dL) normais. A hipocaliemia revelou-se de difícil controlo, com necessidade de suplementação agressiva com cloreto de potássio nos dias subsequentes. Procedeu-se ao doseamento de cortisol matinal, renina e aldosterona, cujos resultados foram 27,3 ug/dL (6,2-19,4 ug/dL), 12,7 uU/mL (5,0-27,0 uU/dL) e < 1,0 ng/dL (1,0-16,0 ng/dL), respetivamente. Concluiu-se assim pseudohiperaldosteronismo induzido pelo posaconazol. O posaconazole foi suspenso, tendo iniciado terapêutica antifúngica com isavuconazol. O doente evoluiu favoravelmente.

Discussão: O posaconazole é capaz de inibir a enzima 11β-hidroxisteroide desidrogenase tipo 2, levando à acumulação de precursores do cortisol, capazes de ativar diretamente os recetores mineralocorticoides. Este aumento da atividade mineralocorticoide é conhecido como pseudohiperaldosteronismo induzido pelo posaconazol.

Palavras-chave: *Aspergilose pulmonar crónica. Antifúngicos. Pseudohiperaldosteronismo.*

P110. TERAPÊUTICA INTRACAVITÁRIA DE ASPERGILOMA POR VIA ENDOBRÔNQUICA

M. Pinto, J. Rodrigues, M. Silva, D. Maia, A. Miguel

Hospital Santa Marta.

Introdução: A aspergilose pulmonar crónica cavitária afeta indivíduos imunocompetentes com alterações pulmonares subjacentes. Caracteriza-se por um quadro arrastado de perda ponderal, febre, tosse e hemoptises. A presença de várias cavitações de parede espessa (que podem conter aspergilomas) e a evidência serológica ou microbiológica de *Aspergillus* estabelecem o diagnóstico. Está indicada terapêutica antifúngica sistémica e, em caso de hemoptises persistentes, embolização arterial brônquica ou excisão cirúrgica da zona afectada. Em alternativa, está descrita a instilação intracavitária de antifúngicos, por via percutânea ou endobrônquica.

Caso clínico: Homem de 37 anos, testemunha de Jeová, com história de tuberculose pulmonar em 2009, tratada com esquema de primeira linha. Foi internado por tosse produtiva e hemoptises com vários meses de evolução. A TC torácica mostrou bronquiectasias e volumosa cavitação no lobo superior direito, ocupada por aspergiloma, bem como outra cavitação mais pequena no lobo inferior direito. Perante a suspeita de tuberculose, realizou sucessivas colheitas de expectoração, com exame direto e TAAN negativos. Realizou colheita de lavado broncoalveolar (LBA) com isolamento de *Pseudomonas aeruginosa*, mas sem BAAR e com TAAN negativo. O doseamento de galactomannan foi positivo no sangue e no LBA (1,08 e 8, respetivamente). Iniciou voriconazol e cumpriu ciclo de anti-bioterapia dirigida. Verificou-se persistência de hemoptises mesmo após embolização arterial brônquica, mas a recusa de transfusões sanguíneas impossibilitou o tratamento cirúrgico. Assim, procedeu-se a nova broncofibroscopia, com acesso à cavidade através de B1, visualização do aspergiloma e instilação intracavitária de anfotericina B. O procedimento foi repetido 10 vezes em cinco semanas. Iniciou colistina inalada por isolamento persistente de *P. aeruginosa* após duas tentativas de erradicação. No último exame, o aspergiloma desintegrou-se, com visualização de hifas e isolamento de *Aspergillus fumigatus* nos fragmentos removidos com pinça. A TC torácica de reavaliação mostrou resolução total do aspergiloma.

Discussão: A instilação intracavitária de antifúngicos por via endobrônquica pode constituir uma alternativa eficaz para o tratamento de aspergilomas em doentes com contraindicação ou recusa cirúrgica.

Palavras-chave: *Aspergiloma. Abordagem endobrônquica. Anfotericina B.*

P111. QUILOTÓRAX: UMA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA DIFÍCIL?

C. Pimentel, F. Henriques, D. Amorim, Â. Cunha, C. Santos, S. Feijó

Centro Hospitalar de Leiria.

Introdução: O derrame pleural é uma patologia muito frequente e a multiplicidade das suas etiologias obriga a uma anamnese detalhada e um estudo complementar dirigido.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 74 anos do sexo masculino, com múltiplas comorbilidades incluindo fatores de risco cardiovasculares e adenocarcinoma da próstata com diagnóstico recente, que recorre ao SU por um quadro de dispneia com 3 meses de evolução e agravamento 3 dias antes da admissão hospitalar, sem outra clínica respiratória, abdominal ou constitucional associada. Não apresentava história de febre, intervenções invasivas ou trauma recente. No estudo complementar diagnóstico realizado, não apresentava alterações do hemograma nem subida dos parâmetros inflamatórios, apresentando derrame pleural direito de grande volume na TC do tórax. Foi submetido a toracocentese, sendo o líquido pleural de aspeto leitoso, com critérios de Light de exsudado, predomínio de mononucleares, triglicerídeos > 1,24 mmol/L, citologia negativa para células neoplásicas, isolamento de *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina no líquido pleural, pelo que foi instituída antibioterapia dirigida durante 4 semanas. Pelo quadro de quilotórax, foi submetido a videotoracoscopia diagnóstica onde foi evidente uma nodulação da pleura parietal na região torácica inferior direita, tendo sido realizada biópsia com o estudo imunohistoquímico a revelar população mista de células linfóides B e T, com predomínio de linfócitos B. Durante o internamento o doente apresentou boa evolução clínica, tendo sido orientado para consulta de hematologia onde realizou imunofenotipagem do sangue periférico (sugestivo de leucemia linfocítica crónica) e da medula óssea (sugestivo de Linfoma B da zona marginal), pelo que aguarda medulograma para esclarecimento diagnóstico e decisão terapêutica. Adicionalmente, o doente manteve seguimento em consulta de Pneumologia, não tendo apresentado agravamento do quilotórax após a alta hospitalar.

Discussão: O presente caso reflete a importância de uma investigação etiológica detalhada de um derrame pleural, já que o doente apresentava fatores de risco para diferentes etiologias de derrame pleural. O quilotórax é uma causa rara de derrame pleural, sendo as neoplasias hematológicas, particularmente os linfomas, a etiologia não traumática mais frequente.

Palavras-chave: Derrame pleural. Quilotórax. Toracoscopia. Linfoma.

P112. SINTOMAS NEUROLÓGICOS NO CANCRO DO PULMÃO: PARA ALÉM DAS METÁSTASES

M.C. Silva, A.R. Pedroso, J. Naia, D. Pimenta, B. Fernandes, E. Padrão, L. Ferreira

Hospital de Braga.

Introdução: Os défices neurológicos agudos podem ter várias causas mas no cancro do pulmão, para além da neoplásica devem ser consideradas outras etiologias.

Casos clínicos: Caso 1. Mulher, 53 anos. Diagnóstico de carcinoma adenoescamoso do pulmão, estadio IVb (pleura, osso), PD-L1 90-100%, mutação exão 20 EGFR. Um mês depois iniciou disartria e hemiparésia direita. O angio-TC cerebral revelou trombo em M2 e a RMN-CE múltiplos enfartes recentes em território da ACME e 1 lesão sugestiva de etiologia secundária. No ecocardiograma observada massa móvel, heterogênea no ventrículo esquerdo, vascularizada e infiltrativa em RMN, sugestiva de origem tumoral (18 × 12 × 29 mm). Considerou-se um AVC cardioembólico com origem na mas-

sa cardíaca intracavitária de etiologia secundária. Perante o prognóstico, cardiologia recusou uma abordagem cirúrgica, pelo que iniciou tratamento com quimioterapia e anticoagulação. Na reavaliação (40 ciclo) apresentou diminuição muito significativa da massa intracavitária e melhoria dos sintomas neurológicos. Caso 2: Homem, 58 anos. Diagnóstico de Adenocarcinoma do pulmão, estadio IVb (pericárdio, osso, cérebro), PD-L1 60%, rearranjo do RET. Realizou RT holocraneana e dexametasona. Um mês depois, em desmame de CCT, iniciou desorientação, adinamia, flutuação do estado de consciência, cefaleias. A TC-CE revelou estabilidade das múltiplas lesões metastáticas e várias áreas hipodensas cortico-subcorticais parieto-occipitais, frontais, tálamo, mesencéfalo e cerebelo, traduzindo lesões isquémicas subagudas, sugestivas de origem cardioembólica, confirmadas por RMN-CE. Foi excluída infecção do SNC. Em TC abdominal observaram-se áreas hipocaptantes nos rins e baço, sugestivas de enfartes isquémicos. No ecocardiograma visualizou-se uma massa móvel, friável em folheto da válvula mitral (27 × 12 mm) e inúmeras vegetações valvulares. Consideraram-se o diagnóstico de endocardite infecciosa ou marfântica com embolização sistémica e iniciou ATB empírica. Face ao risco de transformação hemorrágica, neurologia protelou anticoagulação. Apresentou agravamento clínico progressivo, acabando por falecer.

Discussão: Os eventos vasculares cerebrais têm de ser considerados no diagnóstico diferencial de défices neurológicos agudos no cancro do pulmão uma vez que os fatores de risco são comuns, aliando-se um elevado risco trombótico.

Palavras-chave: Défices neurológicos. Eventos arteriais.

P113. SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ - UM CASO DE PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO FAMILIAR

L. Mateus, S. Fontão, M. Cavaco, A. Nunes, R. Cordeiro, C. Silvestre, D. Duarte, T. Falcão

Centro de Responsabilidade Integrada de Pneumologia, Unidade de Torres Vedras, Centro Hospitalar do Oeste.

Introdução: A síndrome de Birt-Hogg-Dubé (BHD) é uma doença autossómica dominante que se caracteriza, entre outros achados, pela presença de múltiplos quistos pulmonares e história familiar de pneumotórax espontâneo. O diagnóstico é sugerido pela clínica e achados radiológicos e confirmado através de teste genético com pesquisa de mutações do gene FLCN.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente de 32 anos, não fumadora, sem antecedentes pessoais relevantes mas com história familiar de pneumotórax espontâneo em idade jovem em vários membros da família, que recorreu a consulta de MGF por quadro de toracalgia pleurítica à direita com 1 mês de evolução. Realizou radiografia torácica que revelou lâmina apical de pneumotórax à direita, sem indicação para drenagem, cumprindo cinesiterapia respiratória. Por ausência de resolução realizou TC torácica em que é relatado pneumotórax à direita, circunferencial, com câmara aérea de 12 mm e bolhas subpleurais de enfisema parasseptal. Ficou internada no Serviço de Pneumologia para vigilância e cinesiterapia respiratória, repetindo radiografia ao fim de 7 dias com pneumotórax de dimensões sobreponíveis, acabando por ser submetida a colocação de drenagem torácica, que se manteve em aspiração ativa, com resolução do quadro. Acaba por ter alta assintomática, consentido realização de estudo genético, nunca realizado na família, que detetou a variante c.573_574delinsT, p.(Lys192Argfs*31) no gene FLCN em heterozigotia, patogénica. Iniciou vigilância semestral e rastreio de neoplasia renal, mantendo-se estável e sem recorrência de pneumotórax após 6 meses.

Discussão: Perante história familiar de quistos pulmonares com predominância nos lobos inferiores, em topografia subpleural e paramediastínica, e pneumotórax espontâneo em idades jovens, deve ser levantada a suspeita de síndrome de BHD, confirmada por teste genético, medida com impacto no rastreio de neoplasia renal e no

acompanhamento de familiares com patologia estrutural pulmonar assintomática.

Palavras-chave: *Birt-Hogg-Dubbe. Pneumotórax. Mutação. Genética.*

P114. ASPERGILOSE PULMONAR CAVITÁRIA CRÔNICA - UM CASO DE HEMOPTISES RECORRENTES

A.R. Pereira, D.S. Gomes, S. Castro, C.C. Costa, B. Rodrigues
Centro Hospitalar Baixo Vouga.

Introdução: O *Aspergillus* é um fungo saprofítico onipresente cujo isolamento nas secreções respiratórias em imunocompetentes habitualmente traduz colonização. A aspergilose pulmonar crônica pode ter várias apresentações, nomeadamente aspergilose pulmonar cavitária crônica.

Caso clínico: Mulher, 39 anos, autônoma, referenciada para consulta de Pneumologia por hemoptises, fadiga, tosse seca, perda ponderal e anorexia com 2 meses de evolução com múltiplas lesões cavitadas em tomografia computadorizada (TC) do tórax. Apresentou 5 internamentos em 3 anos por hemoptises. Do estudo realizado: analiticamente neutrofilia, eosinofilia, velocidade de sedimentação e proteína C-reativa elevadas, imunoglobulina E (IgE) total aumentada, serologias e restante autoimunidade sem alterações; Interferon Gamma Release Assay negativo, primeiro microbiológico de expetoração com escassas colónias de *Aspergillus fumigatus*. Broncoscopia flexível (BF) sem isolamentos microbiológicos e ausência de expressão de CD1a. Isolamento de *Streptococcus parasanguinis* e bronquite aguda necrotizante em nova BF. Testes cutâneos de alergia positivos para ácaros e pelo de animais domésticos. Estudo funcional respiratório com air-trapping e redução moderada da capacidade de difusão do monóxido de carbono. Diagnosticada asma alérgica, iniciou inaloterapia. Identificadas precipitinas e IgE específica para *Aspergillus fumigatus*. Doseamento único positivo de c-Anticorpo anticitoplasmático de neutrófilo, sugerindo granulomatose com poliangeite, sem alterações em TC dos seios perinasais. Biópsia pulmonar cirúrgica do lobo médio inconclusiva. Imagem sugestiva de aspergiloma intracavitário em TC torácica posterior. Iniciou Voriconazol, suspenso após 2 meses por toxicidade cutânea. Doseamento de antigénio galactomamano no lavado broncoalveolar ligeiramente positivo. Imagiologicamente, cavitações à direita em melhoria e aumento da cavitação à esquerda, com densificação de novo na base pulmonar direita. Assumida aspergilose pulmonar crônica cavitária, retomou antifúngico com itraconazol.

Discussão: Este caso elucida a complexa marcha diagnóstica inerente à infeção por *Aspergillus*. O diagnóstico foi estabelecido 3 anos após o início da sintomatologia. A paciente iniciou antifúngico e pondera-se excisão cirúrgica de lesões cavitadas se hemoptises persistentes.

Palavras-chave: *Hemoptises. Aspergillus. Aspergilose. Cavitação.*

P115. LEIOMIOSSARCOMA PULMONAR PRIMÁRIO - UM TIPO RARO DE NEOPLASIA

L. Mateus, S. Fontão, M. Cavaco, A. Nunes, R. Cordeiro, C. Silvestre, D. Duarte, T. Falcão

Centro de Responsabilidade Integrada de Pneumologia, Unidade de Torres Vedras, Centro Hospitalar do Oeste.

Introdução: O leiomiossarcoma pulmonar primário é uma entidade rara que corresponde a cerca de 0.5% de todas as neoplasias pulmonares, sendo o tipo de sarcoma pulmonar mais frequente. Surge mais frequentemente a partir da 6ª década de vida e em indivíduos do sexo masculino. A apresentação inicial é habitualmente semelhante à das restantes neoplasias pulmonares.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente de 70 anos com antecedentes relevantes de doença pulmonar obstrutiva crónica e tabagismo pregresso (60 UMA) que recorreu ao SU por quadro com 3 meses de evolução de cansaço fácil, dorralgia, expetoração hemoptóica e emagrecimento de 10 kg. À auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular diminuído na metade inferior do hemitórax direito, acabando por realizar TC torácica que revelou duas massas sólidas com 4x3 cm de maiores eixos no segmento anterior do lobo pulmonar inferior direito, sendo internado para investigação de provável neoplasia pulmonar. Foi submetido a broncofibroscopia flexível em que se evidenciaram sinais diretos de neoplasia a nível da emergência do brônquio intermediário, tendo o exame citológico revelado células com grau elevado de suspeição para malignidade, e a biópsia brônquica documentado "Fragmentos de mucosa tipo brônquica com infiltração por neoplasia mesenquimatosa, constituída por população de células pleomórficas, epitelóides, atípicas, com presença de mitoses atípicas. O estudo imunohistoquímico revelou células vimentina+, actina+, desmina+, AE1/AE3-, achados a favor de sarcoma com diferenciação muscular. Realizou ainda TC abdominopélvica e PET-TC que revelaram provável metastização ganglionar mediastínica, gástrica, hepática e supra-renal bilateral. Após reunião multidisciplinar de Oncologia foi decidido início de quimioterapia paliativa.

Discussão: Realça-se a importância do diagnóstico diferencial de lesões nodulares pulmonares, ilustrada por um caso clínico com achados frequentes mas cuja marcha diagnóstica identificou um tipo raro de neoplasia pulmonar.

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

P116. QUANDO UMA NEOPLASIA NÃO VEM SÓ

I. Spencer, A.S. Vilariça, M. Alvoeiro, P. Alves

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.

Introdução: O cancro do pulmão é o principal causador de mortalidade relacionada com neoplasias malignas. O tabagismo constitui fator de risco para todos os subtipos. O adenocarcinoma constitui cerca de 40% dos casos, já o carcinoma neuroendócrino de grandes células do pulmão representa menos de 10% e diferem nas características e tratamento.

Caso clínico: Sexo masculino, 71 anos, ECOG 1, ex-fumador (carga tabágica 90 UMA), com antecedentes de displasia de alto grau em biópsias de cólon. Diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão do lobo superior direito (LSD) em outubro/2019 (IIIB, T3N3M0) por biópsia ecoguiada de adenopatia supraclavicular direita, PDL-1 < 1%, com mutação do exão 2 do gene EGFR. Realizada quimioterapia (carboplatina/vinorelbina) e radioterapia concomitante que terminou em fevereiro/2020. Em TC de reavaliação após final de tratamento de 1ª linha verificou-se redução da dimensão do nódulo no LSD (estabilização de doença). Posteriores avaliações imagiológicas sem evidência de recidiva até agosto/2021, altura em que são identificados dois nódulos sólidos no lobo inferior esquerdo (LIE), em PET com SUV máximo de 3 e foco de captação no cólon transversal. Em reunião multidisciplinar coloca-se à consideração recidiva pulmonar versus metastização pulmonar de eventual neoplasia do cólon. Optou-se por ressecção pulmonar atípica do LIE, cuja anatomia patológica revelou carcinoma neuroendócrino de grandes células, estadiado em PET como IVB - T3 N3 M1c, por adenopatias cervicais baixas com SUV máx 3,9. Iniciou quimioterapia em 1ª linha com carboplatina e etoposídeo, mas com progressão de doença após 4 ciclos (pulmonar bilateral). Dado o diagnóstico pregresso, colocou-se a hipótese de se tratar de carcinoma combinado e de progressão do componente de adenocarcinoma, optando-se por terapêutica com pemetrexede em 2ª linha (completou 3 ciclos) após os quais se verificou progressão de doença.

Iniciou atezolizumab em 3ª linha, com resolução quase completa dos nódulos pulmonares bilaterais.

Discussão: Realçamos a importância do estabelecimento do diagnóstico histológico na recidiva, bem como o desafio da decisão terapêutica em casos clínicos complexos de carcinomas metácrnos, tendo a discussão multidisciplinar um papel fundamental.

Palavras-chave: *Adenocarcinoma neuroendócrino grandes células.*

P117. FIBROSE QUÍSTICA: UM DIAGNÓSTICO RARO EM IDADE ADULTA

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

Hospital Vila Franca de Xira.

Introdução: A fibrose quística é uma doença genética grave que resulta de mutações no gene CFTR. Apesar de rara é uma das doenças genéticas mais prevalentes em indivíduos caucasianos.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma doente do sexo feminino, 31 anos, peso normal (IMC 24,1 Kg/m²), com história pessoal de rinite alérgica e com duas gravidezes prévias. Foi encaminhada à consulta de pneumologia por pneumonias de repetição (duas nos últimos quatro anos, ambas com necessidade de internamento hospitalar). Tinha clínica de rinite alérgica diariamente, assim como sintomas compatíveis com asma (CARAT 22), mais exuberante durante as infecções respiratórias. Do estudo realizado salienta-se: tomografia computadorizada com bronquiectasias cilíndricas multilobulares bilaterais, algumas com impactação mucóide, phadiatop positivo, imunoglobulinas (incluindo IgE) e alfa1antitripsina normais, sem eosinofilia e prova de função respiratória com aumento da resistência das vias aéreas, com prova de broncodilatação negativa. Para complementar o estudo foi realizada prova de suor que foi positiva e o estudo genético de fibrose quística confirmou o diagnóstico, pelo que foi encaminhada para a consulta de subespecialidade.

Discussão: Este caso pretende alertar para o diagnóstico de fibrose quística ser considerado no estudo de bronquiectasias, mesmo em doentes adultos sem problemas de nutrição, desenvolvimento ou fertilidade, permitindo o tratamento dirigido à doença.

Palavras-chave: *Fibrose quística. Adulto.*

P118. CORTICOTERAPIA SISTÊMICA: HERÓI OU VILÃO?

F. Guimarães, M. Cunha, J. Canadas, R. Armindo, L. Viegas, N. Marçal, P. Rosa

Hospital Vila Franca de Xira.

Introdução: A corticoterapia sistêmica é usada amplamente na prática clínica, sendo frequentemente usada em altas doses em contexto de urgência e internamento hospitalar, apesar dos muitos efeitos secundários associados.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, 52 anos, operário fabril, nunca fumador, sem antecedentes de tuberculose, com história pessoal de duas pneumonias na infância e uma na adolescência, asma diagnosticada na infância, rinosinusite, cardiopatia isquêmica e hipertensão arterial. Tinha tido um internamento recente por bronquiectasias infetadas sem agente isolado e insuficiência respiratória parcial, sendo medicado com amoxicilina e ácido clavulânico e corticoterapia sistêmica. Iniciou seguimento na consulta de pneumologia para estudo de bronquiectasias. Foi excluída aspergilose broncopulmonar alérgica (sem eosinofilia, IgE 594 KU/L, IgE específica de *Aspergillus fumigatus* não detectável), fibrose quística (estudo genético não detetou mutações) e deficiência de alfa1antitripsina (142 mg/dL). Déficit de IgM (1 mg/dL) e IgG (41 mg/dL), sem déficit de IgA. Espirometria com obstrução grave (FEV1 38,8%, prova de

broncodilatação positiva). Medicado com terapêutica tripla para a asma e reabilitação pulmonar, mantendo tosse diária e sem exacerbações. Foi encaminhado para a consulta de imunoalergologia por suspeita de imunodeficiência primária com manifestações pulmonares. Em consulta de imunoalergologia foi realizada tomografia computadorizada do abdómen que excluiu adenomegalias e hepatoesplenomegalia e das análises pedidas salienta-se: doseamento de Igs dentro dos valores de referência, títulos de IgG Anti-*Streptococcus pneumoniae* e anti-tétano adequados após vacinação, sem déficit de complemento, phadiatop positivo, sem alterações dos anticorpos tiroideus e função tiroideia.

Discussão: Neste caso foi admitido o diagnóstico de asma, bronquiectasias provavelmente por infecções respiratórias no passado e imunodeficiência transitória de IgG e IgM secundária à corticoterapia sistêmica. Este caso pretende refletir sobre os efeitos negativos da corticoterapia, devendo esta ser usada de forma ponderada.

Palavras-chave: *Imunodeficiência secundária. Corticoterapia sistêmica.*

P119. ESPIROMETRIA NA POSIÇÃO DEITADA: A PROPÓSITO DE UM CASO DE PARÉSIA DIAFRAGMÁTICA

D. Ferreira, L. Roleta, M. Castro, G. Reis, A.R. Marçôa, R. Lima, T. Shiang, M. Guimarães

CHVNG/E.

