



RESUMOS

15.º Congresso de Pneumologia do Centro-Ibérico

Coimbra, 27-28 de Junho de 2024

121. UM CASO DE TOXICIDADE PULMONAR A SULFASSALAZINA

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

ULSTS.

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

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

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

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

122. LOPHOMONAS SPP - UM POTENCIAL PATOGÉNIO

M.M. Guerreiro

Hospital Egas Moniz, ULS Lisboa Ocidental.

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

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

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

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

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

123. HAMARTOMA PULMONAR - UMA LOCALIZAÇÃO RARA

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

Unidade Local de Saúde Região de Leiria.

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

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

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

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

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

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

Unidade Local de Saúde Região de Leiria.

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

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

sibilos dispersos à auscultação pulmonar. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios com vírus respiratórios e cultura de expectoração negativos. Na radiografia torácica com enfisema paratraqueal ipsilateral, sendo solicitada uma tomografia computadorizada (TC) do tórax que revelou exuberante pneumomediastino com disseção aérea dos planos supraclaviculares e cervicais. Admitiu-se o diagnóstico de asma exacerbada com pneumomediastino espontâneo e foi internado para tratamento conservador. Cumpriu antibioterapia e broncodilatação com resolução das queixas respiratórias e, ainda, oxigenoterapia com reabsorção do pneumomediastino. O segundo caso trata-se de um homem de 24 anos, asmático, admitido em SU por tosse produtiva e febre com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava polipneia e pieira, SpO₂ de 92% em ar ambiente e sibilos dispersos à auscultação pulmonar. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios, sem isolamento de agente infeccioso respiratório. Na radiografia de tórax com infiltrado intersticial bilateral, motivando a realização de TC do tórax que revelou infiltrados em vidro despolido nos lobos superior e inferior esquerdos e, ainda, pneumomediastino de pequenas dimensões. Iniciou oxigenoterapia, broncodilatação e antibioterapia e foi internado para continuação de cuidados, apresentando boa evolução clínica, analítica e imagiológica.

Discussão: O pneumomediastino espontâneo apresenta múltiplas causas, sendo a exacerbação aguda de asma a sua causa mais frequente. Geralmente, a evolução é favorável com tratamento conservador, tal como se verificou nos casos descritos. No entanto, deve alertar-se para a existência de complicações que pioram o seu prognóstico.

Palavras-chave: *Asma. Exacerbação. Pneumomediastino.*

125. INFEÇÃO PNEUMOCÓCICA EM DOENTE DE RISCO

C.A. Robalo, A.T. Reis, P. Freitas, P. Carreira, S. Marques, E. Pedroso

Hospital de São Bernardo.

Introdução: O *Streptococcus pneumoniae* é responsável pela maioria das infeções bacterianas respiratórias. Nos casos mais graves, pode evoluir para bacteriemia e meningoencefalite. Estas são raras como apresentação inicial, afetando maioritariamente indivíduos imunodeprimidos. A antibioterapia dirigida e precoce é o tratamento de eleição, podendo, ainda assim, evoluir desfavoravelmente para morte.

Caso clínico: Mulher de 52 anos, fumadora, hepatite C tratada, ex-toxicodpendente e história de adenocarcinoma pulmonar no passado. É admitida na Urgência por dispneia, cansaço a pequenos esforços e quadro de alteração do comportamento com 12h de evolução associada a cefaleia e febre. Apresentava-se hemodinamicamente estável, saturações periféricas 96% e febre quantificada em 39 °C. Ao exame neurológico com agitação psicomotora, alterações de discurso, fotofobia, sem outros achados no restante exame objetivo. Analiticamente verificou-se aumento dos parâmetros inflamatórios (leucocitose 17.000 u/L, PCR 28 mg/dL). Foi realizada tomografia computadorizada de crânio que não mostrou alterações e colhidas antigenúrias tendo sido isolado *Streptococcus pneumoniae*. Foram colhidas hemoculturas, iniciada antibioterapia com ceftriaxone e transferida para a Unidade de Cuidados Intermédios. Durante a permanência na unidade verificou-se agravamento do quadro com necessidade de ventilação não invasiva (VNI) bem como pneumonia extensa na radiografia de tórax a corroborar a evolução desfavorável. Paralelamente verificou-se bacteriemia com isolamento do mesmo agente nas hemoculturas colhidas a admissão. No entanto e, após uma semana foi possível realizar desmame de VNI e transferir doente para a enfermaria de Medicina para manutenção de antibioterapia e restantes cuidados.

Discussão: Este caso ilustra os desafios em pacientes com múltiplos fatores de risco e condições médicas preexistentes. A rápida deterioração clínica e a necessidade de suporte ventilatório destacam a

gravidade da pneumonia pneumocócica com doença invasiva e bacteriemia em pacientes imunocomprometidos, nomeadamente os que têm antecedentes de neoplasia pulmonar e hepatite C. O diagnóstico precoce e o tratamento agressivo são cruciais para melhorar o prognóstico destes doentes de maior risco.

Palavras-chave: *Streptococcus pneumoniae*. *Bacteriemia*. *Pneumonia*.

126. SERÁ SÓ UMA PNEUMONIA?

A.T. Reis, C.A. Robalo, A. Gaspar, D.F. Brigas, E. Pedroso

Unidade Local de Saúde Arrábida.

Introdução: A pneumonia é um dos principais diagnósticos efetuados no serviço de urgência. Este diagnóstico deve ser feito com base em elementos clínicos e nos achados imagiológicos. Os sintomas mais comuns são dispneia, tosse, dor torácica pleurítica e febre. Muitas vezes fazem-se diagnósticos sem clínica sugestiva e sem tradução imagiológica.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso clínico de uma jovem de 23 anos, estudante de medicina que recorre ao SU com queixas de tosse produtiva, com expectoração hemoptoica, com 10 dias de evolução, previamente medicada com azitromicina durante 5 dias, sem melhoria. Apresentava ainda dor torácica no hemitórax direito que agravava com a inspiração profunda. Ao exame objetivo (EO) estava febril 39 °C, taquicárdica 133 bpm, eupneica em a.a. com SpO2 100%. Realizou Rx tórax e teve alta medicada com levofloxacina, admitindo uma pneumonia. Recorre novamente ao SU 10 dias depois com as mesmas queixas, realiza TC tórax que demonstra áreas de consolidação no lobo medio e inferior direito, este último com uma cavitação de cerca de 3,2 cm sugerindo pneumonia necrosante. Fica internada com suspeita de Tuberculose (TB) Pulmonar, colheu 3 amostras de expectoração com pesquisa direta de BAAR negativa, realizou broncofibroscopia (BFO) para colheita de amostras que ficaram em curso após a alta, referenciada ao CDP. Regressa novamente ao SU 3 dias após ter tido alta referenciada pelo CDP por amostra de colheita de expectoração por BFO positiva para BAAR. Fica novamente internada com o diagnóstico de TB pulmonar cavitada. Dos exames culturais a destacar exame cultural da expectoração positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, e cultura de lavado broncoalveolar positivo para *Klebsiella pneumoniae* apenas sensível ao meropenem. Admite-se sobreinfecção bacteriana e inicia terapêutica antibacilar com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (HRZE).

Discussão: A tuberculose pulmonar continua a ser um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Em Portugal, no ano de 2022 foram notificados 1518 casos de TB, com uma tendência decrescente. Os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal apresentam taxas de notificação superiores. Com a descrição deste caso pretendemos alertar para a importância de uma boa avaliação clínica, bem como salientar o papel essencial de interpretação de exames complementares de diagnóstico.

Palavras-chave: *Tuberculose pulmonar*. *Dispneia*. *Pneumonia*.

127. LINFOMA FOLICULAR COM ENVOLVIMENTO MULTISSISTÉMICO

A.L. Correia, T. Abrantes, B. Silva, T. Belo, P. Fernandes, M. Argel, A. Reis

ULS Viseu Dão-Lafões.

Introdução: Linfoma folicular é uma das formas mais frequentes de linfoma não-Hodgkin. É frequente existir envolvimento de múltiplos órgãos no momento do diagnóstico.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 73 anos, com antecedentes de neoplasia mamária, já sem seguimento. Enviada à consulta em Julho de 2021 após realização de TC-TAP na sequência de estu-

do de anorexia e perda ponderal. Referia queixas de dispneia mMRC 2 e toracalgia esquerda. A TC-TAP mostrava múltiplos micronódulos pulmonares bilaterais, quistos hepáticos e renais, e adenopatias supra e infradiafragmáticas, sem alterações na árvore traqueobrônquica. Perante a suspeita de síndrome linfoproliferativa foi agendada VBF (Julho de 2021), que não apresentava lesões endobrônquicas. Na árvore brônquica direita apresentava mucosa de aspeto mamilonado à entrada do BLM, sem redução do lúmen, tendo sido realizada biópsia nesse local, cujo resultado levantou a possibilidade de envolvimento por linfoma B periférico com características de linfoma folicular. Fez PET (Agosto de 2021) que mostrou doença ativa em topografia ganglionar supra e infradiafragmática, esplênica multifocal e pulmonar à esquerda, sugestivas de malignidade. O diagnóstico de linfoma folicular 3B foi confirmado por biópsia de adenopatia inguinal, tendo sido estadiado como IV B. Iniciou quimioterapia com R-CHOP mas teve recidiva antes dos 12 meses. Repetiu PET (Outubro de 2023) que revelou aparecimento de adenopatias hipermetabólicas mediastino-hilares bilaterais, com aparente envolvimento do brônquio lobar médio, com atelectasia parcial do lobo médio, e densificações parenquimatosas heterogêneas a nível hilar e no LID. Por suspeita de recidiva repetiu VBF (Novembro de 2023) que mostrou infiltração mucosa a condicionar estenose do brônquio principal esquerdo, assim como sinais de compressão extrínseca do brônquio principal direito. Biópsia brônquica confirmou infiltração da mucosa por linfoma B periférico. Pela recidiva e pela falta de condições para outras opções terapêuticas encontra-se sob terapêutica off-label com obinutumab e lenalidomida.