Introdução: A parésia do diafragma pode constituir um achado incidental num indivíduo assintomático, ou manifestar-se com sintomas inespecíficos. A sua principal causa é a lesão iatrogénica do nervo frénico.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 50 anos, ex-fumador (40 UMA), emigrado em França. História de internamento hospitalar prolongado em França, há 1 mês, após paragem cardio-respiratória na sequência de obstrução da via aérea por bócio mergulhante compressivo. Foi submetido a tireoidectomia total com excisão do bócio endotorácico e esteve ventilado mecanicamente durante 21 dias. Desmame ventilatório progressivo, teve alta sem oxigenoterapia suplementar. Recorre ao SU do nosso hospital por queixas de dispneia e ortopneia, com intolerância ao decúbito. Sem toracalgia ou palpitações. Dos exames complementares solicitados, destacavam-se uma elevação dos D-dímeros, gasimetria com IR tipo 2 sem acidemia, opacidades bilaterais na radiografia do tórax, sem TEP na angio-TC torácica, mas com extensas consolidações parenquimatosas basais bilaterais. Internado na Unidade Intermédia, por pneumonia bilateral grave, com necessidade de VNI. Iniciada piperacilina-tazobactam empiricamente. Ao 7º dia, foi transferido para a enfermaria de Pneumologia, onde foi colocada a hipótese de parésia diafragmática, na sequência de lesão iatrogénica cirúrgica do nervo frénico. Foi solicitado estudo funcional respiratório no internamento, que revelou uma alteração ventilatória restritiva grave na espirometria basal, com uma capacidade vital forçada (FVC) de 1,72 L (40% do previsto). Na posição deitada, a FVC sofreu uma redução de 65%, para um valor final de 0,6 L (14% do previsto). Na ecografia torácica, observados movimentos de reduzida amplitude diafragmática, sem assimetrias. Evolução clínica favorável e desmame progressivo da VNI, com manutenção apenas no período noturno. Teve alta com prescrição de VNI noturna e orientado para a consulta.

Discussão: A espirometria na posição deitada constitui um teste sensível, mas pouco específico no diagnóstico de parésia diafragmática. A variação da FVC neste caso foi muito significativa, o que no contexto clínico apresentado, aumenta a suspeita diagnóstica. A VNI é fundamental no controlo sintomático e melhoria de qualidade de vida nestes doentes.

Palavras-chave: *Diafragma. Espirometria. Ventilação não invasiva.*

P120. VÁRIAS FACES DA ESCALA PRAISE EM DOENTES SOB PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

C. Cascais Costa, J. Silveira, C. Rodrigues

Centro Hospitalar Baixo Vouga.

Introdução: A auto-eficácia é a percepção da capacidade do indivíduo para lidar com diferentes situações diárias, foi adaptada para aplicação à Reabilitação Respiratória (RR) com a Pulmonary Rehabilitation Adapted Index of Self-Efficacy (PRAISE).

Objetivos: Determinar a auto-eficácia de doentes com patologia respiratória diversa sob programa de RR hospitalar, através da escala PRAISE. Verificar se existem diferenças com a patologia de base, bem como as características funcionais e comparação com mMRC, HAD ansiedade e depressão e EuroQol.

Métodos: Realização de um estudo transversal analítico, com aplicação da escala PRAISE, validada para português, a doentes que vão iniciar ou iniciaram recentemente programa RR.

Resultados: Foram avaliados 30 doentes, 56,7% do masculino, idade média de $65,73 \pm 12,87$. Destes, 66,3% apresentavam patologia obstrutiva (89% DPOC e restantes asma) e 33,3% eram doentes pós infeção COVID-19. Obtivemos um valor médio para escala de PRAISE de $45,84 \pm 8,1$ (valor máximo da escala de 60). Os valores da função pulmonar foram inferiores no grupo da patologia obstrutiva. Os valores da escala PRAISE, mMRC, HAD e EuroQol não foram estatisticamente diferentes nestes dois grupos. No entanto, os valores médios da escala PRAISE, HAD ansiedade e depressão e EuroQol foram superiores no grupo pós-COVID-19. Não houve diferenças no valor destas escalas consoante o nível de escolaridade, se viviam sozinhas ou acompanhados ou em área rural ou urbana. Entre as escalas, verificámos que o resultado da escala PRAISE não se correlacionou com o valores das outras escalas. Por outro lado o valor da mMRC correlacionou-se com o HAD depressão ($p < 0,05$, rho 0,561) e com a escala EuroQol ($p < 0,05$, rho 0,721). O valor da HAD ansiedade correlacionou-se positivamente com HAD depressão ($p < 0,05$, rho 0,736) e com o EuroQol ($p < 0,05$, rho 0,578). A escala EuroQol correlaciona-se também com a HAD depressão ($p < 0,05$, rho 0,539).

Conclusões: A auto-eficácia é um conceito ainda pouco aplicado, a sua avaliação basal permite identificar doentes com necessidade de maior encorajamento e supervisão. Os autores verificaram níveis mais elevados de auto-eficácia no grupo de doentes após uma doença aguda. Não se encontraram marcadores associados a maior auto-eficácia, o que mostra a importância de manter esta avaliação de forma abrangente.

Palavras-chave: Praise. Auto-eficácia. Reabilitação respiratória.

P121. HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA SECUNDÁRIA A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ESQUERDA: UMA SÉRIE DE CASOS

C. Cascais Costa, C. Valente, L. Andrade, P.G. Ferreira

Centro Hospitalar Baixo Vouga.

Introdução: A hemorragia alveolar difusa (HAD) deve-se a disrupção da membrana basal alveolo-capilar e pode ter causas imunomediadas e não imunomediadas. A insuficiência cardíaca esquerda é uma possível etiologia poucas vezes lembrada. Estudo descritivo e retrospectivo de um subgrupo de doentes seguidos em consulta de Pneumologia com o diagnóstico de HAD atribuída a insuficiência cardíaca esquerda.

Casos clínicos: Caso 1. Sexo masculino, 74 anos, clínica de dispneia, tosse e hemoptises no contexto de EAM SST, ICP com Killip 3, disfunção VE com HTP grupo 2. Tratava-se de um doente com historial de cardiopatia isquémica e FA. Encontrava-se sob anticoagulação com NOAC e antiagregação dupla. Não realizou broncofibroscopia devido ao contexto de EAM recente. Caso 2. Sexo feminino, 57 anos, clínica de tosse, dispneia e febre com cerca de 5 dias de evolução,

em doente com prótese mitral mecânica com HTP grupo 2, hipocoagulada com antagonista da vitamina K. Fez broncofibroscopia com lavado broncoalveolar com 360.000 cels/mL com 87% macrófagos, 85% dos quais com depósitos de hemossiderina. Caso 3. Sexo masculino, 87 anos, agravamento agudo da dispneia, antecedentes de IC com FEVE preservada, cardiopatia isquémica e FA hipocoagulada com NOAC. O LBA apresentava uma contagem total de células de 370.000 cels/mL, com 97% macrófagos, 1% de linfócitos, 0% neutrófilos e 1% de monócitos. As biópsias pulmonares transbrônquicas revelaram hemorragia intra-alveolar e presença de macrófagos com pigmento antracósico. Caso 4. Sexo feminino, 69 anos, clinicamente apresentava dispneia numa doente com IC de predomínio direito, HTP grupo 3 por SAOS moderado e uma FA hipocoagulada com antagonista da vitamina K. O LBA apresentava 470.000 cels/mL com 83% macrófagos com depósitos de hemossiderina em praticamente todos os macrófagos. Todos os casos apresentavam alterações difusas em vidro despolido, estudo microbiológico invasivo e auto-imunidade negativos. No primeiro caso foi feito o diagnóstico presuntivo de HAD aguda, nos casos 2, 3 e 4 o diagnóstico foi de HAD crónica.

Discussão: A IC pode justificar a HAD com expressividade clínica variável por hipertensão pulmonar pós-capilar, ocasionalmente com contributo adjuvante de hipocoagulação ativa. Consideramos pertinente lembrar esta associação que é frequentemente subestimada.

Palavras-chave: Hemorragia alveolar. Insuficiência cardíaca.

P122. CARCINOMA EPIDERMÓIDE DO PULMÃO E METASTIZAÇÃO ATÍPICA

F.S. Correia, B. Ferraz, B. Silva, N. Faria, J. Gomes, S. Azevedo, I. Costa

Centro Hospitalar Universitário de Santo António.

Introdução: O carcinoma epidermóide primário da tiróide é uma entidade rara, sendo habitualmente metastático, por invasão direta por carcinoma epidermóide de estruturas contíguas ou por metastização à distância de outros órgãos, nomeadamente do pulmão. Contudo, na prática clínica, a metastização de neoplasias pulmonares para a tiróide continua a ser uma situação incomum.

Caso clínico: Homem de 56 anos, antecedentes de Tabagismo ativo (carga tabágica de 30 unidades maço/ano) e Dislipidemia. Hemoptises com 3 meses de evolução, tendo sido orientado para o CDP pelo médico de família. Recorreu ao SU por dor pleurítica à esquerda de início súbito. Do estudo realizado evidência em tomografia computadorizada torácica de formação tumoral envolvendo o brônquio lobar superior esquerdo, com invasão da veia pulmonar, trombosada a montante e íntimo contacto com o ramo esquerdo da artéria pulmonar. PET a confirmar hipermetabolismo muito intenso na neoplasia maligna conhecida na região hilar pulmonar superior esquerda, hipermetabolismo discreto em pequenas áreas de densificação pleural/subpleural nas regiões anterior e ântero-medial do lobo superior do pulmão esquerdo e hipermetabolismo muito intenso em nódulo no lobo direito da tiróide. Orientado para Endocrinologia para estudo de lesão tiroideia. Biópsia da lesão pulmonar com diagnóstico de carcinoma epidermóide do pulmão estadio IIIA. Caso discutido em reunião de grupo, assumida neoplasia pulmonar localmente avançada, com proposta para RT-QT. Por recusa de quimioterapia, realizou apenas radioterapia, com boa tolerância. Evolução com queixas de novo de disфонia, tosse irritativa e noção de tumefação cervical à direita. Ecografia torácica a demonstrar nódulo heterogéneo com contornos irregulares à direita. Biópsia aspirativa da tiróide a confirmar malignidade, com dúvida relativamente à origem da lesão. Posterior tiroidectomia total, com estudo anatómopatológico a corroborar Carcinoma epidermóide invasor, sugestivo de metastização de carcinoma epidermóide do pulmão.

Discussão: Com este caso clínico pretende-se captar a atenção para locais menos comuns de metastização desta neoplasia. A suspeita

ta de metastização para a glândula tireóide deve ser considerada em doentes com nódulos da tireóide ou imagem sugestiva, nomeadamente em doentes com história de neoplasia pulmonar.

Palavras-chave: *Carcinoma. Pulmão. Metastização. Tireóide.*

P123. PNEUMONIA A HERPES SIMPLEX - UMA ETIOLOGIA A NÃO ESQUECER

F.S. Correia, M. Cunha, S. André, J. Ramalho, A. Marinho

Centro Hospitalar Universitário de Santo António.

Introdução: O vírus Herpes simplex é frequentemente associado a infeção da orofaringe e da via aérea superior em imunocompetentes e imunocomprometidos, sendo a Pneumonia a Herpes simplex considerada como rara. A sua patogenicidade a nível pulmonar e a necessidade de tratamento antiviral são ainda controversos.

Caso clínico: Homem de 56 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de nefropatia membranosa, policitemia ligeira, espondilite anquilosante sob terapêutica biológica, Tuberculose latente tratada em 2013 e 2018 e Tabagismo ativo. Contexto de internamento prolongado por quadro inaugural de leucemia mielóide aguda, com início de quimioterapia. Durante o internamento queixas de odinofagia, disfonia e tosse com expectoração inicialmente mucosa, associada a lesões erosivas na cavidade oral. Avaliação por Otorrinolaringologia, assumido quadro de provável efeito secundário da terapêutica anti-neoplásica e iniciada terapêutica com analgesia tópica e corticoterapia sistémica. Evolução para tosse mucopurulenta e hemoptoica com insuficiência respiratória tipo 1 grave, com necessidade de ventilação mecânica invasiva, tendo sido iniciada antibioterapia de largo espectro. Realizada broncofibroscopia com posterior isolamento em lavado broncoalveolar de Herpes simplex 1, pelo que iniciou aciclovir endovenoso. Posterior evolução clínica favorável, a permitir extubação do doente e transferência para enfermaria de Hematologia.

Discussão: A Pneumonia a Herpes simplex deve ser uma das etiologias a ter em mente em doentes imunocomprometidos ou internados em Cuidados Intensivos, com clínica do foro respiratório, principalmente se associada a lesões típicas, com imagem sugestiva de infeção/inflamação pulmonar e isolamento do agente em amostras biológicas.

Palavras-chave: *Pneumonia. Herpes simplex. Imunocomprometido.*

P124. MÚLTIPLAS NEOPLASIAS PRIMÁRIAS SÍNCRONAS: RETO, PRÓSTATA E PULMÃO - UM CASO CLÍNICO

A.R. Pereira, A. Andrade, D.S. Gomes, S. Castro, C.C. Costa, C. Costa, B. Rodrigues, V. Fernandes

Centro Hospitalar Baixo Vouga.

Introdução: Estima-se que a incidência de múltiplas (2 ou mais) neoplasias primárias na população com neoplasia seja de 2 a 17% num período de 20 anos de follow-up, sendo este valor ainda mais baixo quando perante sincronidade (diagnóstico num período até 6 meses). Isto acarreta um desafio terapêutico. Apresenta-se um caso clínico raro de 3 neoplasias primárias síncronas.

Caso clínico: Homem 69 anos, acidente vascular cerebral em março/2020, fumador (78 unidades maço-ano), autónomo, bom estado geral, referenciado para consulta de Gastroenterologia após ida ao serviço de urgência por astenia, taquicardia e fezes escuras. Analiticamente anemia grave (hemoglobina 5,4 g/dL), realizada endoscopia digestiva alta com hemorragia em toalha proveniente de angiectasia gástrica. Vários pólipos sésseis ao longo do cólon com histologia de adenomas com displasia de baixo grau. Ressonância magnética com lesão na parede posterior do reto e na próstata periférica do lado esquerdo. Histologia da lesão do reto revelou

adenocarcinoma invasivo de baixo grau. Biópsia prostática identificou adenocarcinoma moderadamente diferenciado do lobo esquerdo da próstata. Adicionalmente, em tomografia computadorizada (TC) toracoabdominopélvica foi identificado nódulo pulmonar com 21 mm no segmento basal anterior do lobo inferior direito, com histologia compatível com carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado, não se identificando origem colo-retal nem prostática. Diagnóstico histológico das 3 neoplasias obtido em 5 meses. Tomografia por emissão de positrões com captação ganglionar bronco-hilar direita e paratraqueal inferior esquerda. Proposto para ecoendoscopia brônquica e TC cranioencefalica. Foram realizadas mais de 5 consultas multidisciplinares de decisão terapêutica. A aguardar restante estudo, para nova decisão terapêutica.

Discussão: Trata-se de um caso raro, cuja complexidade terapêutica implica uma avaliação multidisciplinar individualizada. Não existem guias de orientação terapêutica, pelo que é necessário ter em consideração qual a neoplasia limitadora de prognóstico, a sequência de tratamentos dirigidos, a intenção desses tratamentos (curativos versus paliativos), e a possibilidade de terapêuticas comuns para várias neoplasias e suas interações de forma a delinear um plano terapêutico para as várias trajetórias da doença.

Palavras-chave: *Múltiplas neoplasias primárias síncronas. Neoplasia do reto. Neoplasia da próstata. Neoplasia do pulmão.*

P125. QUANDO A INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA VEM PRIMEIRO - UM CASO DE MIOPATIA HEREDITÁRIA

M. Marçal, F. Modesto, V. Caldeira, P. Duarte

Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução: As miopatias são um grupo de doenças neuromusculares, de origem hereditária ou adquirida, que frequentemente afetam os músculos respiratórios, levando à redução das pressões musculares e da capacidade pulmonar total (CPT) e ao desenvolvimento de insuficiência respiratória (IR) (50%). Apesar de pouco frequente, a IR pode ser o sintoma de apresentação inicial neste grupo de doenças.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 32 anos, não fumador e sem antecedentes pneumológicos conhecidos. Era engenheiro numa fábrica de cereais com exposição a poeiras orgânicas. Referenciado a consulta de Pneumologia por quadro com 3 anos de evolução e de agravamento progressivo caracterizado por dispneia de esforço e expectoração mucosa, associado a fraqueza muscular de predomínio proximal. Dos exames complementares de diagnóstico, destacavam-se: a presença de um padrão ventilatório restritivo grave (CPT 3.640 ml/49% do teórico) associado a pressões musculares respiratórias reduzidas (PIM 52 cmH₂O), insuficiência respiratória tipo 2 (PaCO₂ 54 mmHg; PaO₂ 73 mmHg), dessaturação noturna e apneia do sono ligeira em estudo do sono nível III (SatO₂ < 90% em 34% do tempo de registo; índice de apneia/hipopneia de 8/h). O estudo imagiológico por TC tórax não revelou alterações. Por suspeita de patologia neuromuscular, o doente foi referenciado a consulta de Neurologia onde foi submetido a biópsia muscular e estudo genético, tendo sido identificada uma mutação da proteína titina, essencial no normal funcionamento do músculo estriado, resultado compatível com o diagnóstico de miopatia hereditária com insuficiência respiratória precoce (HMERF). O doente apresentou evolução progressiva dos sintomas e da insuficiência respiratória, com intolerância ao decúbito dorsal, tendo sido adaptado a terapia de pressão positiva em modalidade binível ST e posteriormente em modo iVAPS, durante o período noturno, com melhoria clínica e gasométrica gradual.

Discussão: A HMERF é uma doença genética rara que se caracteriza por fraqueza muscular progressiva, distal ou proximal, associada a insuficiência respiratória grave de início precoce, podendo esta ser a primeira manifestação da doença, uma característica que é distinta das restantes miopatias de causa genética.

Palavras-chave: *Insuficiência respiratória. Patologia neuromuscular. Miopatia hereditária.*

P126. FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA - UM PARADIGMA CLÍNICO-RADIOLÓGICO

M. Marçal, D. Noivo, J. Patrício, V. Caldeira, P. Duarte

Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução: As doenças difusas do parênquima pulmonar têm tido um reconhecimento crescente e o seu diagnóstico diferencial tem implicações prognósticas e terapêuticas. A fibroelastose pleuroparenquimatosa idiopática (FEPPI) é uma patologia rara, caracterizada por fibrose pleural e do parênquima pulmonar subjacente, de predomínio nos lobos superiores.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 60 anos, não fumadora, sem exposição de risco, com história de infeções respiratórias de repetição. Referenciada a consulta de Pneumologia neste contexto por persistência de cansaço para médios esforços, tosse não produtiva, astenia e perda ponderal. A TC tórax evidenciou alterações fibrocicatriciais, micronodulação subpleural e bronquiectasias bilaterais, de predomínio nos lobos superiores. Analiticamente apresentava aumento da PCR e velocidade de sedimentação, com autoimunidade, imunoglobulinas, IgE total, IgG e IgE-*Aspergillus*, ECA, serologias virais e precipitinas aviárias negativas. Estudo funcional respiratório com volume residual e resistências das vias aéreas aumentadas. Colocada a hipótese diagnóstica de patologia intersticial tendo realizado videobroncofibroscopia com sinais inflamatórios difusos, exame bacteriológico e micobacteriológico negativo e normal contagem celular diferencial. Após discussão multidisciplinar foi submetida a biópsia pulmonar cirúrgica com evidência de pulmão fibrosado/hialinizado, sem granulomas, considerando-se a hipótese de sarcoidose pulmonar, não confirmada histologicamente. A doente perdeu seguimento durante 7 anos, persistindo as queixas de tosse seca, infeções respiratórias frequentes e estabilidade imagiológica. Por achados não compatíveis com o diagnóstico de sarcoidose, a doente foi novamente discutida em reunião multidisciplinar e após revisão das lâminas de biópsia cirúrgica foi assumido o diagnóstico de FEPPI. Atualmente encontra-se clinicamente estável e proposta para início de terapêutica imunomoduladora.

Discussão: A FEPPI, apesar de rara, tem apresentado uma prevalência crescente devido ao seu maior reconhecimento e diagnóstico. Embora existam aspetos imagiológicos que possam sugerir o diagnóstico de FEPPI, o diagnóstico definitivo pode ser um desafio e requer a intervenção de uma equipa multidisciplinar experiente.

Palavras-chave: *Fibroelastose pleuroparenquimatosa. Doenças difusas do parênquima pulmonar. Discussão multidisciplinar.*

P127. APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE SEQUESTRO INTRALOBAR: UM CASO CLÍNICO

C.A. Martinho, M. Afonso

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O sequestro pulmonar é uma anomalia congénita rara das vias aéreas inferiores, por vezes associado a infeções de repetição. Caracteriza-se pela presença de tecido pulmonar com irrigação sistémica arterial sem comunicação traqueobrônquica. A apresentação imagiológica é variável. Apresenta-se um caso clínico de um sequestro intralobar com apresentação clínica atípica.

Caso clínico: Homem, de 78 anos, ex-fumador, com antecedentes de adenocarcinoma da próstata, tratado em 2018 com radioterapia externa radical, e sequelas de tuberculose pulmonar e pleural. Clinicamente referia cansaço e tosse produtiva, sem outras queixas e com exame objetivo sem alterações. No âmbito do follow-up da neoplasia urológica realizou PET com PSMA-68 Ga

que descrevia, além da recidiva local prostática, a presença de nódulo espiculado no ápex pulmonar esquerdo, com 25 mm de maior eixo, hipercaptante, suspeito de lesão neoplásica maligna primitiva. Realizou biópsia pulmonar transtorácica cujo resultado anátomo-patológico, embora não conclusivo, sugeria tratar-se de adenocarcinoma primitivo do pulmão. Realizou PET com 18 F-FDG (3 meses após PET com PSMA-68 Ga) que descrevia apenas o nódulo conhecido, estável e com discreta captação de 18FDG. Atendendo aos antecedentes e à elevada suspeita de neoplasia primária em estadio precoce foi assumido o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão em estadio IB (cT2cN0M0) em reunião multidisciplinar, sendo proposto e aceite para lobectomia superior esquerda e linfadenectomia, que decorreu sem complicações. O estudo anátomo-patológico da peça operatória foi compatível com sequestro intralobar. O doente manteve seguimento em consulta com estabilidade clínica, aguardando integração em programa de reabilitação respiratória. A nível funcional destaca-se o impacto negativo da FVC e DLCO-SB (77% e 75% do previsto, respetivamente) e com prova de marcha de 6 minutos sem alterações. A nível radiológico apresenta expansão compensatória do pulmão remanescente e imagem linear fibrótica no terço superior do pulmão esquerdo.

Discussão: O sequestro intralobar está associado a infeções de repetição. No caso apresentado a clínica respiratória era frustrante e o diagnóstico foi incidental. A decisão terapêutica na suspeita de doença oncológica pulmonar é desafiante, sendo a discussão multidisciplinar fundamental.

Palavras-chave: *Sequestro intralobar. Doenças raras.*

P128. NOCARDIOSE PULMONAR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

S. Mariana, F. Marta, C. Olga

Unidade de Saúde Familiar Famílias - ACES Entre Douro e Vouga I (Feira/Arouca).

Introdução: A Nocardiose é uma infeção provocada por espécies do género *Nocardia*, bactéria que se encontra no solo e em ambientes aquáticos e que afeta tipicamente indivíduos do sexo masculino. A infeção ocorre por inoculação direta da pele ou por inalação de poeiras contaminadas e pode conduzir a doença localizada (atingimento cutâneo) ou invasiva (atingimento pulmonar, cerebral e sistémico). É considerada uma infeção oportunista, mas cerca de um terço dos doentes são imunocompetentes.

Caso clínico: Homem de 36 anos, trabalhador na indústria de cortiça, fumador desde os 16 anos. Programa Nacional de Vacinação atualizado. Avaliado na Unidade de Saúde Familiar em outubro de 2020 por quadro com uma semana de evolução de tosse associada a expectoração mucosa, sem predomínio circadiano. Sem febre, dispneia, perda ponderal, hipersudorese noturna ou contacto com casos de COVID-19 ou tuberculose. Assumida infeção respiratória sem critérios de gravidade, tendo sido excluída infeção por SARS-CoV-2. Por persistência do quadro, realizou TAC pulmonar em dezembro de 2020 que evidenciou lesões cavitadas nos ápices pulmonares. Foi orientado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico para despiste de Tuberculose, tendo realizado broncofibroscopia (BCF) em janeiro de 2021, cujos exames micobacteriológicos (diretos, PCR e culturais) foram negativos. Foi referenciado para consulta hospitalar de Pneumologia. Em fevereiro de 2021, iniciou temperaturas subfebris e expectoração hemoptóica, tendo repetido TAC (aumento discreto das lesões) e BCF (novamente negativa). Realizou biópsia pulmonar em junho de 2021, cujo estudo PCR foi positivo para *Nocardia*. O atingimento cutâneo e cerebral foi excluído. Foi internado eletivamente para realizar antibioterapia endovenosa (SMX/TMP + imipenem) durante 3 semanas e posteriormente tratamento oral com SMX/TMP, que cumpriu durante 6 meses.