Discussão: O pulmão é um local de relativamente frequente envolvimento secundário por linfomas. O linfoma folicular tem uma evolução habitualmente indolente, mas cerca de 20% dos doentes têm um curso agressivo da doença.

Palavras-chave: *Linfoma folicular*. *Pulmão*. *Recidiva*.

128. TOXICIDADE PULMONAR A AMIODARONA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A.L. Correia, T. Abrantes, B. Silva, T. Belo, P. Fernandes, M. Argel, A. Reis

ULS Viseu Dão-Lafões.

Introdução: Toxicidade pulmonar a fármacos provoca um tipo de doença do interstício com alterações inespecíficas, de gravidade variável. A suspeita levanta-se na presença de exposição a fármaco com toxicidade pulmonar conhecida e após exclusão de outras causas.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 80 anos, com antecedentes de rinite alérgica, fibрилhação auricular, insuficiência cardíaca com FE preservada, hipotiroidismo, escoliose e fratura do fémur em 2023. Ex-fumadora de 30 UMA. Medicada com valsartan 20 mg, apixabano 5 mg, levotiroxina 0,025 mg, omeprazol 20 mg, amiodarona 200 mg, rosuvastatina 20 mg e sertralina 50 mg. Encaminhada à consulta por dispneia mMRC 2 e tosse seca com meses de evolução acompanhada de pieira ocasional. Ao exame objetivo tinha apenas crepitações ligeiras na base direita. Tinha já realizado EFR, que mostrava síndrome restritivo e diminuição da difusão (CVF 65% FEV1 72% FEV1/FVC 84% CPT 64% VR 78% DLCO 36/62), e TC-tórax (Julho de 2023) com padrão de NSIP (Non-specific interstitial pneumonia) com espessamento dos septos interlobulares, áreas de vidro despolido e discretas bronquiectasias de tração. Proposto início de corticoterapia que a doente recusou devido à fratura prévia do fémur, aceitando apenas iniciar formoterol/budenosida 4,5/100 µg e aguardando reavaliação. As análises apresentavam marcadores de autoimunidade negativos, SA-CE 95 U/L, sem outras alterações. Fez VBF, sem alterações endobrônquicas, com padrão celular normal no LBA. Isolou-se *Streptococcus pneumoniae* multissensível, tendo sido medicada de acordo. Após contacto com cardiologista suspendeu-se amiodarona e iniciou bisoprolol e propafenona. Repetiu TC-Tórax em Dezembro de 2023 que

mostrava as alterações já conhecidas, em melhoria significativa. Confrontada com a manutenção das alterações concordou com um esquema de deflazacorte durante 3 meses. A doente mantém apenas tosse ocasional, sem dispnéia. Mantém seguimento.

Discussão: A amiodarona é um antiarrítmico com múltiplos efeitos adversos, um deles a pneumonite. A suspensão conduz a melhoria clínica na maioria dos casos, mas quando esta não é possível as opções passam pela redução de dose e corticoterapia.

Palavras-chave: Toxicidade pulmonar. Amiodarona. NSIP.

129. BORDATELLA BRONCHISEPTICA: UM AGENTE RARO DE PNEUMONIA

A.R. Afonso, I.F. Silva, S. Pipa, L. Nascimento, A.I. Loureiro

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

Introdução: A *Bordatella bronchiseptica* é um agente zoonótico frequente causador de infeção respiratória em animais, sendo a infeção humana raramente reportada. Pode apresentar um amplo espectro de manifestação, desde sintomas respiratórios ligeiros, a sepsis ou morte. É rara em imunocompetentes, sendo na maioria dos casos identificada em indivíduos imunocomprometidos ou com patologia estrutural pulmonar.

Caso clínico: Senhor de 84 anos, autónomo, ex-fumador, com antecedentes de patologia cardiovascular, perturbação do uso do álcool e SAOS sob CPAP. Mantinha seguimento em consulta por vigilância de nódulo pulmonar subsólido de 12 mm com estabilidade nos últimos controlos imagiológicos. Nesse contexto, realiza PET-CT de vigilância a documentar a presença de áreas de consolidação parenquimatosa com captação heterogénea de FDG dispersas bilateralmente. Posteriormente, em TC torácica são evidentes múltiplas áreas de consolidação peribrônquicas, associadas a densificação em vidro despolido e espessamento brônquico difuso, bem como derrame pleural bilateral e adenomegalias mediastino-hilares de novo. Realiza broncofibroscopia sem alterações à inspeção visual, mas cujo aspirado brônquico revelou o isolamento de *Bordatella bronchiseptica*, com perfil de resistência a amoxicilina/ác. clavulânico, doxiciclina e piperacilina/tazobactam. Clinicamente o doente não apresentava sintomatologia respiratória de relevo. Relativamente a exposições, de referir o contacto com uma cadela. Iniciou curso de antibioterapia com doxiciclina, ao qual desenvolve reação de fototoxicidade, com eritema, edema e prurido das áreas expostas (face e mãos). Neste sentido, é internado para realização de curso de antibioterapia endovenosa com piperacilina/tazobactam. Após alta realiza controlo imagiológico com radiografia torácica a demonstrar melhoria global das alterações, com prática resolução do derrame pleural e da maioria dos infiltrados.

Discussão: O diagnóstico de infeção por *Bordatella bronchiseptica* pode ser desafiante tendo em conta a ausência de alterações clínicas ou imagiológicas distintivas. Este caso reforça a importância de uma investigação sistemática detalhada em apresentações atípicas de pneumonia de forma a permitir a identificação atempada do agente e prevenir a morbi-mortalidade associada.

Palavras-chave: Bordatella bronchiseptica. Pneumonia. Infeção rara.

130. TUMOR TORÁCICO INDIFERENCIADO SMARCA4 DEFICIENTE - RELATO DE CASO CLÍNICO

A.C. Grande, N.B. Ferreira, C. Pinto, A.V. Cardoso

Pneumologia, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa.

Introdução: Os tumores torácicos indiferenciados SMARCA4 deficientes foram inseridos na classificação da Organização Mundial de Saúde em 2021. São neoplasias raras, mais frequentes em homens fumadores, entre a 5ª e 6ª década de vida.

Caso clínico: Homem, 60 anos, fumador. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, cirrose hepática, esquizofrenia e síndrome demencial. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por obstrução com 3 semanas de evolução. Realizou TC abdómino-pélvica, sem alterações sugestivas de obstrução mecânica, e apresentou resolução do quadro com neostigmina. Imagens de TC evidenciaram ainda massa de partes moles com destruição de arcos costais à direita, com cerca de 66 × 50 mm e massas heterogéneas nas suprarrenais, com cerca de 60 mm à direita e 57 mm à esquerda. Em ambulatório, prosseguiu estudo e fez TC tórax, com descrição de lesões nodulares pulmonares no lobo superior direito, massa adeno-pática no hilo direito, metástases ósseas no 7º arco costal direito, manúbrio, D4 e D11, e metástases suprarrenais. Dez dias depois, recorreu novamente ao SU por ausência de trânsito gastrointestinal com 5 dias de evolução e dispnéia. Objetivamente, apresentava-se eupneico sob oxigenoterapia a 2 L/min com SatO₂ 93%, sem sinais de dificuldade respiratória. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular globalmente diminuído. Abdómen mole e depressível, sem sinais de irritação peritoneal. Gasimetricamente com insuficiência respiratória tipo 1. Analiticamente, a destacar anemia (Hb 10,7 g/dL) e hiponatremia (Na⁺ 119 mmol/L). Internado com o diagnóstico de neoplasia de provável origem pulmonar, com metastização óssea, pulmonar e suprarrenal. Realizou biópsia transtorácica da massa costal. Durante o internamento, com múltiplas intercorrências infecciosas respiratórias, com evolução desfavorável, acabando por falecer ao 25º dia de internamento. O resultado da biópsia concluiu tratar-se de um tumor torácico indiferenciado SMARCA4 deficiente.

Discussão: Trata-se de neoplasias agressivas, habitualmente com metastização à distância à apresentação, nomeadamente ganglionar, óssea e suprarrenal. Devido à sua raridade, não existe atualmente um tratamento standard estabelecido, sendo a quimioterapia a terapêutica mais utilizada. O prognóstico é mau, com um tempo de sobrevida inferior a um ano.

Palavras-chave: Tumor torácico. SMARCA4. Metastização.

131. PLEURA E ARTRITE REUMATÓIDE: APRESENTAÇÃO INICIAL INCOMUM

A.P. Monteiro, J. Freitas, C. Figueiredo, A. Miguel

Unidade Local de Saúde São José, Hospital Santa Marta.

Introdução: A artrite reumatóide (AR) é uma doença auto-imune crónica, de etiologia desconhecida que afeta principalmente as articulações. O pulmão e a pleura são locais frequentes de envolvimento extra-articular. O envolvimento pleural é mais comum na doença de longa duração, mas pode mesmo preceder ou surgir simultaneamente ao início das manifestações articulares.

Caso clínico: Apresenta-se um caso de um homem de 32 anos, fumador (10 UMA), sem antecedentes de relevo. O doente recorreu a uma consulta de Reumatologia por um quadro de poliartrite assimétrica e aditiva, com cerca de 1 mês de evolução. O quadro foi inicialmente interpretado no contexto reativo, dado ter ocorrido recentemente uma infeção respiratória superior de etiologia mais provável viral. Ao exame objetivo apresentava, além das alterações articulares, diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito. Realizou uma radiografia torácica e posteriormente TC torácica que revelaram hidropneumotórax à direita com atelectasia subsegmentar do lobo inferior direito, tendo sido internado para estudo e abordagem pleural. Analiticamente não apresentava elevação dos parâmetros de fase aguda. Foi colocado um dreno torácico e inicialmente foi assumido um empiema tendo iniciado antibioterapia empírica. O líquido pleural (LP) apresentou critérios de exsudado, leucócitos 2.742/L, glucose < 2 mg/dL, ADA 116,8 U/L, citologia com baixa celularidade (sem células neoplásicas) e cultural sem isolamentos. Dado o contexto de doente jovem, com patologia articular associada a derrame pleural, realizou-se o estudo de auto-imunidade, a destacar factor reumatóide (26 UI/mL) e anticorpos

anti-peptídeo cíclico citrulinado anti-CCP (48 UA/mL). Perante estes achados, foi assumido artrite reumatóide, segundo os critérios ACR/ELAR 2010, com envolvimento pleural.

Discussão: O diagnóstico diferencial do derrame pleural pode ser potencialmente extenso, particularmente no doente jovem e sem antecedentes de relevo conhecidos. Reforçando que o envolvimento pleural pode ser a primeira apresentação de uma doença sistémica. Destacamos ainda a importância do reconhecimento de apresentações atípicas da artrite reumatóide, sendo o estudo das características do exsudado fundamental para um diagnóstico atempado e um tratamento individualizado.

Palavras-chave: Artrite reumatóide. Derrame pleural. Exsudado.

132. QUANDO A PNEUMONIA NÃO É PNEUMONIA

A.P. Monteiro, J. Freitas, C. Figueiredo, A. Migue

Unidade Local de Saúde São José, Hospital Santa Marta.

Introdução: Perante situações de pneumonias de repetição, principalmente em doentes sem antecedentes significativos, podemos verificar um desafio diagnóstico complexo, visto que, na maioria dos casos, existe uma causa subjacente, como por exemplo uma alteração estrutural local ou uma doença sistémica. Os tumores neuroendócrinos do pulmão, entidades raras, têm uma apresentação muito díspar e indolente, surgindo muitas vezes como um nódulo ou massa obstrutiva. O tratamento depende do estádio e inclui a cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 25 anos, fumadora (3 UMA) e com história prévia de 3 episódios de pneumonias, sempre localizadas no lobo superior esquerdo, sem etiologia definida nem doença sistémica conhecida. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com cerca de 3 dias de evolução de tosse com expectoração mucopurulenta e febre. Apresentava elevação dos parâmetros analíticos de fase aguda e a TC torácica achados sugestivos de consolidação parenquimatosa no segmento anterior e na língula do lobo superior esquerdo. Perante quadro de pneumonias de repetição no mesmo lobo pulmonar, decidiu-se internamento para tratamento e estudo etiológico. Iniciou antibioterapia empírica e realizou broncofibroscopia com achados de lesão suboclusiva endobrônquica na emergência da língula, tendo sido realizadas biópsias brônquicas nesse local. A anatomia patológica revelou tumor carcinóide (Cam5.2(+), CD56(+), Sinaptofisina(+) e TTF1 (+)). Perante estes achados, realizou exames de estadiamento, a destacar a PET que revelou captação máxima de 2,5 SUV em nódulo solitário na língula, sem evidência de lesão secundária. Perante tumor carcinóide, estádio T1aN0M0, foi realizada lobectomia superior esquerda, sem intercorrências, com excisão completa da lesão (R0). No follow-up aos 3, 6 e 12 meses a doente encontra-se sem recidivas, clinicamente estável e em vigilância clínica.

Discussão: Pretendemos destacar a necessidade imperativa de uma abordagem criteriosa de situações de infeções respiratórias, particularmente pneumonias de repetição. Salientamos ainda a importância do diagnóstico e tratamento precoce dos tumores neuroendócrinos pulmonares, com impacto no prognóstico da doença, e a necessidade da vigilância clínica posterior.

Palavras-chave: Pneumonias de repetição. Tumores neuroendócrinos.

133. A DOR DE UM INCUMPRIDOR - UM CASO CLÍNICO

A. Soveral, J.S. Guerreiro, M.V. Grilo, R. Duarte, I.G. Mata, J. Pereira, I. Madruga

ULS Lisboa Ocidental.

Introdução: As queixas algícas são sintomas frequentes em utentes de serviços de saúde e podem ser o primeiro e único sintoma de

entidades clínicas deletérias. No entanto, a sua marcha diagnóstica e terapêutica podem revelar-se desafiantes, particularmente em doentes com comportamentos aditivos.

Caso clínico: Homem, 70 anos, com os antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 insulinotratada, perturbação depressiva, tabagismo crónico e hábitos etanólicos marcados. Recorreu ao serviço de urgência por episódio de hipoglicémia após administração inadequada de insulina. Adicionalmente, referia toracalgia esquerda de características pleuríticas com 1 ano e meio de evolução com irradiação para o ombro esquerdo, sem alívio sintomático com opióides fracos e com recurso prévio ao serviço de urgência nesse contexto, tendo abandonado sem avaliação médica. Radiologicamente destacava-se hipotransparência heterogénea no ápex pulmonar esquerdo, que motivou realização de TC tórax após controlo algico parcial. Nesta, destacou-se uma massa neoformativa de centro necrótico com cerca de 8 cm de eixo no lobo superior do pulmão esquerdo em contacto com a pleura parietal e com indícios de osteólise em 2 costelas. Após ser internado, realizou biópsia pulmonar com diagnóstico de carcinoma pavimento-celular no lobo pulmonar superior esquerdo. O restante estudo não evidenciou metástases à distância. Teve alta com referência para consulta de pneumologia, medicina paliativa e medicina da dor.

Discussão: A toracalgia está presente em 20-40% dos doentes com neoplasias pulmonares. Contudo, comorbilidades como perturbações depressivas e comportamentos aditivos, como o alcoolismo e tabagismo, podem por vezes atrasar a abordagem diagnóstica e terapêutica. Revela-se importante abordar também estas comorbilidades para um controlo algico eficaz.

Palavras-chave: Toracalgia. Neoplasia pulmonar. Comportamentos aditivos. Diagnóstico tardio.

134. DOR PLEURÍTICA, QUAL A CAUSA?

R. Freire-Silva, J. Ferreira-Junior, C. Durão, L. Lopes-Mendes, P. Santos

ULS Santa Maria.

Introdução: O tromboembolismo pulmonar agudo (TEPa) é uma doença comum e pode ter diversas apresentações clínicas, desde a ausência de sintomas até morte súbita. O sintoma de apresentação mais comum é a dispneia, seguida de dor torácica; taquipneia; tosse e taquicardia. Edema e dor gemelar acompanham frequentemente. Fervores e febre não são comuns e mimetizam uma pneumonia.

Caso clínico: Homem de 71 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais ou medicação habitual de relevo, recorre ao serviço de urgência por cansaço e retorragias com 1 semana de evolução. É internado para estudo da etiologia do quadro, sem hemorragia presenciada, com imobilização associada ao internamento. Iniciou quadro de hemorragia digestiva baixa, aquando da introdução de enoxaparina profilática, com queda grave da hemoglobina, pelo que foi suspensa a anticoagulação. Iniciou quadro de dor pleurítica, febre, fervores da base esquerda, sem dispneia ou insuficiência respiratória. Normotenso, taquicárdico. Elevação isolada da PCR, radiografia de tórax sem imagem evidente de consolidação, ECG sem alterações de novo. Critérios de Wells Modificado com baixa probabilidade para TEPa (taquicardia e imobilização). Iniciou antibioterapia por suspeita de pneumonia, com manutenção de dor pleurítica e febre. Após 7 dias, refere dor gemelar esquerda, que agrava com a dorsiflexão. Gasometricamente com alcalémia respiratória, hipocapnia, sem hipoxemia. Critérios de Wells modificado com alta probabilidade para TEPa (taquicardia, imobilização, sinais de trombose venosa profunda). A angio-tomografia evidenciou trombo luminal das veias femoral profunda e ilíaca externa bilateralmente, opacificação de ramo arterial segmentar no lobo inferior esquerdo (LID), associado a consolidação da quase totalidade do LID, com broncograma aéreo, sugestiva de enfarte pulmonar. Pelo risco hemorrágico, não foi iniciada anticoagulação, foi colocado um filtro da veia cava inferior.