Discussão: Neste caso, verificou-se uma infecção oportunista num indivíduo imunocompetente (HIV negativo, sem história de corticoterapia ou imunossupressão). O papel do médico de família é essencial não só na resolução de doenças mais comuns como também na rápida orientação e acompanhamento de casos mais raros e complexos, articulação com outros níveis de saúde e gestão das expectativas/medos do utente em processos onde predomina a incerteza diagnóstica.

Palavras-chave: *Nocardiose pulmonar. Cuidados de saúde primários. Antibioterapia. Desafio diagnóstico.*

P129. TUBERCULOSE - PORQUE NEM TUDO É O QUE PARECE

R. Borrego, J. Carvalho, S. Estribio, L. Coelho

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz.

Introdução: O diagnóstico e tratamento da tuberculose (TB) são muitas vezes difíceis. Em idades avançadas assistimos a um aumento da prevalência de comorbilidades e polimedicação, tornando-se a abordagem do doente idoso uma experiência desafiante.

Caso clínico: Mulher de 88 anos, portuguesa, agricultora reformada. Parcialmente dependente nas atividades de vida diária (AVDs). Antecedentes de vitiligo, hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência venosa, síndrome vertiginosa. Polimedicada para as várias comorbilidades. Não fumadora. Levada ao Serviço de Urgência por astenia e anorexia com evolução de 1,5 meses, com declínio do estado global, totalmente dependente nas AVDs. Sem febre ou queixas respiratórias. Na avaliação analítica com hemoglobina 11,6 g/dL e proteína-C-reativa 11,1 mg/dL, o que motivou a realização de exames de imagem, observando-se lesão nodular sólida no lobo superior direito com 5,5 cm infiltrativa, com derrame pleural homolateral. Perante a apresentação clínica e contexto epidemiológico colocou-se como principal hipótese diagnóstica a neoplasia do pulmão. Foi realizada broncofibroscopia, observando-se mucosa edemaciada e friável no brônquio lobar superior direito, com redução do calibre brônquico. Nas secreções brônquicas observaram-se bacilos álcool-ácido resistentes ao exame direto e a pesquisa de DNA por PCR foi positiva para *Mycobacterium tuberculosis*, sem mutações de resistência a rifampicina. Foi excluída neoplasia. Concluiu-se diagnóstico de tuberculose, iniciando terapêutica com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. Ao 3º mês de tratamento iniciou quadro de prurido e exantema generalizado, sem compromisso hemodinâmico nem alterações analíticas, que resolveu após ciclo de corticoterapia sistémica e antihistâmico. Verificou-se franca melhoria após o início do tratamento, com recuperação da autonomia. Rastreo de contactos na família e no centro de dia que frequentava, com identificação de vários casos de TB latente.

Discussão: Apresenta-se este caso para relembrar que a TB deve ser incluída nos diagnósticos diferenciais de quadros consumptivos, mesmo quando parece não existir um contexto epidemiológico óbvio, e que com a senescência imunológica associada ao envelhecimento pode haver reativação de casos de primo-infecção na infância, quando a incidência desta doença era elevada.

Palavras-chave: *Tuberculose pulmonar. Idoso. Efeitos adversos.*

P130. SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD - UM CASO CLÍNICO

A. Lira, B. Mendes, A. Borba

Hospital de Santa Marta.

Introdução: O Síndrome de Swyer-James-MacLeod (SSJM) corresponde a uma complicação rara associada a um quadro de bronquio-

lite obliterante pós-infecciosa na infância, na qual a inflamação das pequenas vias aéreas provoca cicatrização com distorção vascular e alveolar, originando hipoplasia funcional da vasculatura e enfisema, com ou sem bronquiectasias associadas. Imagiologicamente caracteriza-se pela hipertransparência radiográfica unilateral de um pulmão, lobo ou subsegmento pulmonar.

Caso clínico: Doente de 21 anos, sexo feminino, não fumadora. Com história médica de bronquiolite obliterante na infância e cirurgia para correção de *pectus scavatum* aos 13 anos. Apresentava sintomatologia ligeira desde a infância, com dispneia aos esforços (mMRC 1) e hiperreatividade brônquica coincidente com infecções respiratórias, aliviada com o uso de broncodilatadores em SOS. Ao exame objetivo destacava-se a diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. A TC torácica revelou hiperlucência parenquimatosa mais acentuada no pulmão esquerdo, com padrão em mosaico compatível com patologia das pequenas vias aéreas, acentuado na aquisição em expiração, e moderado espessamento parietal brônquico difuso. As provas de função respiratórias demonstraram um padrão obstrutivo com hiperinsuflação, FeNo e DLCO normais. Analiticamente, sem eosinofilia, imunoglobulinas normais, pesquisa de alérgenos específicos negativa. As avaliações seriadas mostram estabilidade das alterações descritas, e a doente mantém-se em seguimento.

Discussão: Pretendemos com este caso alertar para um diagnóstico muito raro e cujo espectro de apresentação clínica engloba pacientes assintomáticos com achado incidental imagiológico; ou sintomáticos, com infecções pulmonares recorrentes, dispneia, tosse, diminuição da tolerância ao esforço ou mesmo insuficiência respiratória crónica. O diagnóstico diferencial inclui outras causas de hipertransparência pulmonar unilateral, como a agenesia da artéria pulmonar, hipoplasia pulmonar congénita, sequestro pulmonar e atresia brônquica. A presença de bronquiectasias num doente jovem implica a exclusão de outras doenças como: fibrose quística, discinesia ciliar primária, imunodeficiências, aspergilose broncopulmonar alérgica, entre outros.

Palavras-chave: *Bronquite obliterante. Hipertransparência pulmonar unilateral. Síndrome de Swyer-James-MacLeod. Doenças raras.*

P131. DESAFIO NO TRATAMENTO DA LINFANGIOLEIOMIOMATOSE, DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

C.M. Monteiro, D. Marques, F. Costa

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença sistémica rara, que afeta maioritariamente mulheres adultas. Condiciona, a nível pulmonar, destruição quística progressiva. O diagnóstico é obtido pela combinação de achados clínicos e imagiológicos, podendo ser necessária biópsia pulmonar. Na LAM ocorre uma ativação constitutiva da via de sinalização mTor, pelo que a terapêutica com Sirolimus, ao bloquear esta via, promove a homeostasia celular e consequente melhoria da função respiratória e da qualidade de vida das doentes.

Caso clínico: Mulher, 31 anos, saudável, internada em Pneumologia com diagnóstico de pneumotórax espontâneo em agosto de 2014. Realizou TC do tórax que demonstrou múltiplas lesões quísticas de parede fina, a nível pulmonar, e presença de angiomiolipomas renais. O diagnóstico de LAM foi assumido com base nos achados radiológicos. Após alta, a doente manteve seguimento em consulta de Pneumologia com estabilidade clínica e funcional. Em 2022, por desenvolvimento de dispneia de esforço (mMRC1), sem outras alterações, foi referenciada à consulta de doenças raras em Pneumologia. Realizou prova de esforço cardiorrespiratória, que evidenciou limitação ao exercício e alteração da ventilação-perfusão. Foi descrito aumento numérico e dimensional das formações quísticas em

TC do tórax, atingindo difusamente ambos os campos pulmonares. Perante o agravamento clínico, funcional e radiológico, propôs-se o início de tratamento com Sirolimus, terapêutica inalatória com ICS-LABA e vacinação anti-pneumocócica. Foram então explorados os benefícios e riscos do tratamento com Sirolimus, nomeadamente a necessidade de evitar o seu uso durante a gravidez, tendo a doente decidido por não iniciar o fármaco, face à intenção de engravidar e de se apresentar pauci-sintomática.

Discussão: O conhecimento de condições patológicas raras, como a LAM, suas características clínicas e complicações, devem fazer parte do repertório do pneumologista, de forma a agilizar o processo de diagnóstico e implementação de tratamento célere, retardando o declínio progressivo da função pulmonar e consequente implicação na qualidade de vida do doente. Apesar do estado da arte atual em medicina, a decisão de tratamento deve sempre ser personalizada, respeitando a vontade e as expectativas do doente, face ao plano terapêutico proposto.

Palavras-chave: *Linfangioleiomiomatose. Sirolimus. Gravidez. Função pulmonar.*

P132. QUALIDADE DOS REGISTOS MÉDICOS EM DOENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

B. Sousa Pinto, C. Barrigas Lopes, J. Nunes Pires, M. Baptista, D. Castro

ACES Amadora - USF Arco-Íris.

Introdução: As doenças respiratórias como a DPOC têm revelado cada vez mais a necessidade de abordagens individualizadas e personalizadas em proximidade com equipas de saúde. Os CSP são diferenciados na gestão de várias doenças crónicas, podendo integrar a DPOC na sua agenda. Torna-se assim pertinente a revisão dos registos clínicos (RC) em doentes com DPOC em CSP, onde é feito o diagnóstico e seguimento de grande parte dos casos.

Caso clínico: Este estudo pretende avaliar a qualidade dos RC de doentes com DPOC, de acordo com a melhor evidência científica, bem como caracterizar esta população na USF Santa Maria-Tomar. Realizamos um estudo retrospectivo longitudinal com utentes de idade igual ou superior a 40 anos e codificados com DPOC. Após exclusão de 27 doentes não frequentadores, obtivemos uma população de 145 doentes (93 homens) com média de idade de 72 anos. Destes a maioria era seguida em CSP (52,4%) e os restantes também em Pneumologia. Apenas 26 tinham registo do nº de agudizações/ano: 10 com 0, 14 com 1, 1 com 2 e outro com 3. A adesão terapêutica estava registada em 16 doentes e a revisão da técnica inalatória em 6. A espirometria estava registada em 115 doentes (FEV1 médio de 65,9%) e a saturação periférica de O₂ em 26 (média de 94,2%). A escala de dispneia mMRC foi aplicada em apenas 7 doentes e o questionário CAT em 3. O diagnóstico de DPOC e asma coexiste em 9 utentes. Em relação à terapêutica: 52 doentes realizam terapêutica tripla; 26 LABA/ICS; 25 LAMA/LABA; 14 LAMA e 2 LABA. Em relação à vacinação: 71 tem esquema completo: gripe (G), COVID (C) e pneumocócica (P); 43 G/C e 17 C.

Discussão: A distribuição etária e por género da DPOC nesta USF está de acordo com o esperado. Na USF existe um elevado número de doentes seguidos em Pneumologia (47,6%). A gravidade da DPOC observada por obstrução é moderada (FEV1 médio 65,9%). Poucos doentes têm registo de nº de agudizações/ano e de questionários de avaliação de sintomas, possivelmente pela ausência de local próprio para registo. Existe uma cobertura vacinal completa em 49% dos doentes, havendo espaço para melhoria. A qualidade dos RC é crucial para o conhecimento do estado passado, atual e planear ações. É fundamental sensibilizarmos os MF para os mesmos, uma vez que estes são responsáveis pelo seguimento e gestão da maioria destes doentes.

Palavras-chave: *DPOC. Registos clínicos. CSP. Terapêutica.*

P133. LEGIONELLA PNEUMOPHILA: QUANDO SUSPEITAR? EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A.R. Fernandes, M. Almeida, P. Lavado

Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Introdução: A *Legionella pneumophila* (Lp) é transmitida por aerossóis de fontes de água estagnada. A exposição a esses locais, os fatores de risco (FR) para pneumonia por Lp (sexo feminino, consumo tabágico e/ou etílico, doença crónica e imunossupressão) e alguns achados na apresentação clínica devem deixar-nos atentos.

Casos clínicos: Descreve-se uma série de 5 casos de pneumonia a Lp internados na UCI de Portimão entre 2018 e 2022, diagnosticados por antigenúrias positivas. Em comum, leucocitose, aumento da PCR e transaminases, hiponatremia, diminuição PaO₂ e gradiente alvéolo-capilar (GAC) elevado. Cumpriram a antibioterapia 14 dias. 1. Homem, 48 anos, esplenectomizado. Quadro de febre, tosse produtiva, confusão, diarreia (com sangue), 3 dias de evolução. PCR 422 mg/dL e Na⁺ 123. PaO₂ 71. GAC 319. Tratado com azitromicina (AZT), alterada para levofloxacina (LFX) 750 mg. Ventilação mecânica invasiva (VMI) 48h. Internado 7 dias. 2. Homem, 67 anos, fumador, diabético e doente renal crónico. Apresentava febre, tosse seca e dispneia. PCR 991, Procalcitonina (PCT) 64, creat 3,96. PaO₂ 47. GAC 579. Tratamento AZT+ LFX. VMI 18 dias. ECMO 10 dias. Internado 29 dias. 3. Homem, 66 anos, ex-fumador e diabético. Quadro de tosse produtiva e dispneia, 7 dias de evolução. Exposto a reservatório de água. PCR 385, PCT 3. PaO₂ 68. GAC 617. Tratamento LFX. VMI 6 dias. Internado 7 dias. 4. Mulher, 65 anos, fumadora, consumos etílicos. Apresentava febre, confusão, dispneia e disúria. Diagnóstico após 48h de internamento. PCR 427 e PCT 0,7, creat 1,1. PaO₂ 52. GAC 575. Tratada com AZT. VMI 3 dias. Faleceu em ECMO após AVC isquémico. 5. Mulher, 60 anos, fumadora e diabética. Quadro de tosse produtiva, astenia, confusão e recusa alimentar. Internada com cetoacidose. PCR 68, PCT 43 e Na⁺ 121. PaO₂ 65. GAC 109. Tratada com AZT+PipeTazo. Associação rara Lp + *Pseudomonas aeruginosa* (Pae).

Discussão: Na série de doentes foi constante a presença dos FR diabetes e tabagismo. A confusão mental, hiponatremia e PCR > 100 verificaram-se frequentemente. A gravidade relacionou-se com o efeito cumulativo dos FR. 4 dos indivíduos sob VMI, sendo que 2 deles evoluíram com necessidade de ECMO. O diagnóstico mais tardio (caso 4) teve desfecho fatal. O GAC correlacionou-se com a gravidade clínica. Identificada coinfeção rara com Pae no caso 5 obrigando a duplo tratamento dirigido.

Palavras-chave: *Legionella pneumophila. Pneumonia.*

P134. FIBROSE PULMONAR FAMILIAR EM DOENTES COM DOENÇA REUMÁTICA SISTÊMICA

C.B. Giesta, A. Craveiro, F. Canedo, A. Morais

Centro Hospitalar Médio Tejo.

Introdução: Fibrose pulmonar familiar (FPF) define-se quando um doente com doença pulmonar fibrótica apresenta pelo menos um familiar primário ou secundário com fibrose pulmonar. Apresenta vários fenótipos, sendo necessário o seu reconhecimento, dadas as especificidades associadas.

Casos clínicos: Homem de 81 anos, com antecedente de tuberculose pulmonar aos 20 anos. Contacto com pássaros durante 10 anos. História familiar de fibrose pulmonar idiopática em irmão. Inicia Quadro de dispneia (mMRC 1), tosse seca de predomínio noturno e fenómeno de Raynaud. Auscultação pulmonar com crepitações bibasais. Dos exames complementares de diagnóstico (ECD) salientam-se provas funcionais respiratórias com diminuição da capacidade de difusão de CO (DLCO) (57%) e tomografia computadorizada (TC) de tórax com discretas densidades reticulares e bronquiectasias de

tração nos lobos médio, inferiores e segmentares lingulares e enfisema paraseptal. O estudo genético para FPF não detectou variantes potencialmente patogênicas. Após avaliação por Reumatologia é diagnosticada conectivite indiferenciada. Discutido em reunião multidisciplinar de doenças do interstício pulmonar e de Reumatologia sendo assumida FPF com apresentação de doença pulmonar intersticial associada a doença do tecido conjuntivo (CTD-ILD) e iniciado micofenolato mofetil. Homem de 58 anos, com exposição a químicos e ex-fumador com carga tabágica de 20 UMA. Antecedente pessoal de artrite reumatóide medicado com prednisolona 10 mg/dia e familiar de fibrose pulmonar idiopática em irmão. Quadro de dispneia (mMRC 2) com agravamento recente. Dos ECD evidencia-se na TC de tórax uma ligeira reticulação mais notória na vertente posterior dos lobos inferiores e na anterior dos lobos superiores, associada a bronquiolectasias de tração. PFR com diminuição da DLCO (67%). Após avaliação pela Reumatologia é admitida poliartrite seronegativa. No estudo genético para FPF foi detectada uma variante em heterozigotia para o gene TERT. O doente encontra-se sob terapêutica antifibrótica.

Discussão: Apresentamos estes dois casos clínicos para enfatizar que uma das possíveis apresentações da FPF poderá ser através de uma doença reumática sistêmica, pelo que neste contexto a investigação de associação familiar é necessária, dado a especificidade de abordagem terapêutica e de aconselhamento familiar.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar. Doenças do tecido conjuntivo e telomeropatia.

P135. UM RARO DE CASO DE MIMETIZAÇÃO DE NEOPLASIA DO PULMÃO

D.S. Gomes, A.R. Pereira, J. Cravo, L. Andrade

Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introdução: A amiloidose nodular pulmonar, uma forma limitada de amiloidose, é rara. Ocorre habitualmente na sexta década de idade e pode associar-se a síndrome de Sjögren e linfoma de MALT. A presença de múltiplos nódulos pulmonares é a forma de apresentação mais comum, podendo mimetizar metastização pulmonar.

Caso clínico: Homem, 87 anos, excelente estado geral, autônomo. Antecedentes de insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção moderadamente reduzida e hipertensão pulmonar do grupo 2. História de tabagismo, no passado, apenas em eventos sociais (cerca de 3 cigarros/mês). Em estudo na consulta de medicina interna por anemia microcítica. Foi observado no serviço de urgência (SU) por agravamento progressivo, desde há 2 meses, da dispneia basal (NYHA 2) e dos edemas periféricos. Negou perda de peso, anorexia, tosse ou hemoptises. À auscultação com ferveiros crepitantes bibasais. Assumiu-se IC descompensada. Efetuou-se Angio-TC Torácica para exclusão de TEP, por taquicardia mantida e D-dímeros elevados: “Sem sinais de TEP... nódulo de 20 mm no LIE, de localização subpleural.”. Modelo de Brock com 24.65% de risco de malignidade. Foi agendada biópsia transtorácica pulmonar guiada por TC deste nódulo, sem intercorrências. Na consulta de pneumologia foi verificada melhoria sintomática, com retorno ao seu basal, após o ajuste da terapêutica diurética e modificadora da IC realizado no SU. O resultado anátomo-patológico revelou “Amiloidose nodular”. Pela anemia ferropénica e possível associação a linfoma de MALT, foi efetuado estudo por endoscopia digestiva alta e colonoscopia, sem alterações. Foi assim assumido o diagnóstico de amiloidose nodular pulmonar. Dado o curso benigno desta doença e os sintomas do doente não serem atribuíveis a esta patologia optou-se por vigilância clínica. Foi referenciado a consulta de cardiologia, para exclusão de envolvimento cardíaco.

Discussão: Trata-se de um caso de apresentação menos comum de amiloidose nodular pulmonar, na sua forma de um nódulo único. Esta forma de apresentação é habitualmente assumida inicialmente como neoplasia do pulmão. Apesar de o diagnóstico definitivo

ser sempre anátomo-patológico, salienta-se a importância de considerar etiologias benignas no diagnóstico diferencial do nódulo pulmonar.

Palavras-chave: Amiloidose. Mimetização. Neoplasia pulmonar. Nódulo pulmonar.

P136. PLETHYSMOGRAPHIC RESPIRATORY LOOPS - RELEVANT BUT OFTEN OVERLOOKED

D.S. Gomes, A.R. Pereira, J. Cravo, L. Andrade

Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introduction: Visual analysis of intrathoracic gas volume (ITGV) and specific airway resistance (sRaw) respiratory loops is an important step of plethysmography interpretation. Nevertheless, it is quite often overlooked by clinicians. We intend to demonstrate the valuable information that plethysmographic loops can provide.

Methods: A classic review of available literature regarding plethysmography and plethysmographic respiratory loops' interpretation was performed.

Results: There are two loops, the ITGV and the sRaw. The ITGV loop is obtained during respiratory efforts against the closed shutter. The ITGV loop's curves are approximately straight. If ITGV is elevated, the loop will be flatter. If ITGV is reduced the loop will be steeper. sRaw corresponds to the ratio of shift volume to flow rate. In healthy patients, the sRaw loop's curves are approximately straight and close together, i.e., a steep linear loop without hysteresis (openness). A flatter loop indicates an increase in airway resistance, and a localized hysteresis indicates a localized increase in airway resistance. The sRaw curve above the “x” axis corresponds to the inspiration phase, whereas the curve below the “x” axis corresponds to the expiration phase. Some sRaw loop patterns can help us in the differential diagnosis. A flatter loop with little uniform hysteresis may indicate a large airway obstruction. A flatter loop with hysteresis at the expiratory part, resembling a golf club shape, indicates a chronic airflow obstruction. A steeper loop with hysteresis at the expiratory part, resembling a triangle or a pelican beak, may indicate a diaphragmatic paralysis or obesity. An “s” shaped loop with a flat inspiratory portion and little or no hysteresis indicates an upper airway obstruction (Fig. 5). The intersection angle between both loops also has its value. In the absence of obstruction both loops intersect at an angle <90°. If an obstruction is present, that angle is >90°.

Conclusions: The visual analysis of plethysmographic respiratory loops can be helpful not only to interpret the plethysmography results but also for decision-making during patient care. Thus, clinicians must be able to analyze respiratory loops and integrate them in the plethysmography's interpretation process.

Keywords: Plethysmography. Respiratory loops. Itgv. Sraw.

P137. ADENOCARCINOMA DO TIPO PNEUMÓNICO - UM CASO CLÍNICO

M. Sousa, C. Sousa

HSJ.

Introdução: O adenocarcinoma pulmonar do tipo pneumónico é definido na classificação TNM como um tumor com características imagiológicas semelhantes a uma pneumonia: padrão consolidativo, sem obstrução brônquica, e áreas irregulares com opacidades em vidro despolido. É mais frequente em adenocarcinomas mucinosos invasores, podendo envolver um ou vários lobos ou ambos os pulmões.

Caso clínico: Doente de 57 anos, fumador, internado em outubro de 2022 por peritonite secundária a perfuração de úlcera duodenal e pneumonia aguda da comunidade. Referenciado à consulta de

pneumologia por manutenção de consolidação com broncograma aéreo no lobo médio 2 meses após antibióterapia eficaz. Na consulta o doente apresentava como queixa principal tosse predominantemente irritativa, sem outra sintomatologia. Optou-se por reavaliação imagiológica em 3 meses, a qual evidenciou estabilidade da consolidação do segmento medial do lobo médio, bem como nódulos, de pequenas dimensões, em vidro despolido no lobo inferior direito. Por manutenção de lesão consolidativa no lobo médio aos 6 meses, foi realizada broncofibroscopia que excluiu causa infecciosa, bem como biópsia pulmonar transtorácica guiada por TC cuja anatomia patológica revelou adenocarcinoma. O doente completou o estadiamento com PET na qual se verificou captação de FDG na densificação parenquimatosa no lobo médio, sem outras captações. Para melhor esclarecimento das lesões nodulares em vidro despolido presentes no lobo inferior direito, foi realizada criobiópsia pulmonar transbrônquica cuja anatomia patológica revelou disseminação intra-alveolar/multifocalidade do adenocarcinoma pulmonar já diagnosticado. Concluiu-se assim como diagnóstico adenocarcinoma pulmonar estadio IIIA (T4N0M0). Dada a extensão da doença foi decidido tratamento sistémico com quimioterapia e imunoterapia.

Discussão: Este caso clínico põe em descoberto duas apresentações peculiares de adenocarcinoma do pulmão, nomeadamente o adenocarcinoma tipo pneumónico e o padrão de multifocalidade. Estas manifestações podem mimetizar doenças pulmonares infecciosas ou inflamatórias, o que constitui um desafio diagnóstico. A criobiópsia pulmonar transbrônquica é uma técnica bem estabelecida no estudo das doenças pulmonares difusas, capaz de fornecer amostras de maiores dimensões, devendo ser também ponderada no estudo de lesões neoplásicas.

Palavras-chave: Adenocarcinoma. Consolidação. Criobiópsia.

P138. HEMOPTISES COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE SÍNDROME DO ANTICORPO ANTI-FOSFOLIPÍDICO

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

ULS Guarda.