Discussão: Neste caso, quer os sintomas e sinais presentes, quer a sequência pelo quais estes surgiram foram atípicos, o que dificultou o diagnóstico do TEPa, mimetizando um quadro de pneumonia. Por outro lado, relembra-nos da importância da anticoagulação profilática em doentes internados e espelha as possíveis consequências, para as quais devemos estar alerta, aquando da suspensão da mesma.

Palavras-chave: *Tromboembolismo pulmonar. Anticoagulação. Pneumonia. Critérios de Wells.*

135. METÁSTASE ÓSSEA COMO A APRESENTAÇÃO INICIAL DE UM ADENOCARCINOMA DO PULMÃO OCULTO

R. Freire-Silva, F. Sarmento

ULS Santa Maria.

Introdução: O adenocarcinoma do pulmão é um tipo comum de neoplasia pulmonar, cujos principais sintomas são a tosse persistente, dor torácica, dispneia e perda de peso. É caracterizado por marcadores imunohistoquímicos como TTF-1, Napsin A e CK7 e metastiza frequentemente para ossos, cérebro, fígado e glândulas suprarrenais, tornando o diagnóstico precoce crucial.

Caso clínico: Doente de 78 anos, previamente autónomo, não fumador, portador de pacemaker, sem antecedentes relevantes, recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor lombar, constante, com 3 semanas de evolução, com impacto funcional. Sem alterações da sensibilidade, incontinência de esfíncteres, irradiação ou outra sintomatologia. Apresentava relatório de uma ressonância magnética que evidenciava várias lesões líticas em L4 e L5, a maior com 50 × 38 × 35 mm. Foi internado para controlo analgésico e estudo etiológico. Dos exames complementares de diagnóstico destaca-se avaliação analítica sem alterações, gasometria sem insuficiência respiratória, radiografia de tórax sem alterações evidentes. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) que evidenciou no parênquima pulmonar “massa heterogénea suspeita de contornos lobulados com cerca de 48 mm de maior eixo na vertente anterior do lobo superior esquerdo”. A imunofixação urinária e sérica revelou proteínas Bence Jones e componente monoclonal IgG, que levou à suspeita de mieloma múltiplo (MM) a condicionar as lesões ósseas. Por ausência de outras alterações características do MM e pela presença de uma lesão suspeita no parênquima pulmonar foi realizada biópsia óssea guiada por TC de lesão da coluna cujo resultado foi “metástase de adenocarcinoma pulmonar, células tumorais CK7, TTF1 e Napsin A +”.

Discussão: Embora o doente não fosse fumador e não houvesse nenhum sinal ou sintoma específico de patologia pulmonar primária, com uma radiografia de tórax sem alterações aparentes, a TC levantou a suspeita de neoplasia pulmonar. Este caso destaca uma apresentação pouco comum de um adenocarcinoma do pulmão oculto, que se apresentou com metástases ósseas na coluna vertebral, sem outra sintomatologia. Os autores pretendem alertar que o diagnóstico de uma apresentação desafiante requer um alto índice de suspeição e estudo etiológico completo.

Palavras-chave: *Adenocarcinoma pulmonar. Metástase óssea. Mieloma múltiplo.*

136. UMA CAUSA RARA DE BRONQUIECTASIAS

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

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

Introdução: A síndrome de Mounier-Kuhn (MKS) é um diagnóstico clínico e imagiológico raro, caracterizado por dilatação da traqueia e dos brônquios principais, divertículos traqueais, infeções respiratórias de repetição e bronquiectasias. O diagnóstico pode ser confirmado por TC-tórax, que demonstra diâmetro traqueal > 30 mm e

a broncofibroscopia pode revelar alargamento dos brônquios principais, dilatação traqueal e a presença de divertículos.

Caso clínico: Trata-se de um homem de 66 anos, não fumador, internado por exacerbação infecciosa de bronquiectasias, apresentando-se com agravamento de dispneia e purulência da expectoração. Tinha o diagnóstico de bronquiectasias difusas no contexto de infeções respiratórias de repetição e infeção crónica a *Pseudomonas aeruginosa* (PSAE), medicado com azitromicina 250 mg em dias alternados e terapêutica broncodilatadora tripla inalada. A TC torácica revelou a presença de traqueobroncomegalia e distorção arquitetural marcada por bronquiectasias quísticas e varicosas graves preenchidas por abundantes secreções e de paredes espessadas, de predomínio nos lobos inferiores, língula e lobo médio, compatível com agudização infecciosa, assim como vários divertículos paratraqueais e diâmetro traqueal > 30 mm. A broncoscopia revelou traqueobroncomegalia, secreções mucopurulentas e broncólitos disseminados. O exame microbiológico do lavado broncoalveolar foi positivo para PSAE sensível a piperacilina-tazobactam. As provas de função respiratória prévias revelaram padrão ventilatório obstrutivo com razão FEV1/FVC de 64% e FEV1 de 40% (1,33 L). O doente completou 14 dias de antibioterapia com piperacilina-tazobactam e reabilitação respiratória, com melhoria clínica significativa. Após a alta, foi referenciado para a Unidade de Reabilitação Respiratória.

Discussão: A história de infeções respiratórias de repetição com bronquiectasias, juntamente com os achados na TC torácica e na broncofibroscopia, torna consistente o diagnóstico de MKS. Salienta-se, neste caso, a importância do reconhecimento precoce da doença e da necessidade de elevada suspeição diagnóstica, uma vez que tem implicação na sua abordagem a longo prazo. A reabilitação respiratória é um pilar na abordagem destes doentes, não só na agudização infecciosa como também na gestão em ambulatório.

Palavras-chave: *Bronquiectasias. Síndrome Mounier-Kuhn.*

137. LIPOMA ENDOBRÔNQUICO - UMA CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO BRÔNQUICA

B. Martins, D. Amorim, I. Gomes

Centro Hospitalar Universitário de São João.

Introdução: Os lipomas endobrônquicos (LEs) são lesões tumorais raras, benignas, correspondendo a cerca de 0,1 a 0,4% de todos os tumores brônquicos. Têm origem em células adiposas da lâmina própria da mucosa brônquica. Os sintomas associados são habitualmente inespecíficos, tais como dispneia, tosse produtiva, pieira, hemoptises, mimetizando outras doenças respiratórias crónicas.

Caso clínico: Homem de 59 anos, fumador, com antecedentes de tuberculose pulmonar cavitada aos 16 anos de idade, HTA e diabetes mellitus. Referenciado para consulta de pneumologia em setembro de 2023 por infeções respiratórias de repetição ao longo do último ano. O doente apresentava quadro de tosse, expectoração mucosa e dispneia de esforço. Ao exame objetivo apresentava crepitações na base esquerda. O exame microbiológico da expectoração foi negativo. A tomografia computadorizada (TC) torácica revelou perda de volume do lobo inferior esquerdo com múltiplas bronquiectasias quísticas e cilíndricas, bem como material denso de significado incerto ao nível do brônquio lobar inferior esquerdo (BLIE). Realizou broncofibroscopia, observando-se lesão polipóide no BLIE, condicionando oclusão total do seu lúmen. Uma porção foi removida com ansa de eletrocoagulação e enviada para estudo anatomopatológico, não se conseguindo remoção total. O resultado histológico da lesão foi compatível com lipoma. Uma semana depois, por agravamento da tosse, expectoração mucopurulenta e febre, o doente iniciou antibioterapia com levofloxacina dirigida a um isolamento de *staphylococcus aureus* no lavado brônquico e por história de alergia à penicilina. Por agravamento clínico, foi internado 3 dias depois, com necessidade de escalada de antibioterapia (meropenem), verificando-se melhoria progressiva. Fez broncoscopia rígida com fo-

tocoagulação a laser e remoção da lesão polipóide, conseguindo-se desobstrução brônquica e drenagem abundante de secreções purulentas. O doente aguarda avaliação consulta de Cirurgia Torácica na perspectiva de lobectomia inferior esquerda.

Discussão: O diagnóstico dos LÊs pode ser desafiante. A sua identificação precoce é essencial de modo a reduzir a morbimortalidade potencialmente associada, ao prevenir lesões pulmonares irreversíveis, tais como bronquiectasias.

Palavras-chave: *Lipoma endobrônquico. Broncofibroscopia. Bronquiectasias. Infecções de repetição.*

138. PARA ALÉM DAS APARÊNCIAS: UM CASO DE OSTEOMIELITE CLAVICULAR

B. Cêrca, C. Moita, A. Inácio, J. Maciel, M.A. Santos, C. Simão, F. Raposo, C. Custódio, R. Rosa, T. Martín, M.I. Claro, F. Todo-Bom, P. Calvino.

Hospital de Loures, ULS Loures-Odivelas.