Introdução: A síndrome do anticorpo anti fosfolipídico (SAAF) é uma doença multissistémica autoimune que se caracteriza por eventos tromboembólicos e/ou morbilidade obstétrica na presença de anticorpos anti fosfolipídicos. As manifestações pulmonares mais frequentes são a tromboembolia pulmonar e a hipertensão arterial pulmonar. Recentemente, têm sido descritos alguns casos raros em que a hemorragia alveolar difusa (HAD) surge como manifestação inicial de SAAF.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 44 anos, não fumadora, operária fabril, com história de sinusite e sem medicação crónica. Recorreu ao SU por quadro de astenia e hemoptises ligeiras, com 1 mês de evolução. Referiu ainda rash facial, xerostomia e alopecia. Apresentava murmúrio vesicular globalmente diminuído, sopro sistólico e insuficiência respiratória parcial. Radiografia torácica com infiltrados algodondosos de predomínio hilar esquerdo. TAC torácica com contraste com áreas de densificação do parênquima pulmonar em vidro despolido e derrame pleural esquerdo. Na broncofibroscopia com lavado broncoalveolar foram recuperados 80 mL de líquido sero-hemático e aspiradas secreções mucosas posteriormente enviadas para estudo. Ficou internada com o diagnóstico de HAD em investigação. O estudo de auto-imunidade revelou: anticorpo anti-cardiolipina, anti-b2 glicoproteína e anticoagulante lúpico positivos e discreta elevação do anti-dsDNA e ANA. Sedimento urinário/urina 24h, complemento e teste Coombs normais. A TAC-SPN não apresentava alterações. Após discussão em reunião multidisciplinar, excluiu-se a presença de um LES e assumiu-se o diagnóstico de HAD em contexto de SAAF. Foi iniciada terapêutica com metilprednisolona, hidroxicloroquina e micofe-

nolato de mofetil (MMF). A doente foi reavaliada em sucessivas consultas nas quais se titulou, de forma progressiva, a dose de MMF. Apesar de se encontrar sob dose máxima de MMF, a doente manteve episódios recorrentes de hemoptises, pelo que foi associado rituximab. Até à data, não apresentou novos episódios de hemoptise.

Discussão: A HAD é uma manifestação inaugural rara, mas potencialmente fatal em doentes portadores de SAAF. A corticoterapia induz remissão na maioria dos doentes, todavia, pode ocorrer recorrência em até metade dos casos o que requer a introdução de imunossuppressores de forma a manter a remissão.

Palavras-chave: Hemorragia alveolar difusa. Síndrome do anticorpo anti-fosfolipídico. Imunossuppressores.

P139. ASBESTOSE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Tavares, F. Fernandes, J. Costa, S. Braga, J. Ribeiro, F. Jesus, F. Silva, É. Almeida, D. Mendonça, L. Ferreira

ULS Guarda.

Introdução: A asbestose é uma pneumoconiose causada pela inalação de fibras de asbestos. A inalação destas partículas desencadeia inflamação e fibrose progressivas do parênquima pulmonar resultando em alterações irreversíveis. As doenças ocupacionais são frequentemente diagnosticadas em fase tardia devido ao seu longo período de latência e à inexistência de programas de monitorização dos trabalhadores.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 82 anos, não fumador, medicado com estatina. Referenciado à consulta de Doenças Pulmonares Difusas por clínica de tosse seca e alterações imagiológicas em TAC torácica. Referiu exposição a asbestos na Rodésia, onde trabalhou como electricista durante 20 anos. Sem exposição a outros pneumopulmonares. Negava dispneia de esforço, febre ou sudorese noturna. Na auscultação, apresentava crepitações finas dispersas bilateralmente. O estudo funcional respiratório foi inconclusivo por deficiente colaboração. A TAC torácica evidenciou marcadas alterações fibróticas subpleurais bilaterais de predomínio inferior, em algumas áreas com alterações de destruição do parênquima em favo de mel, num padrão UIP, formações ganglionares mediastínicas e hilares bilaterais e diversas placas pleurais calcificadas bilateralmente. Realizou estudo analítico com autoimunidade com os seguintes resultados: ANA positivo, anticorpo anti-Proteinase 3 positivo e precipitinas aviárias ligeiramente positivas. Não foram identificadas alterações na sumária de urina tipo II, nomeadamente hematuria. Efetuou prova de marcha de 6 minutos sem dessaturação. Após discussão em reunião multidisciplinar concluiu-se que as alterações imagiológicas eram compatíveis com envolvimento secundário a exposição a asbestos: placas pleurais e alterações intersticiais fibróticas com padrão UIP.

Discussão: A asbestose mantém uma relevância clínica significativa apesar da redução substancial da exposição ocupacional a asbestos ao longo das últimas décadas. Pelo risco de evolução para fibrose pulmonar e para doença neoplásica, é necessário um elevado grau de suspeita clínica para estabelecer um diagnóstico precoce e uma adequada estratégia de monitorização.

Palavras-chave: Asbestose. Placas pleurais.

P140. QUANDO NÓDULOS NÃO SÃO RECIDIVA: CASO DE DIPNECH EM DOENTE COM NEOPLASIA

M.J. Santos, J. Inácio, F. Ferro, A. Machado, A.S. Vilariça, D. Hasmucrai, P. Alves

CHULN.

Introdução: Hiperplasia difusa idiopática de células neuroendócrinas pulmonares (DIPNECH) é uma doença rara caracterizada por

hiperplasia extensa do tecido neuroendócrino dos brônquios e bronquíolos. É considerada uma alteração pré-neoplásica no espectro dos tumores neuroendócrinos, podendo estar associada a tumores carcinóides.

Caso clínico: Mulher 62 anos, PS 0, não fumadora. Seguida em consulta por asma. Em 2019 realiza TC tórax, com identificação de nódulo em vidro despolido no lobo inferior esquerdo. Foi diagnosticado tumor carcinóide típico na peça cirúrgica. Concomitantemente, exames de estadiamento identificaram nódulo na mama esquerda, caracterizado como carcinoma invasivo. Submetida a cirurgia, quimio e radioterapia. Permaneceu em vigilância para ambas as neoplasias. As TCs de controlo mostravam múltiplos micronódulos pulmonares sólidos com < 5 mm e distribuição peribroncovascular. Por permanecerem estáveis foi mantida apenas vigilância. Nova TC em 2023 revela, para além dos nódulos já conhecidos, alguns novos pequenos nódulos dispersos < 3 mm, sendo sugerida possível progressão de doença tumoral no relatório. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar e o Imagiologista Torácico informa tratar-se de DIPNECH. Foi feita revisão das peças cirúrgicas pulmonares que confirmaram agregados de células neuroendócrinas fusiformes e presença de tumorlets.

Discussão: DIPNECH é definida como proliferação generalizada de células neuroendócrinas e presença de pequenos nódulos que podem estar confinados ao epitélio brônquico ou ter proliferação extraluminal (tumorlets) ou ainda levar ao desenvolvimento de tumores carcinóides. Ocorre mais frequentemente em mulheres de meia-idade não fumadoras e 60% pode ter asma/DPOC. Os achados na TC incluem nódulos < 5 mm de distribuição broncocêntrica, que podem causar bronquiolite constrictiva e padrão em mosaico. O diagnóstico definitivo é estabelecido pela histologia. É recomendada vigilância a longo prazo pois os nódulos tendem a aumentar em número e tamanho e, ocasionalmente, pode surgir doença maligna disseminada. O intervalo para vigilância não está determinado mas a evidência mostra ser suficiente vigilância aos 3 e 6 meses e posteriormente TC anual. É essencial estar alerta para este diagnóstico e discutir o caso com Imagiologistas experientes para correta identificação.

Palavras-chave: DIPNECH. Tumor carcinóide.

P141. INÍCIO DE VENTILAÇÃO DOMICILIÁRIA NÃO INVASIVA APÓS OS 90 ANOS

M. Pais, M.J. Oliveira, P. Viegas, L. Roleta, C. Nogueira, D. Ferreira, S. Conde, C. Ribeiro

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução e objetivos: A ventilação domiciliária não-invasiva (VDNI) tem vindo a ser cada vez mais utilizada em situações de insuficiência respiratória hipercápnica (IRH). A idade avançada não se configura por si só uma contraindicação ao uso desta terapêutica. O nosso objetivo foi caracterizar os doentes com mais de 90 anos que iniciaram VDNI.

Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva dos doentes seguidos na consulta de VDNI, entre janeiro de 2001 a março de 2023, de um hospital terciário, que iniciaram VDNI com idade igual ou superior a 90 anos.

Resultados: Dos 887 doentes seguidos, 8 doentes iniciaram VDNI após os 90 anos. A idade mediana ao início de VDNI foi de 92 [91,0; 96,2] anos e a máxima de 98 anos. A maioria dos doentes eram do sexo feminino (87,5%), cognitivamente íntegros, parcialmente dependentes nas atividades da vida diária, com início de VDNI, principalmente em contexto agudo (87,5%). A insuficiência cardíaca com IRH foi a principal razão de início de VDNI (50,0%). Outras doenças, associadas a IRH, foram a doença pulmonar obstrutiva crónica (12,5%), a patologia restritiva da caixa torácica (12,5%) e a síndrome obesidade hipoventilação (25,0%). Grande parte dos doentes foram encaminhados do internamento de Me-

dicina Interna (62,5%). Todos estavam sob o modo Bi-nível ST, com uso de máscara facial, que se manteve ao longo das consultas subsequentes. A mediana do tempo de uso diário da VDNI foi de 6,3 [4,4-8,4] horas, e a mediada de uso, em meses, foi 14,5 [9,5; 49,5] meses. Após o início da VDNI, não foram registadas exacerbações com necessidade de internamento. Verificou-se um óbito (12,5%). Houve uma suspensão após 14 meses de VDNI, por recusa/intolerância, no único doente que apresentava síndrome demencial.

Conclusões: De um modo geral, foi constatada uma adesão favorável à VDNI nesta população, tendo a maioria iniciado em contexto de agudização. Após o início de VDNI nenhum doente necessitou de internamento por exacerbação, com uma mediana de seguimento superior a um ano. Assim, se clinicamente indicado, a idade não deverá ser critério de exclusão para início da VDNI.

Palavras-chave: Ventilação não invasiva. Muito idosos. Adesão. Cognição.

P142. DA PELE AO PULMÃO: UM CASO DE DERMATOMIOSITE PARANEOPLÁSICA

M.J. Santos, F. Ferro, A. Machado, A.S. Vilariça, D. Hasmucrai, P. Alves

CHULN.

Introdução: Dermatomiosite (DM) é uma doença inflamatória idiopática do tecido conjuntivo frequentemente associada a malignidade (10-25%), especialmente pulmonar. Apresenta-se o caso de DM paraneoplásica como manifestação inicial de cancro do pulmão.

Caso clínico: Homem, 77 anos, PS 1, ex-fumador (50 UMA). Quadro de 4 meses de evolução de eritema pruriginoso da face e tronco e placas descamativas dos membros. Sem melhoria com corticoide tópico e evolução das placas com liquenificação, aparecimento de nódulos interarticulares das mãos e diminuição de força muscular proximal. Referida ainda perda de peso e tosse. Foi internado para estudo e tratamento. Análises sem alterações; biópsia cutânea não conclusiva; capilaroscopia com padrão scleroderma-like; EMG com lesão difusa da fibra muscular. Estabelecido diagnóstico provável de DM e iniciou imunoglobulina, com melhoria significativa das lesões e força muscular. Foi solicitada TC para exclusão de outras causas, tendo sido identificado nódulo de 2 cm no lobo superior direito e volumoso conglomerado adenopático mediastínico direito, sem plano de clivagem com estruturas broncovasculares. Biópsia brônquica confirmou diagnóstico de carcinoma de pequenas células e foi assumida DM paraneoplásica. Alta sob corticoide e hidroxiquinina. Foi estadiado como IIIB (T1cN3M0) e iniciou carboplatina e etoposido urgente por síndrome da veia cava superior, com melhoria do edema facial e ingurgitamento venoso ao primeiro ciclo, bem como das alterações cutâneas. No entanto, apresentou quadro de sépsis com ponto de partida respiratório, que motivou internamento, verificando-se agravamento do estado geral e progressão da doença, acabando por falecer.

Discussão: DM caracteriza-se por alterações cutâneas típicas (rash heliotrópico das pálpebras superiores, eritema na face e tronco, pápulas de Gottron) e miopatia muscular proximal. O carcinoma de pequenas células é a neoplasia pulmonar mais comumente associada à DM paraneoplásica (29%). A abordagem terapêutica passa pelo tratamento da neoplasia, podendo ser utilizados também corticoides ou imunossuppressores. DM está associada a maior risco de neoplasia, especialmente em homens e > 45 anos, pelo que o seu diagnóstico deve motivar o despiste desta patologia. Doentes com DM paraneoplásica têm pior prognóstico e elevada taxa de mortalidade.

Palavras-chave: Dermatomiosite. Cancro do pulmão.

P143. HÁ RELAÇÃO ENTRE A HIPERCAPNIA E O QUESTIONÁRIO S3-NIV?

M. Pais, M. Oliveira, L. Roseta, P. Viegas, C. Nogueira, D. Ferreira, D. Adler, W. Windisch, R. Nunes, S. Conde, C. Ribeiro

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: O questionário S3 para a ventilação não-invasiva (S3-NIV) é uma ferramenta fiável, simples e fácil de preencher, que permite avaliar a perspetiva do doente quanto aos sintomas respiratórios, qualidade do sono e conforto/desconforto com a ventilação domiciliária não-invasiva (VDNI). Compreende 11 itens, 5 correspondentes a sintomas respiratórios, 2 correspondentes ao sono e 4 correspondentes aos efeitos laterais da VDNI. A pontuação total varia entre 0 (maior impacto da doença/tratamento) e 10 (menor impacto da doença/tratamento), e contém duas subescalas referentes aos “sintomas respiratórios” e ao “sono e efeitos laterais”. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi avaliar as diferenças das respostas no questionário S3-NIV entre indivíduos que se apresentavam com e sem hipercapnia.

Métodos: Aplicou-se o S3-NIV numa amostra de 234 doentes sob VDNI há pelo menos 1 mês, em regime de ambulatório, num hospital terciário. A hipercapnia foi definida como pressão arterial de CO₂ (pCO₂) > 45 mmHg, em gasimetria arterial diurna no doente sentado, sem VDNI.

Resultados: Dos 234 doentes, 126 (53,8%) eram do sexo masculino, com uma média de idade de 69,3 anos, e uma mediana sob VDNI de 36,0 [13,0-66,0] meses. A patologia mais frequente foi a síndrome de obesidade hipoventilação (SOH) (27,4%), seguida da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (26,40%). Outras doenças incluíram a combinação SOH + DPOC (21,8%), a patologia restritiva da caixa torácica (16,2%), a doença neuromuscular (6,4%) e a doença intersticial pulmonar (1,7%). A mediana do tempo de uso diário da VDNI foi de 8,0 [6,0-9,5] horas. O valor médio da pCO₂ foi de 45,0 mmHg, com um desvio padrão de 5,6. Quando comparada a mediana entre os doentes em normocapnia e hipercapnia, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa, na pontuação total do S3-NIV (7,4 vs 6,7, $p = 0,002$), na subescala sintomas respiratórios (7,0 vs 6,2, $p = 0,004$) e na subescala sono e efeitos laterais (7,8 vs 7,2, $p = 0,002$).

Conclusões: Podemos concluir que os doentes com hipercapnia apresentaram menores pontuações no S3-NIV, quer na pontuação total, quer nas diferentes subescalas (sintomas respiratórios e sono e efeitos laterais), refletindo maior impacto da doença e/ou do tratamento.

Palavras-chave: *Questionário s3 de ventilação não-invasiva. Ventilação domiciliária não-invasiva. Patient reported outcome measures.*

P144. IMMUNOMODULATION BY MACROLIDES: OVERVIEW AND PERSPECTIVES OF THERAPEUTIC POTENTIAL IN RESPIRATORY DISEASE

D. Godinho, F. Froes, M. Freixa

CHLN.

Macrolides are very well known for their antibacterial properties, particularly for respiratory infections, but it's recognized that also exert immunomodulatory actions that potentially correct a distorted immune balance and benefit in both infectious and chronic inflammatory diseases. It has been demonstrated that macrolides are therapeutically beneficial in various lung diseases, with evidence they significantly reduce exacerbations in patients with COPD, asthma, bronchiectasis and cystic fibrosis. An additional crucial aspect of chronic airway inflammation is the loss of epithelial barrier protection against pathogens and pollutants. Their increased chronic use in airway inflammation and, more recently, of azithromycin

in COVID-19, however, has led to a rise in bacterial resistance. Inconsistent data and incomplete understanding of the mechanisms underlying the non-antimicrobial immunomodulatory properties hampers the use of macrolide antibiotics as immunomodulatory therapies. In this article, we review the background and evidence for immunomodulatory actions of macrolides on the inflammatory processes, the underlying mechanisms, the effects on the epithelium, and highlight novel nonantibacterial macrolides that are being studied for immunomodulatory and barrier-strengthening properties to circumvent the risk of bacterial resistance that occurs with macrolide antibacterials. We conducted a search on PubMed for relevant studies published between 2018 and 2023 and identified older landmark studies by searching the reference lists of original research and review articles. A more detailed search followed the main medical subject headings used at first, comprising relevant respiratory diseases as “COPD”, “asthma”, “bronchiectasis” or “cystic fibrosis” and diseases processes as “sepsis”, “pneumonia”, “ARDS” or “lung injury”. The final reference list was generated based on relevance to the topics covered in this review and only papers published in English were included. Further studies are needed to explore the therapeutic potential of macrolides, to identify subgroups of patients who might benefit from treatment, and to develop novel non-antibiotic macrolide derivatives with improved immunomodulatory properties while preserving the use of macrolides as antibiotics.

Keywords: *Immunomodulation. Macrolides. Anti-inflammatory. Anti-microbial.*

P145. IMUNODEFICIÊNCIAS - A PROPÓSITO DO ESTUDO ETIOLÓGICO DE BRONQUIECTASIAS NO IDOSO

I.M. Macedo, M. Bragança, M.J. Santos, V. Maione

Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Introdução: O estudo etiológico das bronquiectasias é muitas vezes complexo já que estas podem ter diversas etiologias. Com o advento da vacinação e da antibioterapia, a prevalência da etiologia pós-infecciosa tem vindo a diminuir, contrariamente à prevalência das imunodeficiências, que tem vindo a aumentar. Nestes casos, tratamentos específicos, como a imunoglobulina endovenosa, podem diminuir a frequência de infeções respiratórias graves, a perda de função pulmonar e melhorar a qualidade de vida.

Caso clínico: Homem, 70 anos, reformado (gestor comercial), fumador passivo, com antecedentes pessoais de vitiligo e sinusite bacteriana recorrente, e antecedentes familiares de bronquiectasias (pai). Seguido há vários anos em consulta de Pneumologia por asma e DPOC. Por queixas inagurais de broncorreia abundante, realizou uma TC torácica que evidenciou bronquiectasias na língua e lobos inferiores. Isolamento no exame bacteriológico de expectoração de *Pseudomonas aeruginosa*. Do estudo etiológico, a destacar sensibilização a *Aspergillus* spp. sem critérios para ABPA, e hipogamaglobulinemia IgM em agravamento desde 2018 (36 #fderacha 33 #fderacha 25 mg/dl). Após erradicação bacteriana com antibioterapia adequada, broncodilatação em esquema, reabilitação respiratória com ensino de técnicas de drenagem e colocação de desumidificador no domicílio, apresentou melhoria clínica e encontra-se atualmente em estudo em consulta de Imunoalergologia.

Discussão: Existem casos de imunodeficiências primárias cujos episódios infecciosos associados podem ser desvalorizados ao longo da vida do doente, sendo apenas considerados em idades mais avançadas quando estes se tornam graves. Independentemente da idade, vale a pena dosear imunoglobulinas, não só porque pode ser determinante para abordagem terapêutica e prognóstica do doente, como pode ser essencial na avaliação familiar da transmissão hereditária.

Palavras-chave: *IgM. Bronquiectasias. Imunodeficiência.*

P146. GESTÃO DO PNEUMOTÓRAX RECIDIVANTE NA LINFANGIOLEIOMIOMATOSE PULMONAR

I.M. Macedo, S. Salgado, A. Lopes, P. Esteves

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Introdução: A linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença pulmonar rara, caracterizada pela proliferação de células de músculo liso imaturas e células epitelióides, com formação de quistos. Acarreta risco de pneumotórax, sendo que este ocorre em 66% dos doentes ao longo do curso da doença e a taxa de recorrência após o primeiro episódio é de 75%.

Caso clínico: Mulher, 42 anos, com o diagnóstico de LAM pulmonar associada a esclerose tuberosa, sem indicação para transplante pulmonar e com história de pneumotórax recorrente à direita com necessidade de drenagem pleural e pleurodese ineficaz no passado. Transferida de um hospital distrital para um hospital terciário por pneumotórax apical direito espontâneo, já com drenagem torácica colocada. Retirado dreno após nove dias por reexpansão pulmonar completa. Foi submetida a talcagem pleural direita por cirurgia toracoscópica assistida por vídeo (VATS), sem complicações, tendo o dreno torácico sido retirado ao 5º dia pós-operatório. Sem novos episódios de pneumotórax conhecidos desde então.

Discussão: Os doentes com LAM têm um elevado risco de pneumotórax recidivante. O tratamento cirúrgico deve ser ponderado nestes casos, particularmente se o tratamento com pleurodese prévio não foi eficaz.

Palavras-chave: *Linfangioleiomiomatose. Pneumotórax. Vats.*

P147. TRAUMATISMO TORÁCICO: ESTUDO RETROSPECTIVO DE UM ANO CARACTERIZAÇÃO HOSPITALAR DOS CASOS DE TRAUMATISMO TORÁCICO NUM HOSPITAL CENTRAL DE REFERÊNCIA

D. Godinho, T. Mogne, P. Calvino

CHLN.

Introdução: O trauma torácico (TT) é responsável por 25-35% das mortes por trauma e 25% dos politraumatizados morre por lesão torácica ou pelas suas complicações.

Objetivos: O objetivo deste estudo retrospectivo foi investigar dados epidemiológicos, tratamento e evolução de pacientes de TT isolados ou politraumatizados para ajudar a melhorar a intervenção, tratamento e prevenir complicações.

Métodos: Realizou-se um estudo descritivo e analítico dos doentes que sofreram TT num ano no Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital de São José e Hospital de Santa Marta. Foram usados scores de avaliação da probabilidade de complicações devido ao TT e o Injury Severity Score.

Resultados: O estudo de 29 doentes mostrou que 58% trataram-se de politraumas e o mecanismo mais frequente foi o acidente de viação (44,8%), 93,1% classificando-se como traumas contusos, em 82,8% com fraturas de costelas e em 79,3% com hemotórax associados. 41,4% dos doentes foram intervenções de urgência, metade toracotomizados e outra metade submetidos a videotoracoscopia, em 37,9% colocou-se drenagem torácica, a mesma com duração média de 7 dias, e em 31% optou-se por atitude conservadora. O internamento durou em média 18 dias.

Conclusões: Existiu uma relação estatisticamente significativa entre hipocoagulação e hemotórax, mas a gravidade do trauma torácico não se correlacionou com os dias de necessidade de ventilação mecânica, complicações ou mortalidade. Conclusão: O TT é muito frequente e, na maioria das vezes, de fácil resolução, mas podem ocorrer lesões torácicas graves envolvendo órgãos vitais que merecem uma intervenção mais agressiva, com suporte hospitalar diferenciado.

Palavras-chave: *Trauma torácico. Politrauma. Injury severity score.*

P148. QUEM SÃO OS DOENTES COM VENTILAÇÃO DOMICILIÁRIA HÁ MAIS DE 20 ANOS?

M. Oliveira, M. Pais, L. Roseta, P. Viegas, C. Nogueira, D. Ferreira, S. Conde, C. Ribeiro

CHVNGE.

Introdução: A utilização de ventilação domiciliária não invasiva (VDNI) está indicada na insuficiência respiratória crónica de etiologia múltipla, tendo como principal objetivo o aumento da sobrevida dos doentes e melhor gestão da doença crónica. A melhoria da organização dos cuidados prestados, associada ao aumento do sucesso terapêutico, leva a um aumento do número de doentes sob VDNI por períodos prolongados.

Objetivos: O objetivo deste trabalho foi analisar e caracterizar os doentes sob VDNI há 20 ou mais anos.

Métodos: Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes sob VDNI há pelo menos 20 anos, com seguimento em Consulta de Ventilação num hospital terciário entre janeiro de 2001 e março de 2023. Os dados foram obtidos no processo clínico dos utentes e a análise estatística feita no programa SPSS.