Introdução: A osteomielite clavicular é rara. Surge frequentemente associada a fatores de risco como diabetes mellitus, abuso de drogas endovenosas, tuberculose ou neoplasia do pulmão. O *Staphylococcus aureus* é o principal agente isolado.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem, de 49 anos, não fumador, com história de hipertensão arterial e diabetes autoimune latente do adulto. Recorreu ao Serviço de Urgência por omalgia, limitação da abdução do membro superior direito e aparecimento de massas torácicas volumosas com sinais inflamatórios locais. Referia perda ponderal e febre no último mês. Na observação, destacavam-se duas massas, uma na região infraescapular direita (10 × 18 cm) e outra na região peitoral esquerda (10 cm), ambas com consistência dura e irregular. Analiticamente a destacar elevação dos parâmetros inflamatórios, discreta anemia e hiperglicemia. Na TC torácica observavam-se duas massas volumosas na região supraclavicular esquerda e parede torácica posterior direita, com destruição clavicular e de arcos costais. Realizou biópsia da lesão peitoral esquerda, com saída de conteúdo purulento, e iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam. Verificou-se melhoria laboratorial, mas por ausência de melhoria clínica, foi submetido a desbridamento cirúrgico. Intra-operatoriamente confirmou-se a presença de achados compatíveis com artrite séptica na articulação esterno-clavicular direita, em provável relação com osteomielite da clavícula a condicionar destruição da cabeça clavicular e a formação de múltiplos abscessos. Do estudo microbiológico, isolou-se *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina na biópsia da lesão peitoral e no material cirúrgico e exame direto, pesquisa de DNA e cultural de micobactérias negativos. A antibioterapia foi ajustada de acordo com o TSA para flucloxacilina e posteriormente para cotrimoxazol, tendo cumprido um total de 43 dias.

Discussão: Este caso demonstra a importância de considerar a etiologia infecciosa no diagnóstico diferencial de massas torácicas, particularmente em doentes com fatores de risco. O diagnóstico atempado de osteomielite/artrite séptica pode evitar a necessidade de intervenção cirúrgica.

Palavras-chave: *Osteomielite. Clavícula. Staphylococcus aureus.*

139. HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE UMA ATRESIA CONGÊNITA DAS VEIAS PULMONARES DIREITAS

B. Ramos, F. Munoz, S. Moura Cabral, T. Rebello, V. Melo, M. Luiza Silva ULSAM.

Introdução: A atresia unilateral de veias pulmonares (VP) caracteriza-se pela ausência das VP ipsilaterais. As VP primitivas drenam inicialmente para a circulação sistêmica através das veias vitelina

e cardinal, que se unem e ligam-se à aurícula. A falha neste processo resulta na persistência de conexão entre a circulação pulmonar e as veias porta e cava. Nestes, a drenagem ocorre por veias colaterais para a circulação sistêmica ou raramente por varizes esofágicas. A apresentação mais comum é por hemoptises/pneumonia e, na maioria, diagnosticada na infância. Pode atingir qualquer um dos lados e o pulmão pode ter tamanho normal ou estar hipoplásico, caracterizado por aumento da atenuação intersticial e espessamento dos septos interlobulares.

Caso clínico: Mulher, 43 anos, natural do Brasil. Trabalha em limpeza de barcos. Sem antecedentes ou medicação habitual. Não fumadora. Recorre ao SU por queixas de cansaço, dispneia e desconforto torácico, com 6 meses de evolução. Epigastralgias, com náuseas e vômitos, de conteúdo alimentar e posteriormente hemático escuro, e fezes escuras com cheiro intenso. Perda ponderal e anorexia. Constatada anemia grave (Hb 4 g/dL). Estudos digestivos endoscópicos sem alterações relevantes. TC do tórax revela: atresia distal das VP direitas, sem conexão à aurícula; leve hipoplasia pulmonar e hipoplasia secundária da artéria pulmonar direita; lesão pulmonar difusa intersticial unilateral (vidro despolido e espessamento septal) e sinais de vascularização sistêmica, com hipertrofia de artérias brônquicas, intercostais e periesofágicas distais, que acreditamos ser a causa das perdas sanguíneas. VBFO descreve marcada acentuação da vasculatura da mucosa desde a emergência do BPD até aos subsegmentares, sem lesões endobrônquicas/estigmas de hemorragia recente. Autoimunidade, GSA, prova da marcha e estudo funcional respiratório sem alterações. Aguarda ecocardiograma e cintigrafia V/Q. À data mantém cansaço/intolerância para esforços, sem novas perdas hemáticas.

Discussão: Com este caso, os autores gostariam de destacar a hemorragia digestiva como forma rara de apresentação de uma atresia unilateral das VP e de realçar a importância da integração dos achados clínicos, endoscópicos e imagiológicos. Em assintomáticos recomenda-se vigilância, podendo ser necessário a embolização ou pneumectomia.

Palavras-chave: *Atresia. Veias pulmonares. Hipoplasia.*

140. UMA EPOPEIA DO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

B. Dias, A.L. Correia, T. Belo, P. Fernandes, M. Argel, A.F. Matos, A. Reis

ULS Viseu Dão Lafões.

Introdução: O ser humano é reservatório natural do *Mycobacterium tuberculosis*, responsável por causar tuberculose e uma das principais causas infecciosas de morte em todo o mundo.

Caso clínico: Homem, 52 anos, fumador (44 UMA), hábitos toxifílicos (heroína) até 2006, recluso 2014-2018, valvuloplastia mitral, HTA, dislipidemia, DRGE, hernioplastia inguinal. Recorreu à Urgência em novembro 2021 por disfagia para sólidos e líquidos, 2 semanas de evolução, sem outras queixas. Realizou endoscopia digestiva alta, foi avaliado por ORL e Gastroenterologia, que excluíram etiologia mecânica. Realizou TC pescoço e maxilofacial que revelou, no andar superior do tórax, adenopatias mediastínicas, também observadas em raio-X tórax. Ficou internado para completar estudo. TC-CE demonstrou duas lesões focais com captação de contraste na vertente inferior do vérmis cerebeloso (6 mm) e bolbo raquidiano (11 mm), sem efeito de massa, provável natureza secundária. Realizou TC de corpo inteiro: extensas áreas de consolidação nos segmentos apicais dos lobos superiores, segmento posterior do LSD e segmento superior do LID, provável relação com lesões de TP em atividade. Múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares bilaterais. Derrame pleural direito." Realizou VDFC com lavado broncoalveolar, não mostrou alterações da traqueia e árvore brônquica com exame direto e TAAAN positivo para *M. tuberculosis*. RMN-CE revelou lesões sugestivas de tuberculomas, com halo de edema. Iniciou 1ª linha antibacilares e corticoterapia sistêmica. Inicialmente sob ali-

mentação por SNG, com franca melhoria com terapêutica médica, terapia de fala e treino de deglutição, com alimentação autónoma à data de alta. Os testes moleculares de resistências para isoniazida e rifampicina foram negativos; serologias VIH e VHC negativas; imune para VHB. Apresentou sífilis latente, que foi tratada durante internamento, com penicilina. Alta em janeiro 2022 para o Centro Diagnóstico Pneumológico, para toma observada direta de antibióticos, que cumpriu durante 1 ano.

Discussão: Disfagia como apresentação inicial de tuberculose num homem com múltiplos fatores de risco para neoplasia e doenças infecciosas. A disseminação hematogénica é responsável pela tuberculose extrapulmonar, podendo ter diversas manifestações clínicas.

Palavras-chave: *Disfagia. Tuberculose. Extrapulmonar.*

141. TUBERCULOSE E INFLIXIMAB: UM CASO CLÍNICO QUE REALÇA A IMPORTÂNCIA DO RASTREIO E SUAS LIMITAÇÕES

C.M. Carvalho, A.R. Pedroso, J. Naia, D. Pimenta, M. Serino, S.C. Silva, R. Rolo

Hospital de Braga.

Introdução: O TNF α é uma citocina fundamental na defesa imunológica contra o *Mycobacterium tuberculosis* (MTC). A sua inibição, em contexto de terapêutica biológica imunossupressora, aumenta a suscetibilidade a desenvolver tuberculose (TB) por reativação de infeção latente ou por infeção *de novo*.

Caso clínico: Mulher, 33 anos, fumadora, com história de exposição prévia a TB e doença de Crohn sob tratamento imunossupressor com azatioprina e infliximab, o segundo iniciado após rastreio de tuberculose latente negativo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por febre e toracalgia pleurítica com 2 dias de evolução. A TC de tórax revelou consolidação extensa no lobo superior direito, micronódulos dispersos e derrame pleural direito de aspeto loculado. Foi assumido o diagnóstico de pneumonia e teve alta clínica, medicada beta-lactâmico e macrólido. Regressou ao SU por agravamento clínico, verificando-se também agravamento radiológico do derrame pleural. Foram colhidas secreções traqueobrônquicas (STB), realizada toracocentese diagnóstica e colocado dreno torácico por empiema; adicionalmente, iniciada antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam. Por ausência de melhoria clínica e de isolamentos microbiológicos, realizada broncofibroscopia com colheita de aspirado brônquico (AB) e lavado broncoalveolar (LBA). A análise dos produtos biológicos (STB, AB e LBA) confirmou o diagnóstico de tuberculose pulmonar bacilífera (exame direto, PCR e cultural). Iniciada terapêutica antibacilar (HRZE), com melhoria clínica, analítica e radiológicas paulatinas. Posteriormente, foi também isolado MTC no líquido pleural e confirmada sensibilidade aos antibióticos de primeira linha. Após discussão com Gastroenterologia, decidido suspender terapêutica com infliximab. À data de alta, foi orientada para tratamento e seguimento no Centro de Diagnóstico Pneumológico da área de residência.

Discussão: O diagnóstico de infeção por MTC é essencial para prevenir novos casos. Realça-se a importância da pesquisa de fatores de risco epidemiológicos e do rastreio sistemático dos candidatos a terapêutica biológica anti-TNF α , sendo que os testes atualmente disponíveis apresentam algumas limitações.

Palavras-chave: *Tuberculose. Tuberculose pleural. Infliximab. Rastreio.*

142. PLEURODESE NO DERRAME PLEURAL NÃO NEOPLÁSICO

C. Giesta, P. Trindade, F. Modesto, P. Monteiro

ULS Médio Tejo.