Resultados: De uma população de 887 doentes, 7 doentes estavam sob ventilação há mais de 20 anos (0,8%). O sexo mais prevalente foi o feminino (71,4%), a idade mediana da amostra foi 77 [73-78] e de início de VDNI foi 54 [52-56] anos. O tempo mediano sob VDNI foi 267 [251-267] meses, com o tempo máximo de 291 meses. A patologia mais comum foi sobreposição de DPOC e SAOS (42,9%) e 42,9% dos doentes iniciou VDNI em contexto de agudização. A insuficiência cardíaca (85,7%) e a obesidade (57,1%) foram as duas comorbidades mais frequentes. A adesão diária mediana foi 10,9 horas [9,6-12,1] e foi descrito 1 caso de alta dependência de VDNI, com uma utilização diária de aproximadamente 21 horas. Relativamente à oxigenoterapia suplementar, 28,6% tiveram indicação para oxigenoterapia (O2) de longa duração e 57,1% para O2 adjuvante a VDNI. O IPAP e o EPAP mediano foram 24 [22-25] e 7 [5-8] cmH2O, respetivamente. Na última avaliação gasimétrica, 28,6% mantinha hipercapnia. Na amostra estudada, houve 1 óbito (14,3%) por descompensação de patologia respiratória de base e 1 caso (14,3%) de suspensão de VDNI (substituição por CPAP).

Conclusões: Apesar da ventilação domiciliária estar indicada em doentes com doença avançada, verifica-se que alguns apresentam sobrevida elevada, com ótima tolerância e com vários anos de tratamento.

Palavras-chave: *Ventilação domiciliária não invasiva. Longo prazo. Adesão.*

P149. TRATAR O DOENTE E A DOENÇA - A PROPÓSITO DE UM CASO DE SARCOIDOSE

F. Canedo, I. Duarte, A.R. Magalhães, C. Antunes, A.G. Miguel

Hospital Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica caracterizada por granulomas não necrotizantes. Perante atingimento pulmonar grave ou progressivo, a corticoterapia é o tratamento de primeira linha. A avaliação da resposta à terapêutica baseia-se na apreciação subjetiva de sintomas e na caracterização da evolução radiológica e funcional.

Caso clínico: Homem, 45 anos, ex-fumador. Antecedentes de AVC isquémico e fibrilhação auricular. Enviado a consulta de Pneumologia para investigação de dispneia (mMRC 3), tosse e perda ponderal com 3 meses de evolução. Dos exames complementares, destaca-se, no RX de tórax, infiltrado micronodular difuso e, na TC de tórax, a presença de micronódulos com distribuição perilinfática a acompanhar o feixe broncovascular e conglomerado adenopático subcarinal. Realizou broncofibroscopia, onde se observou edema e gra-

nulação da mucosa brônquica, e biópsias brônquicas, cuja histologia revelou processo inflamatório granulomatoso não necrotizante. Nas PFR, identificada alteração ventilatória mista com redução da DLCO. Perante o diagnóstico de sarcoidose torácica estadio II com envolvimento radiológico extenso e compromisso funcional, iniciou prednisolona. Após 1 mês, por persistência de agravamento clínico com limitação nas atividades de vida diária (AVD), iniciou metotrexato, com resposta radiológica e funcional favorável aos 6 meses de terapêutica. Clinicamente, persistia agravamento, condicionando confinamento ao domicílio. Como tal, iniciou inibidor do TNF- α , com escassa melhoria clínica após algumas semanas. O doente mantinha aumento ponderal, interpretado como possível fator responsável pela ausência de resposta clínica, pelo que reduziu a corticoterapia até à sua suspensão. Paralelamente, observou-se rápida perda ponderal, com melhoria da astenia e dispneia. Na reavaliação clínica aos 6 meses, o doente apresentava melhoria global, sem sintomas com impacto nas AVD e com possibilidade de retoma da sua atividade profissional.

Discussão: Salientamos este caso pela dualidade entre a avaliação clínica desfavorável e a evolução positiva radiológica e funcional. Estes achados podem explicar-se pelos efeitos adversos associados à corticoterapia. Embora apenas uma minoria dos doentes com sarcoidose não tolere a corticoterapia, é fundamental considerar esta possibilidade.

Palavras-chave: *Sarcoidose. Corticoterapia.*

P150. HEMOPTISES NO PÓS TRANSPLANTE PULMONAR: RELATO DE UM CASO

M. Ribeiro, C. Damas

Centro Hospitalar Universitário de São João.

Introdução: As hemoptises são uma complicação importante do transplante pulmonar. Podem ser a manifestação de situações potencialmente ameaçadoras da vida como a fistula broncovascular ou de alterações relacionadas com mecanismos ocorridos na circulação arterial brônquica no período pós transplante.

Caso clínico: Mulher de 34 anos submetida a transplante pulmonar bilateral em março de 2022 por bronquiectasias. Sem intercorrências até ao 4º mês pós transplante, altura em que recorre ao Serviço de Urgência por hemoptises. Sem história prévia de hemoptises, inclusive no período pré transplante. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, apirética, sem sinais de dificuldade respiratória e sem insuficiência respiratória. Analiticamente com Hb 10,6 g/dL (prévio 12 g/dL), sem leucocitose ou trombocitopenia, PCR 14,8 mg/L, sem alterações da coagulação. Angio-TC tórax revelou opacidades em vidro despolido no lobo inferior esquerdo (hemorragia alveolar) e artérias brônquicas com calibre no limite superior da normalidade. Sem evidência de tromboembolismo pulmonar. Foi admitida na Unidade de Cuidados Intermédios. A arteriografia brônquica mostrou duas aferências para o campo pulmonar direito de aspeto proeminente na aortografia. O tronco intercostobrônquico direito foi embolizado até à desvascularização periférica. A artéria brônquica direita que apresentava aferências filiformes para a região hilar esquerda foi embolizada. O tronco brônquico comum direito e esquerdo apresentava comunicação com uma artéria brônquica direita adicional com estenose justa-osteal e calibre proeminente, tendo sido embolizado com desvascularização periférica e estase troncular proximal, deixando de se identificar a comunicação com a artéria brônquica direita adicional. A broncoscopia flexível mostrou integridade da sutura, sem evidência de sangue. Uma vez estabilizada foi transferida para a enfermaria ao 3º dia de internamento, tendo tido posteriormente alta para o domicílio, sem recorrência de hemoptises até ao momento presente.

Discussão: O aparecimento de novo de anastomoses arteriais brônquicas pode estar na origem da ocorrência de hemoptises depois do transplante pulmonar. A avaliação angiográfica e consequente em-

bolização arterial foi eficaz no controlo do episódio atual e na prevenção de episódios futuros.

Palavras-chave: *Angiografia pulmonar. Hemoptises. Transplante pulmonar.*

P151. ANGINA DE LUDWIG COM PROPAGAÇÃO POR ESPAÇOS PERIGOSOS

I. Torres, M. Figueiredo, Z. Cruz, V. Tosatto, P. Nascimento

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central-Hospital de Santa Marta.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente, do sexo masculino, de 35 anos, com antecedentes de perturbação de ansiedade e consumo diário de cannabis, haxixe, cocaína e heroína inalada. Recorreu aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) por queixas de odinofagia e febre, tendo sido medicado inicialmente com cefuroxima. Por agravamento das queixas, e surgimento de parestesias das mãos, recorreu novamente aos CSP, onde se verificou sinais compatíveis com abscesso peri-amigdalino e edema supra-esternal, pelo que foi alterada antibioterapia para claritromicina e sugerido encaminhamento para o serviço de urgência, que o doente recusou. Contudo, após dois dias, por toracalgia intensa recorreu ao serviço de urgência. Imagiologicamente, verificou-se infeção do espaço retrofaringeo com progressão para mediastinite, assumindo-se Angina de Ludwig, com ponto de partida odontogénico, tendo sido internado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Durante o internamento na UCI foi escalada antibioterapia por manutenção de febre e elevação de parâmetros inflamatórios. Face a derrame pleural bilateral e má evolução clínica foi solicitada transferência para o centro de referência de cirurgia torácica. Por suspeita de empiema necessitou de intervenção cirúrgica, com desbridamento e drenagem pleural e mediastínica bilateral, mantendo drenagens torácicas no pós-operatório. Após isolamento de *Candida albicans*, em líquido pleural e hemocultura, foi iniciada terapêutica dirigida com estabilização dos parâmetros inflamatórios. A remoção dos drenos torácicos foi progressiva e em conformidade com a evolução imagiológica, sendo que por loca remanescente de empiema organizado, foi necessário manter dreno torácico esquerdo, para realização de lavagens pleurais com solução antisséptica.

Discussão: O diagnóstico desta entidade é desafiante, pelo que é importante manter uma alta suspeição clínica, de forma a poder fazer uma abordagem destes doentes precoce e agressiva. Devemos estar especialmente alerta e avaliar os hábitos dos doentes, tóxicos e alcoólicos, face ao maior risco inerente de potenciais complicações nestes doentes. O consumo destas substâncias predispõe e, simultaneamente, torna os doentes mais vulneráveis a este tipo de infeções, resultando num pior prognóstico.

Palavras-chave: *Angina de Ludwig. Mediastinite. Toxicofilia.*

P152. ASPERGILOSE INVASIVA: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

D. Mendonça, C. Quinaz, A.V. Tavares, M. Tavares, É. Almeida, J.A. Ribeiro, L. Ferreira

ULS Guarda.

Introdução: Aspergilose invasiva (AI) surge sobretudo em doentes com imunossupressão (IS) severa. Ao risco clássico conferido por neutropenia prolongada e transplantação, associa-se o doente crítico sem outros fatores de risco e as novas terapêuticas imunossupressoras com alvo nas populações celulares e nas vias de sinalização, cuja utilização está em grande expansão. É expectável um aumento da incidência global de AI. O diagnóstico (DX) é difícil, sendo por vezes de presunção, com tratamento (TX) empírico.

Casos clínicos: Apresentamos 4 casos de 2022 a ilustrar apresentações clínicas, imagiológicas e terapêuticas diferentes. Mulher 77a,

linfoma (LF) gástrico. Após último ciclo de R-CHOP, febre persistente apesar de TX empírico e posteriormente dirigido a *S. pneumoniae*. TC tórax (TCT): áreas de parênquima pulmonar em vidro despolido, espessamento septal apical bilateral com padrão consolidativo periférico e áreas com densificação com sinal de halo invertido. LBA galactomanano e cultura micológica negativos (GCMN). Iniciou empiricamente voriconazol que manteve por 3 meses com boa evolução. Homem 70a, LF não-Hodgkin T periférico, submetido a R-CHOP e transplante (TP) alogénico de medula óssea, com GVHD, sob ruxolitinib e corticoide. Sem melhora após 3 semanas de TX dirigido para pneumonia a *P. aeruginosa*. TCT: lesão cavitada na periferia do lobo superior direito (LSD). GCMN. Iniciou empiricamente voriconazol, com switch para isavuconazol por hepatotoxicidade, que manteve por 2 meses com boa evolução. Homem 62a, LF plasmablastico gástrico submetido a CHOEP e TP autólogo de progenitores hematopoiéticos. TCT: nódulo de contornos espiculados no segmento anterior do LSD, tendo sido submetido a lobectomia. GCMN. Histologia revelou *Aspergillus*. Homem 75a, carcinoma de células claras renais com recidiva local e metastização adrenal e pulmonar, sob pazopanib e nivolumab. TCT: oclusão completa do brônquio do LSD por massa, sendo desobstruído por eletrocoagulação. Aspirado de secreções brônquicas com isolamento de *A. versicolor*. Não foi efetuado TX.

Discussão: Al pode evoluir em forma atípica de acordo com o grau de IS. Deve ter-se elevado índice de suspeição para sinais e sintomas sugestivos, devendo a Al estar presente no DX diferencial do doente com IS, com estabelecimento de protocolos de atuação, pois o rápido DX e TX são fulcrais para o sucesso terapêutico.

Palavras-chave: *Aspergilose invasiva. Imunossupressão. Diagnóstico. Tratamento.*

P153. DA OROFARINGE AO MEDIASTINO: UMA AMIGDALITE GANHA MAIORES PROPORÇÕES

I. Torres, M. Figueiredo, Z. Cruz, V. Tosatto, P. Nascimento

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital de Santa Marta.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 39 anos, sem antecedentes médico-cirúrgicos conhecidos. Recorreu ao Serviço de urgência (SU) por odinofagia com 24 horas de evolução, com diagnóstico de amigdalite bacteriana e medicada com Penicilina intra-muscular. Regressou ao SU por manutenção das queixas tendo-se optado por amoxicilina-ácido clavulânico oral, não tendo sido apuradas complicações. Ao 6º dia de antibióterapia, por agravamento sintomático com disfonia, astenia, mal-estar geral e vômitos, regressou ao Serviço de urgência (SU). Realizou TC de tórax e pescoço demonstrando abscesso amigdalino direito e retro-amigdalino com conteúdo gasoso e continuação para mediastino. Por evolução desfavorável por choque séptico foi internada na Unidade de Cuidados Intensivos. Foi escalada antibióterapia e feita drenagem de abscesso retro-faríngeo por abordagem transoral e limpeza pleuro-mediastínica direita com saída de conteúdo purulento em grande quantidade, onde se isolou *Streptococcus anginosus*. Por nova coleção hidro-gasosa no lobo superior direito, foi submetida a nova drenagem e desbridamento pleural e mediastínico por toracotomia. Iniciou sessões de oxigenoterapia em câmara hiperbárica e voltou a ser intervencionada, com desbridamento cirúrgico por cervicotomia e toracotomia bilateral. Realizadas colheitas para exame microbiológico com isolamento de *Candida krusei*, *C. parapsilosis*, *C. tropicalis* e *Klebsiella pneumoniae* ESBL. Durante o internamento, manteve múltiplos drenos torácicos e um cervical, tendo estes sido removidos de forma gradual com a evolução favorável da doente. Apesar de imagiologicamente manter derrame bilateral residual, analiticamente manteve parâmetros inflamatórios em cinética decrescente, pelo que teve alta ao fim de 3 meses, mantendo antibiótico oral.

Discussão: Com este caso, pretendemos realçar a importância do diagnóstico precoce das potenciais complicações das amigdalites agudas. Assim, demonstra-se a necessidade de uma avaliação minuciosa, mesmo em doentes jovens imunocompetentes, especialmente, quando há persistência do quadro sob antibióterapia, ou falência da mesma.

Palavras-chave: *Mediastinite. Amigdalite.*

P154. PRÓTESES ENDOBRÔNQUICAS NA OBSTRUÇÃO CENTRAL DA VIA AÉREA MALIGNA - REVISÃO DE 6 ANOS

J.S. Patrício, C.S. Alves, M. Silveira, L. Santos, R. Costa, J.P. Boleo-Tomé, F. Rodrigues

Hospital de São Bernardo.

Introdução: Modalidades broncoscópicas para tratamento da obstrução central da via aérea maligna (OCVAM) incluem opções como próteses endobrônquicas (PE) e técnicas ablativas. A colocação de PE pode ser uma terapêutica adjuvante em doentes submetidos a tratamento com intenção curativa não candidatos a cirurgia, estando muitas vezes indicadas também na palição de sintomas na doença avançada ou incurável.

Objetivos: Relatar a experiência de 6 anos de um centro de referência em colocação de próteses endobrônquicas por OCVAM por broncoscopia rígida.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com OCVAM que, por esse motivo, colocaram prótese endobrônquica entre 1/1/2016 e 31/12/2021.

Resultados: Foram incluídos 57 doentes. A média de idade de colocação de prótese endobrônquica foi de 61,3 (DP 9,8), sendo a maioria do sexo masculino (75,4%, n = 43). A maioria destas foi realizada entre 2019-2021 (66,7%, n = 38). Identificou-se que as OCVAM ocorreram na sua maioria por extensão local tumoral (91,2%, n = 52) resultante de tumor traqueal/pulmonar (71,9%, n = 41). Os doentes apresentaram-se com lesão única (54,4%, n = 31) ou com lesão extensa com envolvimento dos 2 brônquios principais (BP) ou da traqueia e pelo menos um dos BP (45,6%, n = 26). Os tipos de obstruções intervencionadas foram intraluminais (47,4%, n = 27), por compressão extrínseca (10,5%, n = 6) ou mistas (42,1%, n = 24). A maioria das colocações de prótese exigiram 2 procedimentos endoscópicos adjuvantes (49,1%, n = 28), nomeadamente debulking mecânico, dilatação com balão ou uso de laser. Foram colocadas um total de 60 PE, 85% destas de silicone (n = 51), 14 das quais em "Y". Dos 57 doentes, 33,3% (n = 19) apresentaram complicações: 12 por crescimento tumoral, 7 por mucostase, 3 por tecido de granulação e 2 por migração da prótese. Em 4 doentes foi possível a retirada de prótese por resposta tumoral ao tratamento oncológico.

Conclusões: A colocação de PE requer uma seleção criteriosa dos doentes e do tipo de prótese, bem como experiência na realização da técnica e tratamento das suas potenciais complicações. A taxa de complicações aumenta em função do tempo que a PE permanece colocada. Neste centro a maioria das complicações foram decorrentes de crescimento tumoral, expectável face à evolução natural e extensão da doença oncológica.

Palavras-chave: *Prótese endobrônquica. Obstrução central da via aérea maligna. Broncoscopia rígida.*

P155. SÍNDROME DE LÖFGREN - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Montês, D. Sousa

Hospital da Luz Lisboa.

Introdução: A síndrome de Löfgren é uma forma de apresentação aguda e muito específica de sarcoidose, que surge em menos de 5-10% dos doentes com sarcoidose. Caracteriza-se pela tríade de eritema nodoso, adenopatias hilares bilaterais, poliartrite migrató-

ria simétrica de predomínio tibiotársico (esta mais frequente nos homens), podendo também coexistir febre. O curso clínico é usualmente benigno e auto-limitado embora alguns casos possam cursar com persistência dos sintomas artropáticos.

Caso clínico: Homem de 48 anos, saudável, avaliado em consulta de Medicina Interna por quadro com 3 semanas de evolução de febre e poliartralgias migratórias simétricas das articulações tibiotársicas. Negava outros sintomas, em particular de foro respiratório. Tinha sido medicado com anti-inflamatório oral, sem melhoria das queixas. Ao exame objetivo a destacar sinais de artrite das articulações tibiotársicas. Analiticamente sem anemia ou leucocitose; proteína C reativa 8,52 mg/dl, velocidade de sedimentação 30 mm/h; serologias para vírus da imunodeficiência humana, Epstein-Barr e Citomegalovírus negativas; hemoculturas e urocultura negativas; doseamento da enzima conversora de angiotensina 34,2 U/L (VR: 35-114). Para estudo realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que documentou múltiplos nódulos parenquimatosos pulmonares e exuberantes adenopatias mediastínicas e hilares bilaterais. Na suspeita clínica de síndrome de Löfgren e concomitante suspeita de sarcoidose, fez ecografia endobrônquica com biópsia de nódulo endobrônquico e de adenopatia peri-hilar, que revelaram linfadenite granulomatosa não necrotizante. A imunofenotipagem do lavado broncoalveolar demonstrou linfocitose e aumento da razão CD4/CD8 compatível com sarcoidose. Confirmado o diagnóstico de sarcoidose com apresentação com síndrome de Löfgren, foi medicado com prednisolona com resolução do quadro clínico.

Discussão: Tratando-se de uma doença com afeção multissistêmica, existe uma grande variabilidade clínica nas formas de apresentação da sarcoidose. O reconhecimento da síndrome de Löfgren adquire elevada importância porque apesar de pouco frequente é uma das apresentações mais específicas desta entidade.

Palavras-chave: Sarcoidose. Síndrome de Löfgren.

P156. A PLEURA NO INTERNAMENTO DE PNEUMOLOGIA

M. Cunha, F. Guimarães, J. Canadas, R. Armindo, A. Alves, P. Rosa
Hospital Vila Franca de Xira.

Introdução: A patologia pleural representa uma fração importante da Pneumologia, sobretudo no âmbito das técnicas pleurais diagnósticas e terapêuticas. Geralmente permite gestão em ambulatório, e o internamento deve ser considerado em casos selecionados. **Objetivos:** Descrição da patologia pleural num internamento de Pneumologia, no período de um ano. Visa a caracterização dos diagnósticos, técnicas pleurais, indicações de internamento e complicações inerentes a esta patologia.

Métodos: Análise retrospectiva de registos clínicos (Glintt®) de doentes com patologia pleural internados no Serviço de Pneumologia do Hospital Vila Franca de Xira em 2022, com os seguintes parâmetros: sexo, idade, carga tabágica, duração e motivo de internamento, diagnóstico definitivo, patologia pleural, lateralidade, número de dias de drenagem torácica (DT), análise líquido pleural (LP), pleurodese, destino pós alta e mortalidade a 30 e 90 dias.

Resultados: Do total dos 177 doentes internados, 31,07% (n = 55) apresentaram patologia pleural, em 69% dos casos coincidente com o motivo de internamento. Destes, a maioria do sexo masculino (76,36%), com idades compreendidas entre 19 e 92 anos (59,6 ± 19,48 anos), não fumadores (41,82%). Derrame pleural (DP) em 56,36% dos doentes (n = 31) e 43,64% com pneumotórax (n = 24), com lateralidade de distribuição semelhante (apresentação bilateral em 6 doentes). Foi colocada DT em 32,73% dos casos, em média por 8,27 ± 6,31 dias; realizada pleurodese em 4 doentes. Da análise do LP, 90,32% exsudados de acordo com Critérios de Light, 80,64% com exames microbiológicos negativos e isolamento de *Proteus mirabilis* em 3 doentes; 32% obtiveram citologia positiva para células neoplásicas, como histologia mais comum Adenocarcinoma pulmão e Mesotelioma (12,9%). Verificaram-se como diagnósticos definitivos

mais comuns o DP infeccioso (27,27%), maligno (20%) e pneumotórax secundário (14,55%). À data de alta, a maioria foi orientado para consulta externa (70,91%), 10% transferidos para Cirurgia Torácica; verificaram-se 6 óbitos durante o internamento.

Conclusões: Esta análise permite concluir que a patologia pleural é comum em contexto de internamento, sobretudo relacionado com etiologias infecciosas, neoplásica e estrutural do pulmão, representando um factor de aumento de tempo de internamento e morbilidade nestes doentes.

Palavras-chave: Patologia pleural. Pleura. Pneumotórax. Derrame pleural.

P157. AVALIAÇÃO DOS UTENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NUMA UNIDADE DE SAÚDE

A. Carneiro, P. Vaz, I. Laia, A. Lasca, R. Santos, V. Martins
USF Viriato-ACES Dão-Lafões.

Introdução: ADPOC é uma doença respiratória frequente, estimando-se a sua prevalência em 11% a nível global. Contudo encontra-se subdiagnosticada, sendo a sua prevalência ao nível dos cuidados de saúde primários de 1,6%. Estima-se que apenas 43% têm diagnóstico baseado em espirometria. Representa uma causa importante de morbimortalidade, impondo-se a necessidade de correto diagnóstico e gestão adequada. **Objetivos:** Primário: avaliar o correto diagnóstico de DPOC, conforme a codificação ICPC2-R95. Secundário: caracterizar população definida: sexo; idade; registo espirométrico e respetivos parâmetros; cobertura vacinal; comorbilidades e terapêutica broncodilatadora no último ano.

Métodos: Estudo observacional, transversal e retrospectivo de utentes com codificação ICPC2 “R95: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica” inscritos numa Unidade de Saúde Familiar, no período correspondente a dezembro de 2022.

Resultados: População de 123 utentes, 70% do sexo masculino, com média de idades de aproximadamente 69 anos. 45% não tinha registos espirométricos. 39% dos utentes apresenta codificação de acordo com o ICPC-2. 17% apresenta registo de parâmetros espirométricos concordantes com DPOC. Quanto à cobertura vacinal, 79% tinham vacina contra a gripe no último ano; 98% contra a COVID-19 e 27% com esquema recomendado contra pneumonia pneumocócica. Relativamente a comorbilidades, 23% eram fumadores; 33% ex-fumadores e 45% não fumadores ou hábitos desconhecidos; 28% enfisema e 54% desconhecido; 11% bronquiectasias e 57% desconhecido; 2% com défice de α1-antitripsina e 94% desconhecido. Relativamente à terapêutica broncodilatadora, 26% sem terapêutica de manutenção e 9% com terapêutica de alívio (SABA).

Conclusões: Os resultados da Unidade de Saúde Familiar vão de encontro à realidade nacional. Existem limitações no que respeita ao registo das espirometrias e seus parâmetros, decisivas para o correto diagnóstico e tratamento adequado. Relativamente à vacinação, destaca-se a baixa cobertura contra a pneumonia pneumocócica, devendo instituir-se medidas para a promoção do mesmo. Tendo em conta os resultados, optou-se por implementar uma consulta estruturada dirigida aos utentes com DPOC, no sentido de se promover a melhoria dos cuidados e redução da morbimortalidade associada.

Palavras-chave: DPOC. Espirometria.

P158. NEM TUDO É O QUE PARECE - JORNADA DIAGNÓSTICA DE SARCOIDOSE

P.C. Varandas, M.S. Machado, A.C. Mendes, F. Mendes

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E - Hospital de Santa Maria.

Introdução: A Sarcoidose é uma doença de afeção multissistêmica, cuja etiologia permanece ainda desconhecida e que tipicamente se

manifesta por granulomas não caseosos nos órgãos afetados. O seu diagnóstico permanece um desafio na atualidade e exige um elevado índice de suspeição clínica e diagnóstico diferencial extenso com outras patologias.

Caso clínico: Mulher de 37 anos, melanodérmica, natural de Angola, a residir em Portugal há mais de 30 anos, trabalha numa padaria, com história pregressa de anemia ferropénica idiopática. Foi encaminhada para Consulta Externa de Medicina Interna por quadro com 8 meses de evolução de adenopatias generalizadas (presentes na região cervical, axilar esquerda e inguinal bilateralmente) associadas a anorexia e perda de peso. Negava febre. Analiticamente a destacar leucopenia, velocidade de sedimentação aumentada, Proteína C aumentada, ECA aumentada, ADA aumentada e IGRA positivo. Na radiografia de tórax foi identificada micronodulação perihilar. Realizou ainda TC Cervicotoracoabdominopélvico do qual se destaca expressiva acentuação em nó das cadeias ganglionares do pescoço menos expressivo a nível axilar e mediastínico com exuberante micronodularidade miliar do pulmão, achados imagiológicos compatíveis com Tuberculose Miliar. Realizada Biópsia excisional inguinal que identificou linfadenite granulomatosa não necrotizante sem bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR), com exame cultural negativo para micobactérias. Tendo em conta os achados descritos optou-se pela realização de broncofibroscopia com lavado broncoalveolar e biópsias brônquica e pulmonar, das quais se destaca: 11% linfócitos, CD4+ 76% e CD 8+ 15%, CD4+/CD8+ = 5; granulomas epitelioides não necrotizantes e sem BAAR; Exame bacteriológico direto, cultural e PCR para *Micobacterium tuberculosis* negativos. Assim, admitiu-se Sarcoidose estágio II com envolvimento pulmonar e ganglionar e foi encaminhada para Consulta Externa de Pneumologia.

Discussão: Este caso reforça a importância do estudo exaustivo e sistematizado desta patologia, realçando sobretudo a dificuldade do diagnóstico diferencial nos casos de apresentação atípica.

Palavras-chave: *Sarcoidose. Tuberculose. Lavado broncoalveolar. Adenopatias.*

P159. A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA ENDOMETRIOSE TORÁCICA: UM CASO CLÍNICO

V. Maione, G. Portugal, A. Barroso, F. Santos, F. Froes

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte.

Introdução: A Endometriose Torácica (ET) é uma condição rara caracterizada pela presença de tecido endometrial ectópico na cavidade torácica (pleura, parênquima pulmonar, diafragma, brônquios). O seu diagnóstico é desafiante e prevê a realização de exames invasivos nem sempre disponíveis nas diferentes realidades.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 28 anos, angolana, com diagnóstico de endometriose com envolvimento torácico e pélvico desde 2019 e anemia ferropénica, sem história conhecida de tuberculose. Já submetida a drenagem de hemotórax direito em 2018 e remoção de implantes abdominais de tecido endometrial em 2019 em contexto de pelviperitonite. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro com 6 dias de evolução de febre e tosse produtiva com expectoração mucopurulenta. Apresentava-se hemodinamicamente estável, com SpO₂ 98% em ar ambiente e abolição do murmúrio vesicular no hemitórax direito, sem outras alterações de relevo ao exame objectivo. Dos exames realizados destaca-se: analiticamente: leucocitose, elevação PCR (10,2 mg/dL) e anemia microcítica. TC de tórax: Atelectasia quase completa do pulmão direito, com desvio homolateral do mediastino. Imagem hídrica 16 × 8 × 4 cm no hemitórax direito, compatível com empiema. TC abdomino-pélvica: Aumento do volume da área anexial esquerda com 3 lesões nodulares de densidade heterogénea. que se valorizam no contexto conhecido de endometriose. Na área anexial direita observa-se imagem nodular predominantemente hipodensa com cerca de 31 mm. Assim, perante diagnóstico de empiema, a doente foi admitida no Serviço

de Pneumologia tendo sido iniciada antibioterapia empírica com Piperacilina-Tazobactam e Clindamicina, mais tarde escalada para Vancomicina por bacteriemia a MRSA. Apesar de melhoria clínica e analítica, por persistência das alterações imagiológica, foi contactada Cirurgia Torácica que procedeu a pleuropneumectomia, após tentativa de descorticação pulmonar do lobo inferior direito, sem sucesso por ausência de expansão pulmonar. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e a doente teve alta para o domicílio.

Discussão: A endometriose torácica crónica não tratada pode resultar em alterações pulmonares irreversíveis e sintomas respiratórios persistentes. O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais para a prevenção das sequelas a longo prazo.

Palavras-chave: *Endometriose. Empiema.*

P160. UM PULMÃO HIPERSENSÍVEL: RELATO DE CASO

A.I. Almeida, T. Peralta

USF Serra da Lousã.

Introdução: A pneumonite por hipersensibilidade (PH) é uma síndrome complexa caracterizada pela inflamação do interstício pulmonar, vias aéreas de médio e pequeno calibre, causada pela exposição repetida a partículas orgânicas inaladas, em indivíduos previamente sensibilizados. Os mecanismos patogénicos permanecem pouco claros mas associam a formação de imunocomplexos e resposta por imunidade celular. Com a exposição repetida pode evoluir para fibrose pulmonar. Não existe um gold-standard de diagnóstico, sendo importante a história clínica bem como exames complementares.

Caso clínico: Sexo feminino, 54 anos, com história de tosse seca crónica, persistente por vezes com febre, dispneia e mialgias, com 1 ano de evolução e impacto significativo na qualidade de vida, motivando várias idas aos cuidados de saúde primários. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, dislipidémia e esteatose hepática; medicação habitual: perindopril 10mg id e sinvastatina 40mg id. À auscultação pulmonar diminuição global do murmúrio vesicular, fúrvos dispersos e saturação periférica de 97-98%. A radiografia do tórax revelou acentuação reticular, sem outras alterações. Cumpru terapêutica com broncodilatação com alívio parcial. Após caracterização clínica detalhada identificou-se exposição doméstica a aves e laboral a lã. Por persistência do quadro foi referenciada para consulta de Pneumologia. Foi complementado estudo com: TC torácica de alta resolução que evidenciou padrão em vidro despolido, áreas enfisematosas dispersas e reticulação dos lobos superiores-alterações compatíveis com fibrose pulmonar; provas de função respiratória com padrão obstrutivo e distúrbios da ventilação/perfusão; lavado bronco-alveolar com infiltrado de predomínio linfocítico e precipitinas aviárias positiva. Foi feito diagnóstico de PH em estágio crónico, iniciada terapêutica com corticoide e ciclofosfamida e limitada a exposição aos alérgenos. Mantém vigilância em consulta, com progressiva melhoria sintomática e imagiológica.

Discussão: O diagnóstico diferencial das patologias pulmonares intersticiais é desafiante, sendo importante uma anamnese detalhada destacando os fatores ocupacionais. A PH pode evoluir de forma crónica e irreversível, implicando elevada morbilidade e mortalidade. O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais.

Palavras-chave: *Pneumonite. Alergénios. Exposição. Fibrose.*

P161. SÍNDROME ANTI-SINTETASE - RARO OU NÃO PROCURADO?

I.M. Júlio, M. Carrilho, M. Nobre, J. Martins

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: O síndrome anti-sintetase (SAS) é uma doença rara causada por autoanticorpos anti-sintetase, como o anti-Jo-1, e de-

finida pela presença de miopatia inflamatória e/ou manifestações cutâneas, pulmonares e articulares. A Doença Pulmonar Intersticial (DPI) é a característica mais comum de SAS e a pneumonia intersticial inespecífica (UIP) o padrão mais frequentemente encontrado na TCAR.

Caso clínico: Mulher de 46 anos, com antecedentes pessoais de tireoidite de Hashimoto e dermatomiosite diagnosticada aos 25 anos e com seguimento irregular. Medicada habitualmente com levotiroxina e corticoterapia em baixa dose. Referenciada à consulta de doenças autoimunes em 2021 por artralgias, sobretudo de pequenas articulações, que teriam agravado nos últimos anos, fenómeno de Raynaud trifásico, xerostomia, disfagia para líquidos, cansaço e tosse aquando esforços físicos moderados. À observação sem alterações relevantes. Realizou avaliação analítica completa, da qual se destacou uma VS de 38mm/h e estudo autoimune com positividade para anti-CCP, Ac. antinucleares e citoplasmáticos, anti-SSA, anti-Jo-1 e anti-Ro52. Como estudo complementar efetuou TC torácica, que evidenciou espessamento septal e alterações fibroquísticas de predomínio caudal, com bronquiectasias de tração e alterações em relação com pulmão em favo de mel, achados compatíveis com UIP. Iniciou seguimento na consulta de interstício pulmonar e realizou a primeira PFR em 2021: FVC 72%, FEV1/FVC 83% e DLCO/VA 93/100%. Além da corticoterapia, iniciou hidroxiclороquina e azatioprina com resolução quase total das queixas. Repetiu a PFR após 3 meses com melhoria da FVC para 80% e TC torácica, após 1 ano, com ausência de progressão de doença. Atualmente mantém seguimento em consulta e reavaliação periódica com TC torácica, PFR e PM6M. Em caso de progressão, pondera-se alteração da terapêutica com eventual introdução de micofenolato de mofetil.

Discussão: Sabe-se que cerca de 30% dos doentes com antecedentes de miosite terão o diagnóstico de SAS. A mortalidade não aumenta devido ao SAS, mas a presença de DPI grave é mais frequentemente associada à morte precoce. O diagnóstico atempado de SAS e a averiguação da presença e gravidade da DPI devem ser realizados em todos os doentes com história de miopatias inflamatórias.

Palavras-chave: Síndrome anti-sintetase. Miopatia inflamatória. Doença pulmonar intersticial.

P162. PNEUMOCISTOSE EM DOENTE PÓS-COVID: UM FATOR DE RISCO A TER EM CONTA?

J. Montês, M. Grafino, S.T. Furtado

Hospital da Luz Lisboa.

Introdução: A infeção por *Pneumocystis jirovecii* - pneumocistose - é a infeção respiratória fúngica que mais frequentemente afeta imunodeprimidos, nomeadamente, doentes HIV, transplantados e sob terapêutica imunossupressora. A corticoterapia prolongada é um fator de risco para pneumocistose, contudo, outros fatores podem aumentar o risco de desenvolvimento da infeção fúngica. A influência da infeção do SARS-CoV-2 é desconhecida. Relatamos 2 casos de pneumocistose após infeção SARS-CoV-2.

Casos clínicos: Trata-se de um homem de 68 anos e uma mulher de 86 anos com antecedentes de internamento por COVID-19 grave associada a insuficiência respiratória hipoxémica e evolução para pneumonia organizativa sob corticoterapia. Após período de melhoria clínica e sem necessidade de oxigenoterapia, cerca de 1-2 mês após alta, sobre 40-30 mg de prednisolona, iniciam quadro de dispneia para pequenos - moderados esforços, associado a agravamento da hipoxemia. Realizaram angiotomografia de tórax que demonstrou agravamento de vidro despolido sem sinais sugestivos de tromboembolismo pulmonar. Analiticamente, não apresentavam alterações de relevo excetuando um ligeiro aumento da proteína C reativa. Realizaram broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar cuja pesquisa do DNA *Pneumocystis jirovecii* foi positiva, sem outros isolamentos microbiológicos. Foi admitida pneumocistose com repercussão nas trocas gasosas e, além da oxigenoterapia, iniciaram

cotrimoxazol e corticoterapia. Cumpriram 21 dias de terapêutica com melhoria clínica, gasométrica e imagiológica progressiva.

Discussão: Apesar da corticoterapia ser um fator predisponente para pneumocistose, outros fatores são frequentemente associados. O potencial papel da infeção por SARS-CoV2 é desconhecido. Os dois casos clínicos pretendem destacar a necessidade de um alto nível de suspeição relativo a infeções oportunistas, nomeadamente pneumocistose, em doentes pós-COVID sob corticoterapia.

Palavras-chave: *Pneumocistose. COVID-19. Corticoterapia.*

P163. DIAGNÓSTICO IMAGIOLÓGICO DIFÍCIL: CARCINOMA DO PULMÃO DE PEQUENAS CÉLULAS E DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA

M.F. Almeida, J. Portela, Inês Estalagem, J. Silva, R. Gomes, C. Couto, M.S. Lopes

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A 18-FDG PET reflete o metabolismo da glicose e é normalmente adquirida simultaneamente com TAC, tendo uma enorme utilidade no estudo de metastização à distância por neoplasia, identificando os locais envolvidos por tumor. Fornece informações sobre o tamanho, avidade de FDG, formato, proximidade do tumor, localização e presença de outros focos tumorais. No entanto, não permite distinguir que tipo de tumor se trata, motivo pelo qual não dispensa avaliação histológica por biópsia.

Caso clínico: Homem, 55 anos, ex-fumador (30 UMA), hipertenso, diabético, obeso. Encaminhado em Março/2023 por tosse seca e dor pleurítica à direita com 2 meses de evolução. Apresentou-se com insuficiência respiratória parcial. Realizou TC Tórax: lesão expansiva pleuropulmonar no lobo médio com infiltração linfangítica; conglomerado adenopático hilar, enfisema paraseptal disperso; prováveis lesões ósseas blásticas nos corpos vertebrais dorsais. A broncofibroscopia revelou áreas de infiltração neoplásica na traqueia, carina, brônquios principais esquerdo e direito com redução do seu calibre. Para estudo de metastização: TAC CE sem lesões. A PET-CT foi compatível com malignidade intensamente hipermetabólica em sede ganglionar múltipla, extensa em topografia supra-diafragmática e infradiafragmática, com infiltração difusa de toda a medula óssea do esqueleto axial e apendicular proximal. Dado o padrão de distribuição tão extenso destas alterações, não se excluiu a possibilidade de malignidade linfoproliferativa (vs lesão primitiva do hilo pulmonar direito). Por fim, as biópsias brônquicas realizadas, revelaram infiltração brônquica por carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC), em estadio IV (cT3N3M1c - ganglionar, ósseo extenso de todo o esqueleto vertebral e axial). Neste contexto, iniciou Atezolizumab, que mantém.

Discussão: Este caso retrata uma situação de um diagnóstico diferencial colocado em possibilidade pela apresentação imagiológica do mesmo e subsequente importância da avaliação histológica no diagnóstico final de neoplasias, fundamental para início de terapêutica dirigida. O CPPC distingue-se da maioria das neoplasias pulmonares, por se apresentar sob a forma de doença dessiminada, pela alta taxa de crescimento, progressão e desenvolvimento precoce de metástases; algo que é impressionantemente visível na imagem de PET-CT do doente em questão.

Palavras-chave: *CPPC. Doença linfoproliferativa. PET.*

P164. UM CASO RARO DE CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

I. Duarte, F. Canedo, M.D. Silva, I. Moreira, A. Magalhães, D. Silva, N. Murinello, M. Emiliano, A. Mineiro, A. Miguel

Hospital Santa Marta - Centro Hospitalar Lisboa Central.

Introdução: O carcinoma mucoepidermoide (CME) com localização pulmonar e/ou pleural é extremamente raro, condicionando um

baixo conhecimento relativamente ao seu desenvolvimento, tratamento e prognóstico. Apresentamos um caso de um CME de alto grau, associado a fibrose pulmonar idiopática (FPI), com implicações na marcha diagnóstica.

Caso clínico: Homem, 75 anos, performance status 1, ex-fumador de 50 unidades maço-ano, com antecedentes de FPI sob perfinidona, apresenta clínica com 3 meses de agravamento da dispneia, tosse seca e perda ponderal. A TC torácica mostrou uma massa periférica no lobo superior esquerdo com 52x26mm, contacto pleural e área de necrose central com nível hidroaéreo. Discutido em Reunião Multidisciplinar para definir a melhor estratégia na suspeita de neoplasia cavitada, com estadiamento IIIA - cT3N1M0 (por TC toracoabdominopélvica, RM creaneencefálica e PET-FDG). Realizou biópsia pulmonar transtorácica cuja análise histopatológica foi compatível com carcinoma pavimentocelular (p63+; p40+; TTF1-), PDL1 negativo. Pela FPI avançada, sem indicação para estadiamento mediastínico invasivo e não foi elegível para radioterapia. Cumpru quatro ciclos de quimioterapia (Carboplatina e Paclitaxel). A reavaliação imagiológica demonstrou, além da lesão conhecida, captação pleural esquerda e derrame pleural homolateral, com citologia negativa e biópsias pleurais cegas a identificar áreas de carcinoma de padrão sólido, com expressão de p40 e focos de células produtoras de muco, sugerindo carcinoma mucoepidermoide de alto grau. Foram revistas as lâminas das biópsias iniciais, concluindo-se, *a posteriori*, que já haveriam aspetos compatíveis com CME. O doente não realizou segunda linha terapêutica por desfecho desfavorável a curto prazo.

Discussão: A FPI aumenta o risco de desenvolvimento de neoplasias pulmonares, não existindo essa evidência para o CME. Devido à raridade desta neoplasia e à baixa especificidade clínica e imagiológica, o diagnóstico baseia-se na histologia, sendo confundido com outros subtipos de carcinoma não pequenas células, particularmente se amostra de dimensões reduzidas, tal como sucedeu neste caso. A classificação em baixo e alto grau permite descriminar a sobrevida global e o tratamento de eleição, mas a evidência é escassa quanto à melhor abordagem dos CME de alto grau.

Palavras-chave: Carcinoma mucoepidermoide. Fibrose pulmonar idiopática. Tabaco.

P165. FUMAR OU NÃO FUMAR, EIS O PULMÃO!

I. Duarte, F. Canedo, A. Magalhães, D. Maia, N. Murinello, A. Miguel

Hospital Santa Marta - Centro Hospitalar Lisboa Central.

Introdução: A Histiocitose Pulmonar de Células de Langerhans (HPCL) é uma doença pulmonar difusa rara cuja etiologia não está totalmente esclarecida. Pela sua raridade, o diagnóstico pode ser um desafio, salientando a necessidade da compreensão da doença especialmente mediante uma apresentação menos típica.

Caso clínico: Mulher, 51 anos, fumadora com carga tabágica de 39 unidades maço-ano, com exposição a um papagaio e a trabalhar como gestora de doente. Com antecedentes pessoais de tuberculose pulmonar há 20 anos, tratada, e antecedentes familiares de esclerose sistémica limitada. Apresenta-se com clínica com um mês de evolução de tosse seca, mialgias e dispneia progressiva. Sem alterações ao exame objetivo. A Tomografia Computorizada (TC) torácica revelou enfisema paraseptal predominante nos lobos superiores e múltiplos nódulos infracentrímetros dispersos, alguns dos quais a esboçar muito discreta cavitação central. Realizou provas de função respiratória com redução da DLCO (36%); videobroncoscopia sem alterações endoscópicas e sem isolamentos no lavado broncoalveolar. Foi excluída infeção ativa, imunossupressão e doença autoimune através do estudo analítico e serológico. Efetuou biópsia pulmonar transtorácica que demonstrou focos de infiltrado inflamatório crónico com abundantes eosinófilos e células com citoplasma eosinofílico e núcleos irregulares,

com expressão de CD1a e S100 compatível com o diagnóstico de HPCL. O tratamento focou-se na cessação tabágica, através de estratégias não farmacológicas e farmacológicas, com follow-up em consulta aos 6 meses a demonstrar franca melhoria clínica e imagiológica pela redução do número e dimensão dos nódulos descritos previamente.

Discussão: A HPCL está fortemente associada à exposição tabágica. Para o tratamento, a corticoterapia tem pouca evidência. Sendo uma doença de natureza neoplásica, tem havido relatos de sucesso com o uso de Cladribina e dabrafenib/trametinib quando presente a mutação do BRAF V600E. Casos avançados de HPCL, na ausência de contraindicações, poderão ser referenciados a transplante pulmonar. As opções terapêuticas são limitadas e com importantes efeitos adversos, tornando a cessação tabágica fundamental para impedir a progressão da doença podendo nalguns doentes resultar em estabilização ou resolução clínica e imagiológica completa.

Palavras-chave: Tabaco. Histiocitose de células de Langerhans. Nódulos.

P166. O PAPEL DA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

A.I. Santos, A. Veloso, C. Cortesão, J. Pacheco, D. Rodrigues, J. Silveira, C. Rodrigues

CHUC.

Introdução: A Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF) tem um papel importante na insuficiência respiratória (IR) aguda através de vários mecanismos fisiopatológicos, como a humidificação do ar inalado; o washout com diminuição do espaço morto; e a pressão positiva na via aérea que recruta áreas atelectasiadas. Melhora as trocas gasosas e reduz o nível de esforço para a respiração. Contudo, o efeito do ONAF como terapêutica crónica ainda é pouco conhecido e alvo de investigação. Surge como um recurso valioso para os doentes com patologia respiratória crónica e IR grave, a frequentar Programa de Reabilitação Respiratória (PRR), limitados por dispneia mesmo sob débitos de O₂ gasoso máximos, com melhoria da perceção de dispneia e fadiga. A propósito do tema apresentamos 2 casos clínicos, de doentes incluídos em PRR onde o ONAF teve papel importante na estabilização e melhoria clínica.

Casos clínicos: Caso 1. Mulher de 70 anos, com asma e bronquiectasias pós-infecciosas, colonizada com *Pseudomonas aeruginosa*, com múltiplos internamentos por bronquiectasias infetadas e IR hipercápnica crónica agudizada. Após várias tentativas, conseguiu-se a estabilidade da sua IR com terapêutica crónica com colistimetato de sódio, BiPAP + O₂ noturno e ONAF diurno. Orientada para PRR, com realização de técnicas de cinesioterapia, com melhoria significativa da dispneia, com redução do volume de expetoração e com melhoria gasimétrica. Desde então sem novos internamentos e com aumento significativo da qualidade de vida. Caso 2. Homem de 70 anos, com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e enfisema extenso, com queixas de dispneia para pequenos esforços, sob oxigenoterapia de longa duração e oxigenoterapia de deambulação. Iniciou PRR com treino de recondicionamento ao esforço sob ONAF, por intolerância sob O₂ convencional. Foi apresentando gradualmente aumento da tolerância às sessões de treino e esforço, inicialmente sob ONAF, e mais tarde com transição para O₂ gasoso com sucesso, que mantém, com melhoria gasimétrica e redução do débito de O₂.

Discussão: O ONAF tem surgido como uma opção terapêutica inovadora e segura para doentes com IR aguda e crónica de difícil correção, com melhoria na capacidade funcional, tolerância ao treino de exercício e na qualidade de vida dos doentes, podendo ser ponderado como adjuvante nos PRR.

Palavras-chave: Oxigenoterapia de alto fluxo. Reabilitação respiratória. Insuficiência respiratória crónica.

P167. DA CAVIDADE ORAL À PLEURA: UM DERRAME PLEURAL MALIGNO DE ETIOLOGIA INCOMUM

A.I. Santos, C. Cortesão, P.G. Ferreira

CHUC.

Introdução: A toracoscopia médica é uma técnica de elevada rentabilidade e segurança, constituindo o gold standard no estudo da patologia pleural em situações em que a análise do líquido pleural (LP) não é diagnóstica. Permite visualização direta da pleura, realização de biópsias pleurais, evacuação completa do LP, remoção de adesões e realização de pleurodesis. O carcinoma epidermóide da cavidade oral é a sexta causa mais comum de cancro em todo o mundo. A metastização à distância tem um papel fulcral na abordagem, sendo a pleura um local de metastização claramente atípico.