Introdução: A pleurodese química encontra-se amplamente estudada e validada em diversas guidelines internacionais como opção

terapêutica nos derrames pleurais malignos. Por outro lado, a qualidade de evidência na doença pleural não maligna não é tão robusta, sendo a maioritariamente proveniente de estudos observacionais. Assim, as técnicas estabelecidas e validadas em doenças malignas são frequentemente extrapoladas para os derrames pleurais não malignos.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 96 anos, parcialmente dependente nas actividades de vida diária e cognitivamente íntegra. Diagnóstico de derrame pleural direito em 2021, exsudado, realizou 3 toracocenteses diagnósticas/evacuadoras em março de 2023 por agravamento, com exame microbiológico negativo e citologias negativas para células neoplásicas. Admitido derrame pleural em provável contexto de lúpus eritematoso sistémico. Outros antecedentes a destacar, fibrilhação auricular, cardiopatia valvular e doença renal crónica. Doente com agravamento clínico em fevereiro 2024 com dispneia e cansaço para pequenos esforços e toracalgia, com repercussão na sua autonomia passando a necessitar de cadeira de rodas para se deslocar. Sem outra sintomatologia respiratória e sem febre, perda de peso ou sudorese nocturna. Realizou toracocentese diagnóstica e evacuadora com saída de 2.000 mL de líquido sero-hemático, exsudado, cujo estudo microbiológico foi negativo e citologia negativa para células neoplásicas. Após discussão do caso entre médica assistente (Cuidados Paliativos), equipa da Unidade de Pneumologia de Intervenção, doente e família, opta-se por internamento electivo para colocação de drenagem torácica e pleurodese por slurry de talco. Foi, então colocado dreno 20Fr e realizada pleurodese por slurry de 2 g de talco, sem intercorrências. A doente teve alta no dia seguinte à talcagem. Foi realizada um mês após, já com melhoria franca dos sintomas com a possibilidade de voltar a deambular com bengala e estabilidade radiológica.

Discussão: A abordagem do derrame pleural não maligno e não infeccioso é desafiante e deve ser individualizada. Apesar de carecer de evidência robusta e de guidelines, estes doentes podem beneficiar de técnicas utilizadas no derrame maligno como na doente apresentada no caso clínico.

Palavras-chave: *Pleurodese. Derrame pleural benigno.*

143. SÍNDROMES DE COMPRESSÃO TORÁCICA. OBSTRUÇÃO BRÔNQUICA EM DOENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

C. Giesta, D. Cazeiro, R. Plácido

ULS Médio Tejo.

Introdução: A hipertensão pulmonar, caracterizada pela elevada pressão nas artérias pulmonares, provoca remodeling vascular e dilatação arterial. Numa minoria dos doentes a dilatação arterial comprime as estruturas adjacentes. Assim, os doentes podem apresentar sintomas decorrentes da compressão de várias estruturas - síndromes compressivas torácicas.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de uma doente, sexo feminino de 37 anos de idade, autónoma com os antecedentes de epilepsia, trombocitopenia idiopática, fenómeno de Raynaud e asma. Diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar idiopática desde 2014. À data do diagnóstico apresentava-se em classe funcional III OMS. O cateterismo cardíaco direito revelou a presença de hipertensão pulmonar (HP) grave pré-capilar, configurando um risco intermédio-alto de mortalidade a 1 ano na avaliação multi-paramétrica. A doente iniciou terapia vasodilatadora pulmonar em regime duplo com sildenafil 75 mg/dia e macitentan 10 mg/dia. No decorrer da evolução da doença destaca-se internamento no serviço de Medicina Intensiva em Outubro de 2017 por falência ventricular direita no pós-operatório de cirurgia ginecológica, progressão da HP, que levou à introdução de treprostínil intravenoso. Realizou TC de tórax em fevereiro de 2024 que revelou efeito de massa e estenose moderada do brônquio intermédio direito e do brônquio lobar médio

por dilatação da artéria pulmonar direita e consequente compressão. Perante provas funcionais respiratórias com obstrução ligeira com prova de broncodilatação negativa e sintomatologia de dispneia atribuível à compressão brônquica foi descartado o diagnóstico prévio de asma.

Discussão: Os sintomas das síndromes de compressão torácica podem ser sobreponíveis aos da insuficiência cardíaca direita, bem como de outras patologias podendo ser interpretados incorretamente, como no caso clínico apresentado. Salienta-se o papel diagnóstico relevante o estudo imagiológico, também já descrito por Plácido et al no síndrome de compressão torácica da coronária esquerda.

Palavras-chave: *Hipertensão arterial pulmonar. Síndrome de compressão torácica. Obstrução brônquica.*

144. VIH, UM FATOR DE RISCO PARA PNEUMOTÓRAX COMPLICADO?

D. Godinho, R. Oliveira, P. Varandas, M. Guia, P. Pinto, C. Bárbara
ULSSM.

Introdução: A incidência de pneumotórax espontâneo em doentes infetados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é 450 vezes superior à incidência em imunocompetentes. Mais de 70% dos casos de pneumotórax ocorrem em doentes com pneumocistose, mas existem outros fatores de risco para o desenvolvimento de pneumotórax, como tabagismo, drogas intravenosas, procedimentos diagnósticos invasivos, tuberculose pulmonar ou presença de quistos, bolhas ou pneumatoceles.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente de 39 anos, de morfotipo longilíneo, fumador até há um mês, com infeção VIH, internado por pneumotórax espontâneo primário e submetido a drenagem torácica. A radiografia de controlo revelou expansão pulmonar não total, tendo a drenagem se mantido borbulhante durante mais de 5 dias, mesmo após período de aspiração ativa. Após cinco dias de internamento sem alteração da drenagem foi solicitada tomografia computadorizada de tórax que evidenciou manutenção de pneumotórax moderado à direita, enfisema subcutâneo ao longo de toda a parede torácica, pulmão parcialmente ateleasiado e bolhas subpleurais dispersas. O doente realizou resseção pulmonar atípica do lobo superior direito e pleurodese por videotoracosopia, com alta clínica ao terceiro dia de pós-operatório e sem recidivas.

Discussão: Os doentes infetados pelo VIH que desenvolvem pneumotórax têm pior prognóstico, podendo o tratamento do pneumotórax nestes doentes ser desafiante, verificando-se uma maior tendência para a persistência de fístulas broncopleurais, podendo a drenagem por toracostomia, com ou sem pleurodese, não ser suficiente para resolver o pneumotórax, com necessidade de colocação de válvula de Heimlich ou recurso a cirurgia.

Palavras-chave: *Pneumotórax. VIH. Tabagismo. Fistula broncopleural.*

145. HEMATOMA INTRIGANTE, CORAÇÃO DESAFIANTE: NO FINAL, O TÓRAX É QUE PAGA

J.S. Guerreiro, A. Soveral, M.V. Grilo, G. Lérias, I. Madruga

Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz.

Introdução: A gestão de doentes com múltiplas comorbilidades e em terapia anticoagulante é um desafio clínico significativo. Este caso ilustra as complexidades envolvidas no tratamento de um doente com histórico de doenças cardíacas e melanoma em estudo, que desenvolveu um hematoma torácico iatrogénico enquanto anticoagulado devido a uma válvula aórtica mecânica.

Caso clínico: Um homem de 78 anos com antecedentes de cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca com fração de ejeção redu-

zida, fibrilhação auricular, hipertensão, diabetes mellitus tipo 2 e melanoma em estudo foi admitido com pneumonia adquirida na comunidade e insuficiência cardíaca descompensada. Sob anticoagulação com varfarina devido a uma válvula aórtica mecânica, o doente apresentou um hematoma volumoso espontâneo na parede torácica, resultando a sua evolução em choque hemorrágico. Ao exame objetivo encontra-se vígil e orientado, com saturação de oxigénio adequada em suplementação mínima. A radiografia de tórax revelou derrame pleural direito. A anticoagulação foi inicialmente suspensa e foi reintroduzida enoxaparina. Foi identificado por Tomografia Computadorizada um hematoma extenso da parede torácica que causou uma queda significativa nos níveis de hemoglobina, com necessidade de duas transfusões de concentrados de eritrócitos e suporte vasopressor. Após estabilização na Unidade de Cuidados Intensivos por 24h, foi transferido para a unidade de cuidados Intermediários. Gradualmente, houve uma melhoria clínica com a redução do hematoma e derrame pleural. A anticoagulação com varfarina foi retomada com monitorização rigorosa, sem novas complicações.

Discussão: Este caso destaca os desafios na gestão de anticoagulação em doentes com múltiplas comorbilidades e a necessidade de monitorização e vigilância intensiva e multidisciplinar. A evolução favorável do doente após intervenção adequada e ajustes terapêuticos ilustra a importância de um equilíbrio cuidadoso entre os riscos de trombose e hemorragia em situações complexas. O acompanhamento contínuo e ajustes terapêuticos individualizados são cruciais para o sucesso do tratamento.

Palavras-chave: *Hematoma. Anticoagulação. Pneumonia. Iatrogenia.*

146. AOS 100 ANOS: UMA CENTENÁRIA SUPERA PNEUMONIA BILATERAL E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

J.S. Guerreiro, A. Soveral, M.V. Grilo, G. Lérias, I. Madruga

Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz.