Caso clínico: Mulher de 82 anos, previamente independente, que recorreu à urgência por dispneia, perda ponderal, otalgia, cefaleia temporal direita e tumoração submandibular direita com um mês de evolução. As análises mostravam anemia (Hb 10,2 g/dL), sem elevação de parâmetros inflamatórios e com insuficiência respiratória hipoxémica. A radiografia de tórax revelava DP bilateral, de moderado volume à direita e ligeiro à esquerda. O LP era exsudativo linfocitário, com estudo microbiológico negativo e citopatologia negativa para células malignas. A TC torácica identificou uma massa tumoral com 53 mm da base da hemilíngua direita com invasão da mandíbula direita, volumoso DP direito e pequeno à esquerda, e múltiplos nódulos pleurais traduzindo metastização. A doente foi submetida a toracoscopia médica semi-flexível com visualização de extenso padrão de implantes nodulares, pontualmente de aspeto “cerebriforme”, ao nível dos 2/3 inferiores de ambas as pleuras. A análise histopatológica das biópsias pleurais torascópicas evidenciou envolvimento pleural metastático por carcinoma epidermóide não queratinizante da cavidade oral. A biópsia da orofaringe revelou carcinoma epidermóide da orofaringe, p16 negativo. A doente teve alta orientada para a consulta de Oncologia Médica, apenas com indicação para terapêutica de suporte paliativo dada a deterioração rápida do seu estado geral, tendo falecido 20 dias após a alta.

Discussão: A presença de metastização pleural na neoplasia de cabeça e pescoço é um indicador de muito mau prognóstico e, no caso particular de carcinoma da cavidade oral, é uma ocorrência assinalavelmente incomum. A toracoscopia médica é uma ferramenta preponderante para a clarificação diagnóstica e terapêutica do DP maligno.

Palavras-chave: *Toracoscopia médica. Derrame pleural. Carcinoma da orofaringe.*

P168. TUMOR CARCINÓIDE ATÍPICO: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 10 ANOS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

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

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de Egas Moniz.

Introdução: Os tumores neuroendócrinos pulmonares representam um espectro morfológico de tumores desde o tumor carcinóide típico bem diferenciado, ao tumor carcinóide atípico de grau intermediário, aos carcinomas neuroendócrinos de alto grau, compostos pelo carcinoma de células pequenas e carcinoma grandes células. Os tumores carcinóides correspondem a 1-2% das neoplasias do pulmão, sendo os atípicos mais raros e com maior tendência para metastização, apresentando um pior prognóstico.

Objetivos e métodos: O objetivo deste trabalho é caracterizar os doentes com o diagnóstico de tumor carcinóide atípico e sua evolução. Trata-se de uma análise retrospectiva de pacientes diagnosticados nos últimos dez anos e com seguimento em consulta de Pneumologia Oncológica no Hospital de Egas Moniz. Os dados foram obtidos a partir dos processos clínicos.

Resultados: Ao longo dos últimos dez anos, seis pacientes foram diagnosticados com tumor carcinóide atípico, maioria do sexo masculino (67%), com uma idade média à data de diagnóstico de 65 anos (mínima 23, máxima 81 anos). Relativamente aos hábitos tabágicos, a maioria era não fumadora (67%), os restantes (33%) ex-fumadores. 83% dos tumores localizavam-se no pulmão direito. Quanto ao estadiamento inicial, 50% (n = 3) encontravam-se em estadio IV, 33% (n = 2) em estadio I e 17% (n = 1) em estadio II. O principal local de metastização foi o fígado (67%), verificando-se também metastização para o sistema nervoso central (33%) e glândulas supra-renais (33%). Relativamente ao tratamento, os doentes em estadio I e II foram submetidos a cirurgia; dos doentes em estadio IV, 67% foram submetidos a cirurgia seguida de quimioterapia adjuvante, enquanto que 33% realizou quimioterapia e radioterapia (sistema nervoso central). Em termos de prognóstico, doentes em estadio I e II, após cirurgia, não apresentaram recidiva e encontram-se em vigilância; doentes no estadio IV progrediram sob quimioterapia, acabando por falecer, apresentando uma sobrevida média de 25 meses.

Conclusões: Nesta análise verificou-se que os tumores carcinóides atípicos são uma entidade pouco prevalente. Quando diagnosticados em estadios iniciais e submetidos a tratamento cirúrgico, verificou-se bom prognóstico, por sua vez, em estádios avançados apresentaram um mau prognóstico, com fraca resposta ao tratamento.

Palavras-chave: *Tumores neuroendócrinos. Tumores carcinóides atípicos.*

P169. DISFONIA - UM SINTOMA RARO DE HIPERTENSÃO PULMONAR

M.M. Castro, D. Ferreira, A. Oliveira, D. Ferreira, T. Shiang

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A hipertensão pulmonar do grupo 1 é uma patologia rara que necessita de um elevado grau de suspeição para o seu diagnóstico.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 41 anos, não fumadora e sem antecedentes patológicos pessoais e familiares de relevo. Gravidez de termo, sem intercorrências. Após o parto iniciou clínica de dispneia com o esforço, associada a palpitações e tonturas. Realizados exames complementares de diagnóstico nomeadamente estudo analítico, eletrocardiograma, ecocardiograma e angio-TAC de tórax que revelaram apenas aumento do diâmetro da artéria pulmonar (37 mm), sem outras alterações. Nos 8 meses subsequentes apresentou agravamento progressivo dos sintomas previamente mencionados e aparecimento de disfonia *de novo*. Foi avaliada por ORL que constatou parésia da corda vocal esquerda. Perante o agravamento clínico, submetida novamente a exames complementares de diagnóstico que revelaram: estudo funcional respiratório com difusão do CO no limite inferior ao normal; TAC de tórax com aumento do diâmetro da artéria pulmonar (43 mm) e sem alterações parenquimatosas, ecocardiograma com dilatação das câmaras cardíacas direitas, aplanamento do septo interventricular e PSAP 65-70 mmHg e cintigrafia de ventilação/perfusão sem sinais sugestivos de TEP. Perante os achados e dada a elevada probabilidade de Hipertensão Pulmonar, avançou-se para o cateterismo cardíaco que demonstrou: pressão artéria pulmonar média (PAPm) de 32 mmHg, resistência vascular pulmonar superior a 2WU e pressão de enclavamento da artéria pulmonar de 8 mmHg. Realizado teste de vaso-reatividade que se revelou positivo (PAPm após teste de 21 mmHg, sem alteração do débito cardíaco). Perante os resultados foi assumido o diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar idiopática com resposta positiva no teste de vasoreatividade. Iniciou-se tratamento com a amlodipina com titulação de dose conforme tolerância com melhoria clínica e hemodinâmica.

Discussão: Este caso pretende salientar a dificuldade diagnóstica devido à sintomatologia inespecífica e um sintoma raro e normal-

mente de aparecimento tardio - a disfonia provocada pela compressão do nervo laríngeo recorrente pela artéria pulmonar dilatada.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar. Disfonia. Teste de vasorreatividade.

P170. VIH COMO CAUSA DE HIPERTENSÃO PULMONAR

M.M. Castro, D. Ferreira, A. Oliveira, D. Ferreira, T. Shiang

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho.

Introdução: A hipertensão pulmonar é um problema de saúde global que afeta todas as idades. A doença cardíaca esquerda e as doenças pulmonares são as causas mais comuns. As outras etiologias são mais raras.

Caso clínico: Mulher de 46 anos, ex-fumadora (16 UMA). Antecedentes de tuberculose ganglionar e infeção VIH diagnosticada em 2007. Seguida em consulta de infeciologia até 2018, altura em que abandonou o tratamento e seguimento. Em Outubro de 2022, por clínica de dispneia para o esforço e edemas dos membros inferiores recorreu ao serviço de urgência tendo iniciado novamente seguimento hospitalar. Em janeiro de 2023, reiniciou tratamento antirretroviral e por manutenção de queixas de dispneia para esforço (sem insuficiência respiratória) e hipotransparências difusas na radiografia do tórax foi assumida pneumocistose e iniciado tratamento. Em Fevereiro por agravamento da dispneia para esforços cada vez menores associada a ortopneia e edemas dos membros inferiores recorreu ao serviço de urgência. Ao exame objetivo, apresentava-se polipneica com SpO₂ de 92% e com edemas periféricos até ao joelho com Godet +. Do estudo realizado a destacar: estudo analítico com proBNP 4248 e sem outras alterações, raio-x do tórax com apagamento de seio costofrenico direito, gasimetria com hipoxemia de novo e ecocardiograma que revelou dilatação das câmaras cardíacas direitas e sinais de hipertensão pulmonar. Optou-se por internamento para estabilização clínica e estudo de provável HT pulmonar. Realizado cateterismo cardíaco que revelou pressão da artéria pulmonar média de 41 mmHg, pressão de enclavamento da artéria pulmonar de 3 mmHg e resistência vascular pulmonar superior a 2 WU. Do estudo etiológico da HT pulmonar excluída doença cardíaca esquerda, causa tromboembólica, doença pulmonar e doença auto-imune. Perante o estudo, assumido diagnóstico de hipertensão pulmonar em provável contexto de VIH. À data de alta orientada para consulta para posterior início de terapêutica específica.

Discussão: Este caso clínico pretende salientar uma etiologia rara de hipertensão pulmonar, o VIH, e salientar a importância do diagnóstico etiológico pela existência de terapêutica específica.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar. VIH.

P171. PNEUMONIA GRAVE POR VARICELLA ZOSTER EM ADULTO - UM CASO DE SUPERAÇÃO

M. Barrigas, C. Coelho, A. Ribeiro, R. Magalhães, C. Ribeiro, M. Alves, M. Rodriguez, F. Salvador

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

Introdução: A Varicella Zoster (VZV) é um vírus altamente contagioso. Ocorre apenas em 2% dos adultos, mas muitas vezes a sua apresentação é severa. Tem risco acrescido em doentes imunocomprometidos. A identificação clínica precoce e a instituição de tratamento nas primeiras 48 horas é fulcral para evitar a progressão para falência respiratória.

Caso clínico: Este é um caso de um homem de 67 anos com antecedentes de sarcoidose pulmonar e ganglionar grau IV e Diabetes Mellitus tipo 2. Medicado com prednisolona e azatioprina. Recorreu ao serviço de urgência por exantema vesicular generalizado

que foi precedido em dois dias por sintomas de epigastrias, tosse e febre. À observação com lesões em diferentes fases de evolução, de distribuição centrífuga poupando plantas e palmas das mãos. Objetivamente com insuficiência respiratória tipo 1 e TA 109/72 mmHg. Analiticamente com linfopenia 1.680 uL, trombocitopenia 103.000 uL e citólise hepática AST 110 uL, ALT 136 uL, GGT 95 uL. TC Tórax com hepatomegália, derrame pleural bilateral e áreas de vidro despolido de predomínio dos lobos inferiores. Foi colocada a hipótese de Pneumonia e Hepatite por VZV. Foi internado no serviço de medicina interna e iniciou aciclovir e prednisolona. Excluíram-se outros diagnósticos diferenciados como infeção por HIV, HBC, HBV, CMV, HHV-6, Sífilis e tuberculose. A pesquisa de DNA VZV foi positiva. Ao D3 de internamento houve agravamento do exantema, da insuficiência respiratória rácios pO₂/Fio₂ 102 e hipotensão severa, pelo que foi transferido para unidade de nível III. Aqui iniciou ONAF a 60% e suporte vasopressor com noradrenalina. Ao D8 com regressão parcial do exantema, melhoria radiológica do infiltrado pulmonar e melhoria das trocas gasosas. Ao D10 foi transferido para o internamento de Pneumologia. Teve alta após 19 dias com aumento da corticoterapia para domicílio, suspensão da azatioprina e indicação para cinesioterapia respiratória. O caso descrito é ilustrativo de um exemplo raro de sucesso terapêutico num doente imunocomprometido. Merece a nossa atenção que foi o reconhecimento da patologia e a instituição precoce do aciclovir que alterou o percurso de vida do doente.

Discussão: O risco de doença grave por VZV não é desprezável e doentes com estas características devem ser candidatos a vacinação como forma de prevenção de complicações futuras associadas à infeção.

Palavras-chave: Varicela. Pneumonia. Hepatite.

P172. IMPACTO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DO TESTE GENÉTICO NAS DOENÇAS PULMONARES FIBRÓTICAS

A.P. Craveiro, C. Giesta, F. Canedo, P.C. Mota, A. Morais, N. Melo, H. Novais e Bastos, A. Terras Alexandre, C. Souto Moura, S. Guimarães, A. Carvalho, J. Pinto, A. Grangeia

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Introdução: Predisposição genética para doença pulmonar fibrótica (DPF) foi atestada pela deteção de variantes patogénicas, nomeadamente em genes dos telómeros e surfactante, e pela maior prevalência de doença entre familiares. Diagnóstico atempado de Fibrose Pulmonar Familiar (FPF) influencia tratamento e prognóstico.

Casos clínicos: 1. Mulher, 54 anos, não-fumadora, lojista, com exposição ocupacional a fungos, e irmã falecida por exacerbação de Pneumonia de Hipersensibilidade fibrótica (PHF), encaminhada a consulta de Doenças Pulmonares Difusas (DPD), por clínica de tosse e dispneia de esforço e alterações em tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) do tórax sugestivas de DPF. Provas de Função Respiratória (PFR) com défice de DLCO, auto-imunidade (AI) negativa, Lavado broncoalveolar com neutrofilia e eosinofilia e criobiópsia pulmonar transbrônquica compatível com PHF. Iniciou corticoterapia e Micofenolato de Mofetil, mas teve progressão clínica e radiológica. Dado contexto familiar, foi referenciada a consulta de Genética e realizou painel multigénico baseado em sequenciação de nova geração para DPF, encontrando-se variante provavelmente patogénica em heterozigotia no gene TERT. Abordagem terapêutica posterior com desmame de imunossupressão, introdução de antifibrótico (Nintedanib) e orientação para reabilitação respiratória e consulta de Transplante pulmonar (atualmente em lista ativa). 2. Mulher, 64 anos, não-fumadora, expeditora em padaria industrial e irmã da doente já descrita. Referenciada a consulta de Genética e DPD no âmbito do protocolo de FPF. Clínica de tosse seca com 3 anos.

TCAR-tórax com padrão UIP provável. PFR com diminuição moderada da DLCO e estudo AI negativo. Objetivamente, com madeira de cabelo branco(existente desde os seus 20 anos) e crepitações bibasais à auscultação pulmonar. Estudo genético com identificação da mesma variante que a irmã (em heterozigotia no gene TERT). Perante diagnóstico estabelecido de FPF, não fez investigação histológica e foi iniciado antifibrótico (Pirfenidona). Por enquanto, doente com estabilidade, mas recusou transplante pulmonar.

Discussão: Os casos clínicos apresentados remetem para uma situação de FPF causada por disfunção do gene TERT, evidenciando-se a heterogeneidade fenotípica destas formas de DPF, a distinta marcha diagnóstica, o caráter multidisciplinar e a importância do estudo genético.

Palavras-chave: *Fibrose pulmonar familiar. Variabilidade clínico-imagiologia-histológica. Estudo genético.*

P173. ENFISEMA PULMONAR: IMPACTO CLÍNICO E FUNCIONAL RESPIRATÓRIO

A.R. Afonso, B. Conde, S. Pipa, A.C. Pimenta, L. Nascimento, A.I. Loureiro

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

Introdução: O enfisema consiste na destruição do tecido alveolar decorrente de anos de exposição ao tabaco ou outros poluentes, infeções respiratórias ou determinados fatores genéticos. O presente trabalho tem como objetivo avaliar a associação entre as características do enfisema e parâmetros clínicos e funcionais.

Métodos: Foram analisados retrospectivamente processos clínicos de doentes com evidência imagiológica de enfisema avaliados em consulta de pneumologia durante 1 ano (março 2022 a fevereiro 2023) e recolhidos dados demográficos, clínicos, imagiológicos e funcionais.

Resultados: Foi obtido um total de 90 doentes, com média de idades de $67,32 \pm 14,26$ anos, maioritariamente do sexo masculino (73,3%; n = 66), com enfisema de grau moderado/severo em 62,2% dos casos (n = 56), maioritariamente do tipo centrilobular (81,1%; n = 73) e em 52,2% de predomínio nos lobos superiores (n = 47). Foi possível demonstrar uma associação estatisticamente significativa entre uma maior severidade do enfisema e o género masculino (p = 0,004), história tabágica pregressa ou atual (p < 0,001), presença de FEV1/FVC < 0,7 (p < 0,001), necessidade de oxigenoterapia (p = 0,044) e degrau terapêutico superior (p = 0,001). A severidade imagiológica relacionou-se ainda com menores valores de FEV1, FEV1/FVC, DLCO e KCO, presença de air trapping e obstrução das pequenas vias aéreas e evidência de dessaturação na PM6M. Relativamente à distribuição do enfisema, a predominância nos lobos inferiores revelou uma associação com idade inferior (p = 0,011), ausência de antecedentes tabágicos (p = 0,027), défice de alfa-1-antitripsina (p < 0,001), dispneia mais severa (p = 0,036), diminuição na capacidade de exercício (p = 0,029) e enfisema predominantemente não centrilobular (p = 0,014). Por outro lado, os doentes com padrão de distribuição do enfisema homogêneo apresentaram valores inferiores de DLCO (p = 0,009). O enfisema do tipo centrilobular apresentou-se associado a maior idade e predomínio nos lobos superiores.

Conclusões: Concluímos que a severidade do enfisema se associa de forma estatisticamente significativa à gravidade clínica e funcional respiratória. Embora os dados obtidos não demonstrem a influência do tipo e distribuição do enfisema em parâmetros como o FEV1 e a DLCO, a sua associação a outros indicadores clínicos e funcionais salvaguardam a relevância da avaliação do padrão imagiológico do enfisema.

Palavras-chave: *Enfisema pulmonar. Provas funcionais respiratórias. Tomografia computadorizada.*

P174. FATORES ASSOCIADOS A SUCESSO DIAGNÓSTICO EM BIÓPSIA PULMONAR TRANSTORÁCICA: 12 MESES EM RETROSPECTIVA

A.R. Afonso, M. Conde, A.C. Pimenta, S. Pipa, L. Nascimento, A.I. Loureiro, R. Ramos, C. Oliveira

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

Introdução: A biópsia pulmonar transtorácica (BPTT) é um método amplamente utilizado para obter o diagnóstico histológico em lesões pulmonares. Este trabalho tem como objetivo determinar a sua acuidade diagnóstica e identificar potenciais fatores associados ao sucesso diagnóstico.

Métodos: Foram analisados retrospectivamente todos os procedimentos de BPTTs realizados num hospital central entre outubro 2021 e setembro 2022; foram recolhidos dados clínicos, imagiológicos e demográficos e efetuada análise estatística com auxílio do programa SPSS.

Resultados: Obtivemos uma amostra de 157 exames, a maioria realizada em doentes do sexo masculino (67,5%, n = 106), com média de idades de 67.8 ± 0.1 anos (32-93 anos). O motivo mais frequente para a realização do procedimento foi a presença de nódulos pulmonares em estudo/suspeita de neoplasia pulmonar (n = 125; 79,6%). A BPTT permitiu a obtenção de diagnóstico em 70,7% dos casos (n = 111). A abordagem de lesões > 20 mm demonstrou associação estatisticamente significativa com obtenção de diagnóstico (p = 0,003). Não foi demonstrada relação entre as características imagiológicas da lesão - sólida (p = 0,430), subsólida (p = 0,857) ou vidro despolido (p = 0,248) - com a acuidade diagnóstica. Igualmente, a localização mais periférica/subpleural (p = 0,408), tipo de técnica (coaxial guiada por TC ou fluoroscopia) (p = 0,489) e número de punções ≥ 2 (p = 0,056) não demonstraram associação com o sucesso na obtenção de diagnóstico. A maioria das amostras revelaram etiologia neoplásica das lesões (n = 91,58%), 39,5% de primário pulmonar (n = 62), 15,9% metastáticas (n = 25) e 2,5% doença linfoproliferativa (n = 4).

Conclusões: Esta técnica diagnóstica apresentou boa rentabilidade, com 70,7% de acuidade diagnóstica. Como descrito na literatura, o sucesso desta técnica surge associado de forma estatisticamente significativa a lesões de maior tamanho (> 20 mm), não tendo sido identificados outros preditores de sucesso diagnóstico.

Palavras-chave: *Biópsia pulmonar transtorácica. Lesões pulmonares. Tomografia computadorizada. Diagnóstico.*

P175. TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DA PLEURA: UMA ENTIDADE POR VEZES IMPREVISÍVEL

C. Pimentel, J. Miranda, A. Sanches, A. Ribeiro, A. Barroso

Centro Hospitalar de Leiria.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino de 63 anos, não fumadora e sem antecedentes pessoais de relevo, que foi avaliada em consulta de Pneumologia em 2012 por derrame pleural em contexto pós-infeccioso, com resolução completa e sem alterações suspeitas em TC Tórax após resolução do quadro. Em 2020, por queixas de dispneia e toracalgia foi realizada no exterior um TC do tórax que objetivou uma massa com 190 mm, heterogênea, que ocupava 2/3 do hemitórax esquerdo. Foi realizada biópsia transtorácica (BTT) da lesão suspeita, tendo sido diagnosticado tumor fibroso solitário da pleura (TFSP). A doente foi então orientada para consulta de Pneumologia e Cirurgia Torácica, tendo sido submetida a exérese cirúrgica da lesão em abril de 2021, sendo a histologia da peça cirúrgica compatível com TFSP com risco intermédio/alto de metastização, e com margens cirúrgicas livres de estruturas tumorais. Em decisão de grupo multidisciplinar optou-se por manter vigilância imagiológica. Em TC de dezembro/2021 apresentou um nódulo de 9 mm junto ao ângu-

lo costofrénico esquerdo, tendo sido decidido em grupo reavaliação imagiológica em 2 meses, apresentando 10 mm nesta data. Foi submetida a BTT, com identificação de recidiva de TFSP e proposta novamente para exérese cirúrgica, que a doente decidiu protelar. Em TC de agosto/2022, apresentava lesão com 22 mm com suspeita de implantes diafragmáticos, pleura parietal e visceral. Em setembro/2022, atendendo à raridade do caso, foi decidido referenciar a doente para um centro com maior casuística, tendo sido operada em janeiro/2023, com confirmação de implantes nas localizações descritas na TC. A doente mantém-se em seguimento e aguarda PET-TC.

Discussão: Apesar dos TSF se apresentarem maioritariamente de forma insidiosa e com comportamento benigno, até 10-25% podem assumir comportamento maligno com invasão das estruturas adjacentes, recidiva após ressecção ou metastização à distância. A caracterização do comportamento do TFSP é um desafio, tendo sido reportadas características histológicas com maior associação ao risco de malignidade. Dado o seu comportamento por vezes imprevisível, é imprescindível manter vigilância após intervenção cirúrgica, não estando, no entanto, estabelecido o timing ideal desta monitorização.

Palavras-chave: Tumor fibroso solitário da pleura. Recidiva. Cirurgia torácica. Anatomia patológica.

P176. ATIVIDADE FÍSICA NO DOENTE COM DÉFICE DE ALFA-1 ANTITRIPSINA

A. Dias, C. Rodrigues, F. Costa, P. Lopes, A. Carvalho, A. Albuquerque

CHUC.

Introdução: A deficiência de alfa-1 antitripsina é uma doença genética frequente na população europeia. A nível pulmonar, verifica-se uma degradação da matriz extracelular do trato respiratório e parênquima pulmonar. Muitos desenvolvem enfisema pulmonar, com dispneia, tosse e cansaço. O objetivo do trabalho é avaliar o impacto do défice de alfa 1AT na sintomatologia e nível de atividade física do doente, e a sua relação.

Métodos: No período de maio a agosto de 2023, 25 doentes cumpriram terapêutica de reposição de alfa 1 antitripsina no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Destes, foram incluídos 23 doentes, 17 homens e 6 mulheres, a quem foi solicitado que usassem um podómetro durante 7 dias e que respondessem aos questionários CAT (COPD Assessment Test), MRC (Medical Research Council dyspnea questionnaire), IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), St George Respiratory Questionnaire e HADs (Hospital Anxiety and Depression). Tinham idades compreendidas entre 51 e 78 anos e um IMC médio de 23,4 kg/m².

Resultados: Relativamente à função pulmonar, apresentavam FEV1 médio de 48%. A razão FEV1/FVC média era de 40% e a DLCO média de 43%. Quanto à noção de dispneia, avaliada pela escala de MRC, 4% apresentaram dispneia grau 1, 35% grau 2, 26% grau 3, 31% grau 4, e 4% grau 5. Apresentavam CAT médio de 20, com um mínimo de 6. Na avaliação pelo IPAQ, 9 foram considerados ativos, 6 minimamente ativos e 8 inativos. Com o podómetro, os doentes andaram uma média de 19.651 passos, mínimo de 255 e máximo de 51.892. Verificou uma relação estatisticamente significativa entre o número de passos e a avaliação MRC, CAT e o St George. O IPAQ apenas se correlacionou com o MRC, não tendo relação estatisticamente significativa com os resultados do St George ou CAT. Não se verificou relação entre o número de passos e o HADs.