Introdução: A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma causa comum de morbilidade e mortalidade, especialmente em idosos. A insuficiência respiratória associada à PAC é um desafio clínico significativo, exigindo uma abordagem terapêutica cuidadosa e personalizada. Este caso descreve a gestão de uma centenária com PAC bilateral e Insuficiência Respiratória tipo 1, destacando a complexidade do tratamento em pacientes geriátricos com múltiplas comorbilidades.

Caso clínico: Apresentamos uma mulher de 100 anos com antecedentes de hipertensão arterial essencial, parcialmente dependente nas atividades diárias, residente com as filhas. Após uma queda com fratura da 10ª costela direita e hematoma subdural, desenvolveu tosse, febre e alteração do estado de consciência. Foi diagnosticada com PAC bilateral e tratada inicialmente em regime de ambulatório com amoxicilina/ácido clavulânico e claritromicina, sem sucesso. A doente regressou ao Serviço de Urgência com agravamento dos sintomas, incluindo dispneia, tosse produtiva e confusão, com SpO₂ de 69-72%. A radiografia torácica sugeriu pneumonia e foi iniciada piperacilina/tazobactam. Durante o internamento, manteve-se apirética e hemodinamicamente estável, necessitando de oxigenoterapia inicial, mas progressivamente sem necessidade de oxigénio suplementar. Recebeu terapêutica broncodilatadora e antibioterapia empírica durante 7 dias. À alta, apresentava-se clinicamente estável, eupneica em ar ambiente e com uma melhoria radiológica significativa.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade da gestão da PAC em idosos com múltiplas comorbilidades. A evolução favorável da doente reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar e individualizada. A gestão adequada da insuficiência respiratória e a monitorização contínua são cruciais para o sucesso terapêutico. Este relato contribui para a literatura existente sobre PAC em pa-

cientes geriátricos, destacando a importância de estratégias terapêuticas eficazes e personalizadas.

Palavras-chave: *Pneumonia. Geriatria. Insuficiência respiratória. Gestão clínica.*

147. LIPOMA PULMONAR: UM TUMOR INTRATORÁCICO POUCO COMUM

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

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: Os lipomas são neoplasias benignas com origem nos tecidos moles. A prevalência dos lipomas intrapulmonares ainda não está bem definida, pois a maioria dos relatos são de casos isolados. Quando existem, podem ser endobrônquicos ou periféricos, sendo os primeiros mais frequentes.

Discussão: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 73 anos, que recorreu ao SU por dispneia para pequenos esforços com 5 dias de evolução. À observação encontrava-se febril, com diminuição do murmúrio vesicular e fevres bibasais. Radiologicamente com opacidade na base direita, compatível com presença de derrame pleural. Em internamento cumpriu antibioterapia por suspeita de infeção respiratória, e foi realizada toracocentese diagnóstica, tendo o líquido pleural características de exsudado, com predomínio de polimorfonucleares. Posteriormente, confirmou-se em TC a presença de derrame pleural direito, e ainda, hipertrofia da gordura do espaço pleural na metade distal do hemitórax direito, pelo que realizou broncofibroscopia, que não evidenciou alterações. Repetiu TC após um mês, por manutenção de opacidade à direita em radiografia. Esta evidenciou uma massa heterogênea, principalmente lipomatosa, na parede torácica direita, de bordas lobuladas, medindo 11 × 35 mm. Após 2 biópsias transtorácicas guiadas por TC inconclusivas, foi solicitada RM. Esta descreveu uma massa de contorno lobulado composta por tecido adiposo, com 23 × 81 × 86 mm, e uma área isointensa vagamente nodular inferior, medindo 46 × 25 mm, suspeitando-se lipossarcoma. Após discussão do caso em reunião multidisciplinar, foi submetido a excisão cirúrgica da massa. Esta era constituída por adipócitos maduros, não se observando áreas de atipia celular. Para além de ser limitada pela pleura visceral, a neoplasia estendia a pseudocápsula para o parênquima pulmonar, este que mantinha a morfologia normal. As alterações detetadas permitiram obter diagnóstico de lipoma pulmonar. **Discussão:** Este caso mostra que o lipoma pulmonar, pelo seu crescimento lento, é muitas vezes assintomático, podendo ser encontrado por acaso. Os exames de imagem, nomeadamente a TC, são úteis na sua identificação, embora o diagnóstico definitivo requeira um exame histopatológico. Já o seu tratamento passa pela excisão cirúrgica, sendo que neste caso esta permitiu tanto o diagnóstico como a sua resolução.

Palavras-chave: *Lipoma pulmonar. Lipomatose. Tumor intratorácico.*

148. MASSA PLEURAL GIGANTE (QUASE) ASSINTOMÁTICA

F.P. Silva, C. Araújo, P. Castro, J. Rei, J. Miranda

ULS Guarda.

Introdução: Os tumores mais comuns da pleura são metastáticos, predominantemente com origem no pulmão, mama ou cólon. A origem pleural primária é rara, englobando uma grande variedade de lesões benignas e malignas.

Caso clínico: Homem, 69 anos, com antecedentes de DPOC e SAOS. Apresentava hamartoma à direita conhecido há cerca de 10 anos, em vigilância. Teve 2 internamentos em 3 meses por pneumotórax espontâneo à direita. Meios complementares de diagnóstico de relevo: TC toracoabdominopélvica: massa tumoral (16,7 cm) no campo pulmo-

nar direito, com extenso contacto com a pleura. Anatomia patológica de biópsia transtorácica (2º internamento): tumor fibroso solitário da pleura. Videobroncofibroscopia: sem alterações. Foi submetido a toracotomia posterolateral direita, realizando-se exérese “en bloc” da massa (16 × 15 cm) e de hamartoma (= 2 cm). A análise histológica revelou tumor fibroso solitário com risco intermédio de metastização (critérios da OMS) e hamartoma cartilágineo.

Discussão: Reportamos o caso de um tumor fibroso solitário (TFS) da pleura. Apesar das grandes dimensões, o paciente encontrava-se assintomático há anos, até desenvolver pneumotórax espontâneo ipsilateral. O tumor foi completamente removido cirurgicamente e o doente mantém-se em vigilância. Os TFS do tórax são raros e têm comportamento variável, sendo habitualmente indolentes, com comportamento benigno. Mais frequentemente surgem com menos de 10 cm, de forma incidental, em pacientes assintomáticos. Tumores maiores, têm maior probabilidade de malignidade e pior prognóstico. O tratamento de escolha é a cirurgia devendo a abordagem cirúrgica ser adequada à localização e extensão do tumor e envolvimento das estruturas envolventes. Lesões histologicamente malignas, de base alargada, mal delimitadas, com invasão local e, sobretudo, não completamente ressecadas apresentam maior risco de recorrência. Em pacientes assintomáticos discute-se a necessidade da ressecção tumoral dada a elevada benignidade destes tumores. Por outro lado, pode ser a única forma de se obter um diagnóstico. Mesmo tumores benignos completamente ressecados podem recorrer, pelo que um período de seguimento alargado é imperativo.

Palavras-chave: *Pleura. Tumor fibroso solitário.*

149. METASTIZAÇÃO PULMONAR DE DERMATOFIBROSSARCOMA PERTUBERANS: UM CASO CLÍNICO

F. Modesto, P. Trindade, C. Giesta, F. Freitas, J. Cardoso, P. Monteiro

Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução: O dermatofibrossarcoma pertuberans é um tumor raro com origem nos tecidos moles. Apesar de apresentar uma taxa de recidiva local elevada, a sua metastização à distância é rara ocorrendo em cerca de 6% dos casos. Quando ocorre o local mais comum é o pulmão.

Caso clínico: Apresenta-se um caso de um homem de 41 anos, natural da Guiné-Bissau, residente em Portugal há 5 anos, ex-fumador de 10 UMA. Como antecedentes pessoais destaca-se diagnóstico de dermatofibrossarcoma protuberans em 2021, cujo resultado anatomopatológico revelou margens não livres, tendo perdido seguimento em consultas subsequentes. Recorre ao médico assistente em dezembro de 2023 por toracalgia pleurítica e dispneia para esforços progressivamente menores até mmrc 3, associado a tosse seca. Analiticamente sem alterações a destacar. Realizou radiografia e TC torácicas que revelaram múltiplas lesões nodulares dispersas no parênquima pulmonar a maior no lobo médio com 35 mm e língua, com vidro despolido envolvente. Broncofibroscopia com lesão oclusiva do subsegmento lateral do lobo médio e oclusão por compressão extrínseca do subsegmento superior da língua. Biópsias brônquicas positivas para neoplasia mesenquimatosa CD34+, tendo-se assumido o diagnóstico de dermatofibrossarcoma metastático pT-1N0M1. Iniciou terapêutica com doxorubicina com intuito paliativo, aguardando reavaliação imagiológica.

Discussão: O principal fator de prognóstico do dermatofibrossarcoma é a metastização para outros órgãos, reduzindo significativamente a sobrevida a longo prazo. Neste caso, a exérese atempada da lesão residual após o conhecimento dos resultados anatomopatológicos teria um impacto significativo na história natural da doença e seu prognóstico vital do doente.

Palavras-chave: *Dermatofibrossarcoma pertuberans. Neoplasia.*

150. UMA ESPADA DE DOIS GUMES: APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

F. Modesto, M. Marçal, V. Caldeira, I. Fernandes

Centro Hospitalar de Setubal.