Conclusões: A deficiência de alfa-1 antitripsina grave, com necessidade de terapêutica de reposição, é uma doença que condiciona o nível de atividade física destes doentes. A avaliação com os questionários CAT, MRC, IPAQ e St George teve uma boa correlação com a atividade verificada com os podómetros, pelo que devem ser utilizados para avaliação da atividade física nestes doentes, de forma

a poder orientá-los de acordo com os resultados, nomeadamente para programas de reabilitação respiratória.

Palavras-chave: Alfa-1-antitripsina. Atividade física.

P177. O DIAGNÓSTICO DE UMA DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR RARA NA IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL

A.S. Gonçalves, J. Carvalho, C. Sousa, P. Mendes, V. Teixeira

Hospital Central do Funchal.

Introdução: A Imunodeficiência Comum Variável (IDCV) é uma imunodeficiência primária caracterizada por uma hipogamaglobulinemia de imunoglobulina G (IgG) e concomitantemente de IgM ou IgA ou ambas. Várias manifestações pulmonares estão associadas a esta identidade, aumentando a taxa de morbimortalidade nestes doentes.

Caso clínico: Descreve-se um caso de uma utente do sexo feminino de 63 anos, não fumadora, com diagnósticos prévios de Obesidade, Depressão e IDCV, sob terapêutica com imunoglobulina subcutânea desde 2003. Foi submetida a esplenectomia em 2008, com diagnóstico anátomo-patológico de hiperplasia linfóide folicular. Sem história de exposição ambiental relevante. Apresentou infeção a SARS-CoV-2 em Março de 2022. Desde então, manteve quadro de dispneia para pequenos esforços. A telerradiografia torácica demonstrava infiltrado difuso bilateral e a tomografia computadorizada (TC) torácica evidenciava “fibrose intersticial bilateral, de predomínio subpleural nos lobos superiores, bem como área de densificação nos lobos médio e superior direito, com bronquiectasias e múltiplas nodularidades subpleurais”. Posteriormente, foi realizado estudo de autoimunidade que se revelou negativo e a utente foi submetida a Broncofibroscopia com Lavado Broncoalveolar, com a seguinte contagem celular (n = 1.600): linfócitos 17%, neutrófilos 36%, macrófagos 20%, células epiteliais 27% e relação CD4/CD8 de 1.3. O caso foi discutido em Reunião Multidisciplinar de Doenças do Interstício (RMD) e foi sugerida biópsia pulmonar cirúrgica por videotoracoscopia. A biópsia excisional de fragmentos dos lobos superior e inferior direitos revelou “abundante infiltrado inflamatório linfocítico e granulomas”. O caso foi novamente discutido em RMD e foi assumido o diagnóstico de Granulomatous Lymphocytic Interstitial Lung Disease (GLILD). Foi iniciada corticoterapia oral e mantém seguimento em consulta de Pneumologia, com introdução de Oxigenioterapia de Longa Duração, 2 l/min, por insuficiência respiratória tipo 1 (PaO₂ 54.5 mmHg).

Discussão: A GLILD ocorre em, aproximadamente, 5-20% dos doentes com IDCV. A corticoterapia é considerada a terapêutica de primeira linha, contudo ainda não está definido um tratamento gold-standard. Outras abordagens de sucesso estão descritas com a combinação de rituximab e azatioprina ou micofenolato de mofetil.

Palavras-chave: IDCV. GLILD. Videotoracoscopia.

P178. SÍNDROME FEBRIL INDETERMINADO? UMA PNEUMONIA EOSINOFÍLICA MASCARADA

A.S. Gonçalves, J. Carvalho, P. Mendes, C. Mendonça, V. Teixeira

Hospital Central do Funchal.

Introdução: A pneumonia eosinofílica pode manifestar-se de forma aguda (secundária a exposição de toxinas), crónica (idiopática e associada a história de atopia ou asma) ou sob infiltrados transitórios (Síndrome de Löffler).

Caso clínico: Descreve-se o caso de uma utente do sexo feminino de 35 anos, não fumadora, com diagnóstico prévio de rinite alérgica.

gica e antecedentes familiares de asma. Recorreu ao serviço de urgência por tosse produtiva, dor no lado direito e artralgias com uma semana de evolução. Medicada previamente com amoxicilina/ácido clavulânico, sem melhoria. Não apresentava insuficiência respiratória e analiticamente a realçar leucocitose, neutrofilia, eosinofilia $1.100/\text{mm}^3$, proteína C reativa 272 mg/L e D-dímeros 871 $\mu\text{g}/\text{dL}$. A tomografia computadorizada (TC) torácica excluiu tromboembolismo pulmonar e evidenciava derrame pleural bilateral de pequeno volume. Internada por pneumonia e cumpriu ciclo de sete dias de Piperacilina/Tazobactam. Por início de febre, introduziu-se corticoterapia endovenosa e foi escalada antibiótica empírica para Meropenem e Linezolid. As hemoculturas e estudo de auto-imunidade revelaram-se negativos. Após suspensão de corticoterapia, reiniciou febre que reverteu após introdução de naproxeno. Foi efetuada Broncofibroscopia com Lavado Broncoalveolar, sem eosinofilia e microbiologia de secreções brônquicas negativa. Por IgM inconclusiva para *Rickettsia conorii*, iniciou doxiciclina durante sete dias. As restantes serologias e exame parasitológico das fezes foram negativos e a utente teve alta com estabilidade clínica. Passados dois meses, foi novamente internada por persistência dos sintomas, com agravamento da eosinofilia, $2.100/\text{mm}^3$, e imagiológico com exuberante infiltrado intersticial no lobo superior direito. Procedeu-se a biópsia aspirativa transtorácica guiada por TC que revelou parênquima com infiltrado inflamatório rico em eosinófilos. Foi considerado o diagnóstico de pneumonia eosinofílica crónica, tendo sido iniciada corticoterapia oral, com franca melhoria clínica, analítica e imagiológica.

Discussão: A eosinofilia periférica apresenta uma vasta etiologia. O diagnóstico de pneumonia eosinofílica crónica é baseado em critérios clínicos, analíticos e imagiológicos. Este caso revelou-se desafiante, devido à necessidade de obtenção definitiva do diagnóstico por exame histológico.

Palavras-chave: *Pneumonia. Eosinofilia. Biópsia transtorácica.*

P179. DOIS NÓDULOS, DOIS DIAGNÓSTICOS DISTINTOS

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

Centro Hospitalar De Lisboa Ocidental - Hospital de Egas Moniz.

Introdução: As neoplasias do pulmão primárias múltiplas correspondem a duas ou mais neoplasias distintas. Quando diagnosticadas simultaneamente são consideradas síncronas, com uma incidência de 0,5-2%.

Caso clínico: Homem, 81 anos, autónomo, ex-fumador (8 UMA), com história de HTA, adenocarcinoma da próstata, melanoma e linfoma não Hodgkin. Doente sem queixas de relevo e sem alterações ao exame objetivo, com seguimento prévio em consulta de Medicina Interna, onde se detetou elevação do marcador tumoral CEA ($14,3 > 17,9 \text{ U/ml}$) prosseguindo estudo etiológico. Realizou tomografia computadorizada (TC) tóraco-abdomino-pélvica destacando-se “nódulo irregular, heterogéneo no segmento anterior do lobo superior direito (LSD) com $3,7 \times 2,2 \text{ cm}$, sugestivo de neoplasia primária e nódulo bem delimitado no LSD com $1,6 \text{ cm}$, sugerindo metastização”. Foi encaminhado para consulta de Pneumologia Oncológica para avaliação e orientação. Para completar estadiamento realizou PET-TC “nódulo maior do LSD sugestivo de malignidade (SUV 15,09), nódulo menor indeterminado (SUV 3,67), sem outra evidência de malignidade” e TC crânio-encefálica “sem metastização”. O caso foi discutido em Reunião Multidisciplinar (RMD) decidindo-se prosseguir para ressecção atípica dos nódulos pulmonares. O resultado anátomo-patológico revelou dois tumores síncronos: adenocarcinoma pT2aN0, PDL1 positivo (5-10%), deleção exão 19 gene EGFR; tumor carcinóide atípico pT1bN0. Iniciou quimioterapia adjuvante com carboplatina/pemetrexed, tendo ficado posteriormente em vigilância. Seis meses após terapêutica,

identificaram-se em TC-Tórax (TC-T) “imagens nodulares em localização pleural direita, sugestivas de depósitos secundários”. O caso foi discutido em RMD assumindo-se metastização do adenocarcinoma tendo iniciado osimertinib. Encontra-se atualmente no 11º ciclo, apresentando resposta completa à terapêutica (TC-T: “sem evidência de imagens nodulares pleurais”).

Discussão: Pretendemos destacar a importância da abordagem multidisciplinar, mas individualizada, das lesões pulmonares múltiplas e o seu diagnóstico diferencial sobretudo entre neoplasias pulmonares múltiplas e lesões metastáticas, dada a sua abordagem e prognóstico serem distintos. Ressaltar ainda a concomitância de um adenocarcinoma e um carcinóide atípico, denotando a heterogeneidade que envolve o cancro do pulmão.

Palavras-chave: *Adenocarcinoma. Tumor carcinóide atípico. Tumores síncronos.*

P180. CASO DE CAVITAÇÃO PÓS RADIOTERAPIA DE NEOPLASIA DO PULMÃO

A.R. Barreira, C. Carvalho, C. Jardim, A.R. Magalhães

CHULC - Hospital de Santa Marta.

Keywords: O tratamento de neoplasias pulmonares com recurso a radioterapia apresenta frequentemente sequelas, tais como a cavitação pulmonar. Frisa-se a importância do seguimento destas com vigilância do risco de infeções oportunistas e de possíveis recidivas neoplásicas in loco.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma paciente de 62 anos, com historial prévio de neoplasia de pequenas células pulmonar, submetida a radioterapia sobre o mediastino. Documentadas sequelas com bronquiectasias de tração e cavitação do lobo superior direito. Cerca de 10 anos após o diagnóstico, apresenta aumento das dimensões da cavitação, preenchida por lesão nodular, sugestiva de aspergiloma. Iniciou tratamento antifúngico, que cumpriu durante um ano. Contudo, nos meses subsequentes ao término do tratamento, apresentou agravamento sintomatológico com tosse produtiva, hipersudorese e perda ponderal, tendo sido internada eletivamente no serviço de Pneumologia para estudo adicional. Do estudo realizado, destaca-se imagiológicamente o aumento dimensional da cavitação previamente presente, passando a ocupar a totalidade do lobo superior direito. A broncofibroscopia flexível relata a presença de sinais indirectos de neoplasia, destacando-se a negatividade dos exames bacteriológicos, micológicos, pesquisa de antígeno de galactomannan, assim como ausência de BAAR e TAAN. Foi considerada, pelos achados endoscópicos, a possibilidade de recidiva neoplásica, justificando a realização de biópsia brônquica, cujos resultados confirmaram novo diagnóstico de carcinoma pavimentocelular.

Discussão: Perante doente com sequelas decorrentes de tratamento neoplásico com radioterapia, salienta-se a vigilância atenta das mesmas, sobretudo no que respeita à deteção precoce de infeções fúngicas e respetivo tratamento. Destaca-se a confirmação cultural destas infeções, particularmente quando os achados não são totalmente justificados pelas mesmas. Por fim, o reconhecimento atempado de possível recidiva neoplásica e a atuação em conformidade é crucial.

Palavras-chave: *Radioterapia. Cavitação. Aspergiloma.*

P181. UTILIDADE DA BRONCOSCÓPIA FLEXÍVEL NA REMOÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS

M.M. Cruz, A.F. Silva, R. Noya, A. Vale, A. Loureiro

CHTMAD.

Introdução: A presença de corpos estranhos nas vias aéreas pode ser fatal. Apesar de estes eventos serem mais frequentes em crian-

ças, também podem ocorrer em adultos. Alguns doentes são assintomáticos, o que pode levar a um diagnóstico tardio e resultar em complicações, como pneumonia e atelectasia. A sua remoção pode ser feita através de broncoscopia rígida ou flexível. Neste trabalho descrevemos os casos de dois doentes em que a remoção foi feita por broncoscopia flexível.

Caso clínico: O primeiro caso é relativo a um homem de 62 anos, fumador, com antecedentes de patologia psiquiátrica, seguido em consulta de Pneumologia por DPOC GOLD3B. Em Agosto de 2022 realiza uma TC torácica onde se visualiza possível alteração endobrônquica a nível do tronco intermediário. O doente referia apenas dispneia de esforço. Foi pedida broncofibroscopia, onde se observou a presença de um corpo estranho triangular e de aparente consistência pétrea a nível do tronco intermediário, que foi removido com pinça de biópsia, com aspeto macroscópico compatível com osso. O segundo caso refere-se a um doente do género masculino, de 70 anos, seguido em consulta de Cirurgia Geral por carcinoma epidermóide invasor do esófago (entre 20 a 29 cm da arcada dentária) diagnosticado em Novembro de 2022, tendo sido requisitada broncoscopia para estadiamento. O doente referia disfagia com cerca de 3 meses de evolução. Na broncoscopia visualizou-se a presença de um corpo estranho na extremidade distal do tronco intermediário, esbranquiçado e recoberto por material fibrinóide, que foi retirado com recurso a pinça de biópsia e que parecia corresponder a um osso. Não se verificaram outras alterações endobrônquicas. O doente tinha realizado previamente uma TC toraco-abdomino-pélvica onde se observava uma estrutura radiopaca a nível do tronco intermediário/entrada para os segmentos basais e uma consolidação no lobo inferior direito.

Discussão: A broncoscopia flexível pode ser útil na remoção de corpos estranhos, tendo a vantagem de ser mais acessível, menos dispendiosa e não requerer anestesia geral ao contrário da broncoscopia rígida. Nos nossos dois casos foi possível remover os corpos estranhos com sucesso e sem complicações. Ambos os doentes apresentavam fatores de risco para aspiração, um por estar medicado com antipsicóticos e outro por disfagia.

Palavras-chave: *Broncoscopia. Corpos estranhos.*

P182. ESTENOSE TRAQUEAL (NÃO) ONCOLÓGICA

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

CHTMAD.

Introdução: As estenoses traqueais podem ter múltiplas etiologias, nomeadamente pós-intubação, trauma, infeção e neoplasia. Apesar de alguns doentes serem assintomáticos, pode ocorrer obstrução significativa da via aérea. As opções terapêuticas incluem técnicas endoscópicas (dilatação, ressecção com laser e próteses), sendo por vezes necessária cirurgia e podendo ocorrer recidivas. Muitas vezes o seu diagnóstico é tardio pela ausência de suspeição clínica.

Caso clínico: Doente de 50 anos, género feminino, não fumadora. Antecedentes de adenoamigdalectomia complicada com abscesso cervical aos 28 anos. Referenciada à consulta de Pneumologia em Março de 2022 por queixas de dispneia de esforço de agravamento progressivo com um ano de evolução e ortopneia, tosse e pieira com anos de evolução com agravamento recente e disfagia. Realizou TC cervical que revelou formação expansiva na laringe subglótica com extensão traqueal, com extensão de 30 mm, tendo sido referenciada à consulta de pneumologia oncológica. Na consulta a doente foi encaminhada ao SU de ORL. Realizada nasofibroscopia com descrição de sinéquia na região infra-glótica com extensão traqueal, com aparente início na face inferior da corda vocal esquerda. Posteriormente realizou broncofibroscopia, observando-se estenose traqueal

complexa a nível subglótico, com extensão de 2 cm, a causar oclusão de 2/3 do lúmen traqueal. Realizada broncoscopia rígida em Junho de 2022, observando-se oclusão de 80% do lúmen traqueal e efetuada dilatação mecânica e fotocoagulação com laser, obtendo-se um diâmetro final de 50%. Após 3 meses repetiu broncofibroscopia, mantendo patência de 50% do lúmen. A doente apresentou melhoria sintomática, embora com disфонia após broncoscopia rígida, mantendo seguimento por pneumologia e otorrinolaringologia. Na última avaliação endoscópica em Maio de 2023, mantinha estabilidade da estenose.

Discussão: As estenoses traqueais representam um desafio diagnóstico, ocorrendo atrasos na sua identificação, o que acarreta enorme impacto na qualidade de vida dos doentes. Neste caso, com recurso a tratamento endoscópico, foi possível obter uma franca melhoria clínica e da qualidade de vida. Existem casos descritos de estenose faríngea pós amigdalectomia por formação de tecido cicatricial, podendo nesta doente ter-se estendido à região subglótica.

Palavras-chave: *Estenose traqueal. Massa cervical. Broncologia.*

P183. RECLUSO, VIH E TUBERCULOSE - QUANDO O SISTEMA FALHA

M. Cunha, F. Guimarães, J. Canadas, R. Armindo, M. Quaresma, R. Borrego, D. Cora, S. Estríbio, J. Carvalho, A. Alves, P. Rosa, L. Coelho

Hospital de Vila Franca de Xira.

Introdução: A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa grave que deve ser rastreada em indivíduos expostos ou com fatores de risco. Após identificação imunológica de TB latente, há indicação para tratamento em casos selecionados, nomeadamente em doentes imunodeprimidos; a gestão destes doentes é realizada nos Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP).

Caso clínico: Homem, 61 anos, fumador e ex-consumidor de drogas inaladas, recluso, com diagnóstico de infeção VIH-1 a 01/22, sob terapêutica antirretroviral. Referenciado ao CDP para exclusão de TB activa por apresentar IGRA (Interferon Gamma Release Assay) positivo a 06/22. Não realizou estudo solicitado, nem compareceu às consultas subsequentes. Trazido ao serviço de urgência a 11/22 por síncope com incontinência de esfínteres e alterações do discurso e da marcha. Referia, desde 08/22, quadro de febre e cefaleias transitórias com alterações visuais. À admissão, febril (38,0 °C), com rigidez da nuca, ataxia, pausas anóxicas e afasia de expressão. Realizou tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica, sem alterações, e punção lombar com hiperproteíno-ráquia, hipoglicorráquia e pleocitose com predomínio de mononucleares, com PCR *Mycobacterium tuberculosis* complex positiva, permitindo estabelecer o diagnóstico de meningoencefalite tuberculosa; ressonância magnética com realce T1 de C2-C3 à cauda equina compatível com hipótese diagnóstica. A destacar ainda adenomegalias mediastínicas em TC-torácica, sem evidência de envolvimento pulmonar. Iniciou corticoterapia, isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol, piridoxina e profilaxia com sulfametoxazol-trimeoprim durante o internamento. Verificou-se melhoria progressiva dos défices neurológicos, com sequelas de défice sensitivo dos membros inferiores e motor à esquerda. Teve alta após três meses de internamento, sob terapêutica de manutenção com isoniazida e rifampicina; mantém seguimento CDP, sem efeitos adversos da terapêutica antibacilar.

Discussão: O presente caso clínico pretende salientar a importância e benefícios, individuais e de saúde pública, do rastreio da Tuberculose e tratamento da infeção latente, sobretudo em populações vulneráveis, como os imunodeprimidos.

Palavras-chave: *Tuberculose. Rastreio tuberculose. Tuberculose meningea.*

P184. DIFERENTES APRESENTAÇÕES DE HÉRNIAS DIAFRAGMÁTICAS E SEU IMPACTO NA FUNÇÃO PULMONAR

S. Salgueira, M. Braz, R. Noya, A. Loureiro

Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro.

Introdução: As hérnias diafragmáticas (HD) são uma protusão anômala de um órgão/estrutura para a cavidade torácica através de um defeito no diafragma. Algumas hérnias congénitas manifestam-se nos primeiros dias de vida por um quadro de dificuldade respiratória, enquanto outras são assintomáticas ou surgem mais tarde, na vida adulta, associadas a sintomatologia gastrointestinal (GI) ou respiratória.

Casos clínicos: Caso clínico 1: homem de 64 anos, fumador, imagiologicamente com: “H. do Hiato volumosa (...) atelectasia subsegmentar compressiva do segmento interno e posterior da pirâmide basal pulmonar direita”. Sem clínica GI, com dispneia de esforço e estudo funcional respiratório (EFR) de 2020 com TLC normal e diminuição ligeira da DLCO/SB com normal DLCO/VA, sugerindo anomalia extraparenquimatosa. Foi proposto para correção cirúrgica, enquanto aguardava documentou-se diminuição da TLC, sendo intervenido em janeiro/2023. Caso clínico 2: mulher de 72 anos, seguida em consulta de Pneumologia por asma de longa evolução com obstrução grave (FEV1 38%) e insuficiência respiratória parcial sob OLD. Associadamente com H. de Morgagni, (TC 2014). Com agravamento radiológico ao longo do tempo, TC 2021 relatada como “volumosa HD anterior (...) condicionando colapso de parte do LIE”, havendo consequentemente agravamento clínico, referenciando-se para correção cirúrgica que doente recusou. Caso clínico 3: mulher de 82 anos, com carcinoma epidermóide do lábio superior IV (ganglionar, pulmonar, SNC) sob pembrolizumab, realizou TC torácica na sequência de SARS-CoV-2, por agravamento de dispneia de esforço e insuficiência respiratória parcial, revelando “H. de Bochdalek direita, associada a atelectasia subsegmentar passiva.” A doente não apresentava sintomatologia atribuível a este achado incidental, não relatado em exames prévios.

Discussão: Estes 3 casos ilustram várias formas de HD que podem ter impacto no EFR e sintomatologia respiratória. Para além da resolução da clínica GI/risco de estrangulamento, há evidência de que a correção cirúrgica da H. do hiato melhora a performance no EFR e sintomatologia respiratória. Realça-se ainda a importância do diagnóstico diferencial respiratório de doentes com HD, apesar da existência de outras comorbilidades que possam justificar o quadro.

Palavras-chave: *Hérnia do hiato. Hérnia de Morgagni. Hérnia de Bochdalek.*

P185. FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA E A INFEÇÃO POR MICOBACTÉRIA ATÍPICA

A. Dias, P. Ferreira, P. Santos, M.A. Marques

CHUC.

Introdução: A fibroelastose pleuroparenquimatosa (PPFE) é uma doença rara na qual se verifica fibrose da pleura visceral e alterações fibroelásticas do parênquima pulmonar subjacente, com predomínio nos lobos superiores.

Caso clínico: Homem de 84, recorre ao serviço de urgência por perda ponderal progressiva nos últimos meses. Negava tosse ou expectoração e apresentava dispneia de esforço grau 2. Ao exame objetivo encontrava-se eupneico com SatO2 96% em ar ambiente, emagrecido, evidenciando caquexia (IMC 18,4 kg/m²), com platitórax, sem hipocratismo digital e auscultação cardiopulmonar normal. Do historial médico salienta-se síndrome do intestino irritável e glaucoma. Nunca fumador e não apresentava exposição laboral de risco. O doente foi internado para estudo. A TC-AR relatava traqueia de calibre aumentado, ausência de adenopatias e presença de múltiplas áreas de consolidação parenquimatosa com broncograma aéreo, múltiplas bronquiectasias de tração e estrias fibróticas residuais, em ambos vértices no segmento apical do LID e no LM, condicionando espessamento irregular da pleura e verificando-se áreas de consolidação irregulares e espiculadas com base pleural e vértice hilar, identificando-se áreas de vidro despolido no LID. O estudo funcional respiratório era normal. Foram excluídas etiologias como conectivite, sem historial de radioterapia ou exposição a fármacos. Realizou broncofibroscopia que identificou tortuosidade com desvio do 1/3 distal da traqueia no sentido horário, bem como tortuosidade de todos os brônquios segmentares. O lavado broncoalveolar apresentou predomínio de macrófagos. As citologias do lavado e aspirado brônquicos identificaram raras células inflamatórias e macrófagos. Foram realizadas biopsias pulmonares transbrônquicas cuja histologia se revelou compatível com PPFE. O exame direito do aspirado brônquico foi positivo para BAAR, e posteriormente a cultura identificou infeção por *Mycobacterium abscessus massiliensis*. Realizou O doente iniciou terapêutica antibacilar e suplementação alimentar. Após 14 meses de seguimento, verificou-se melhoria do estado geral, com aumento de peso para IMC 21,7 kg/m² e estabilidade imagiológica.

Discussão: A PPFE e infeção por micobactérias cursam com diminuição de IMC, e a sua coexistência contribui para um pior prognóstico, pelo que é fundamental o estudo microbiológico nestes doentes.

Palavras-chave: *Fibroelastose pleuroparenquimatosa. Micobacteriose atípica.*