Introdução: A tuberculose e o cancro do pulmão são entidades distintas mas que podem apresentar alterações clínicas e imagiológicas semelhantes e mesmo coexistir.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 65 anos, ex-fumadora de 50 UMA, com antecedentes de doença arterial periférica, referenciada por tosse produtiva com expectoração mucopurulenta com 1 ano de evolução, expectoração hemoptóica, dispneia de esforço (mMRC 4) e perda ponderal. À observação com hipocratismos digitais, sem insuficiência respiratória em repouso. TC torácica com enfisema centrilobular e parasseptal, massa (35 mm) e nódulo (17 mm) espiculados no lobo inferior esquerdo (LIE), nódulo no lobo superior direito (LSD) e múltiplos pequenos nódulos no lobo médio e inferior direito, adenopatias retrocava, pré-traqueais e infracarinais e lesões líticas de arcos costais esquerdos. PET com hipercaptação pulmonar bilateral, envolvimento pleural, ósseo e ganglionar mediastino-hilar. Submetida a videobroncofibroscopia com sinais indiretos de neoplasia, mas escovado, lavado e biópsias brônquicas sem células ou tecido neoplásico. Realizada punção aspirativa transtorácica com anatomia patológica também negativa. Entretanto por cultura do lavado broncoalveolar positiva para *Mycobacterium tuberculosis* sensível (baciloscopias e PCR negativas), iniciou terapêutica antibacilar de 1ª linha. TC torácica após 2 meses de terapêutica com aumento da lesão do LIE (52 × 47 mm) com contacto pleural e envolvimento endobrônquico. Realizou nova biópsia transtorácica que identificou adenocarcinoma pulmonar TTF-1+, PD-L1 negativo, NGS sem mutações-alvo. Iniciou seguimento pela Oncologia Médica e foi instituído esquema de carboplatina, pemetrexedo, pembrolizumab e radioterapia paliativa para controlo alérgico. Reavaliação imagiológica após 1º ciclo de quimioterapia com redução significativa de todas as lesões pulmonares.

Discussão: Com este caso os autores destacam a importância de manter um elevado grau de suspeição para neoplasia, mesmo após um diagnóstico alternativo, de forma a evitar atrasos terapêuticos, com impacto no prognóstico vital. A pesquisa proativa de tuberculose e o seu tratamento parece favorecer os outcomes do tratamento oncológico.

Palavras-chave: *Tuberculose. Neoplasia. Adenocarcinoma pulmonar.*

151. PERICARDITE CONSTRICTIVA SECUNDÁRIA A ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

F. Henriques, A. Martins, A. Gameiro, S. Silva, C. Costa, S. Feijó

ULS Região de Leiria.

Introdução: O adenocarcinoma do pulmão pode condicionar atingimento pericárdico, sendo o derrame pericárdico com ou sem tamponamento a principal forma de apresentação. A pericardite constrictiva é rara e surge como perda de compliance pericárdica.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente de 58 anos, bancária, ex-fumadora (15UMA), com antecedentes pessoais de dislipidemia, hipertiroidismo e adenocarcinoma do pulmão estadio IVB com metastização óssea, ganglionar e do SNC. Por apresentar a deleção no exão 19 do EGFR iniciou terapêutica com osimertinib, com boa resposta. Um ano após início de terapêutica com TKI, é diagnosticado um derrame pericárdico com tamponamento cardíaco, tendo-se assumido, após a realização de pericardiocentese, progressão da doença. Iniciou, assim, terapêutica de 2ª linha com cisplatina e pemetrexed. Após 2 ciclos de QT, recorreu ao serviço de urgência por sensação de aperto retro-esternal, analiticamente com leucocitose e neutrofilia, GSA (3 L/min) com insuficiência

respiratória (pO₂: 82 mmHg), radiografia torácica com hipotransparência no andar inferior direito e ECG com inversão das ondas T no ECG compatível com patologia prévia. Ficou internada por PAC complicada de derrame pleural e iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico e claritromicina. Em D15 de internamento refere “sensação de picadas” (sic) na região pré-cordial e à observação apresenta ingurgitamento venoso cervical, edemas periféricos e hepatomegália. Analiticamente com elevação das transaminases. Após realização de ecocardiograma transtorácico sem presença de derrame pericárdico, a Cardiologia admitiu tratar-se de pericardite constrictiva subaguda de etiologia neoplásica. Na TC-tórax, a destacar densificações inflamatórias paracardíacas, espessamento pericárdico e derrame pleural direito. Iniciou colchicina, acetilsalicilato de lisina e diuréticos, no entanto sem melhoria. O caso foi ainda discutido com a cirurgia cardíaca que considerou não ter condições cirúrgicas, tendo a doente vindo a falecer após 3 dias.

Discussão: Embora o derrame pericárdico maligno secundário a neoplasia do pulmão, com ou sem tamponamento seja a forma de apresentação mais frequente, a pericardite constrictiva neoplásica sem derrame é um diagnóstico a ter em conta. Com este caso, os autores pretendem alertar para a possibilidade, embora rara, desta entidade.

Palavras-chave: *Adenocarcinoma do pulmão. Pericardite constrictiva.*

152. SARCOIDOSE: UMA CAUSA DE ASMA ALÉRGICA NÃO CONTROLADA?

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

Hospital Vila Franca de Xira.

Introdução: A sarcoidose é uma doença sistémica caracterizada por inflamação granulomatosa, com resposta dominante Th1. Porém, a prevalência de asma em doentes com sarcoidose é semelhante à da população geral.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de uma mulher, 30 anos, ex-fumadora (3 UMAs), com história de rinosinusite e asma alérgicas desde a infância, agravadas durante as gravidezes e com a exposição ao pêlo de cão. Referia exposição inalatória a álcoolis no local de trabalho e encontrava-se medicada com budesonida/formoterol, como terapêutica de resgate. Foi encaminhada à consulta de Pneumologia por quadro persistente de tosse seca e pieira. À observação, apresentava sinais de hiperinsuflação e sibilos bilaterais, pelo que ficou medicada com budesonida/formoterol inalados em dose média como terapêutica de manutenção, com controlo da sintomatologia. As provas de função respiratória demonstraram aumento da resistência das vias aéreas com melhoria após a prova de broncodilatação. A radiografia torácica revelou alargamento do mediastino e padrão intersticial bilateral. Analiticamente, apresentava eosinofilia periférica (310/uL), elevação dos níveis séricos da imunoglobulina E (161 KU/L) e enzima conversora da angiotensina (70,6 U/L), encontrando-se sensibilizada para pêlo de cão, gato e plátano. Realizou tomografia computadorizada do tórax que identificou padrão reticular nos lobos superiores, micronódulos perilinfáticos, com o sinal da galáxia, e adenopatias mediastínicas e hilares. Realizou videobroncofibroscopia e ecoendoscopia endobrônquica com visualização de alargamento da carina e identificação de adenomegalias nas estações 4R, 4L, 7, 10R, 11R e 11L, tendo sido efectuado lavado bronco-alveolar, aspirado brônquico e biópsia aspirativa ganglionar trans-brônquica. As citologias aspirativas de 7 e 11L revelaram alterações compatíveis com linfadenite granulomatosa. Não se verificaram isolamentos microbiológicos ou identificação de células neoplásicas nos produtos obtidos. Os achados foram compatíveis com o diagnóstico de sarcoidose com envolvimento ganglionar e pulmonar.

Discussão: A conjugação da clínica com as alterações radiológicas, analíticas e anatomo-patológicas, foi sugestiva da associação dos diagnósticos de sarcoidose e asma alérgica. Este caso merece especial destaque, uma vez que estes doentes tendem a ser mais sintomáticos.

Palavras-chave: *Sarcoidose. Asma.*

153. QUANDO A ORIGEM É INCERTA

M.G. Maciel, A.R. Afonso, L. Gomes, D.T. Silva.

ULSTMAD.

Introdução: Carcinoma metastático de origem primária desconhecida representa 2% das neoplasias invasivas. O carcinoma epidermóide surge em ~ 5% destes e a neoplasia pulmonar deve configurar como diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Homem, 49 anos, ex-fumador (35UMAs), antecedentes de carcinoma das cordas vocais T1N0M0 em 2019, em vigilância após radiofrequência. Observado em consulta de Cirurgia por lesão cutânea para-esternal esquerda, dura, 6 × 6,5 cm, de crescimento progressivo, cuja biópsia evidenciou neoplasia epitelial maligna, sugestiva de diferenciação epidermóide. RMN torácica mostrou lesão sólida (44 × 43 × 32 mm) hipercaptante no segmento apical do lobo inferior direito (LID). Em consulta de Pneumologia, realizado o seguinte estudo: BTT a nódulo do LID, com necrose hemorrágica; BFO sem alterações endobrônquicas e citologia negativa para células malignas; PET-CT a sugerir lesão neoplásica maligna do LID (QSU-Vmax 7,9), envolvimento ganglionar hilar ipsilateral e mediastínico, pleural direito e cutâneo na região peitoral esquerda e nódulo renal direito (dúvida se metástase pulmonar ou primitivo renal). Discutido em reunião de grupo de tumores torácicos (RGTT), assumida neoplasia primária pulmonar e iniciado tratamento com carboplatino e paclitaxel. Após 2º ciclo, por cefaleias e hipoacusia, realizou RMN cerebral - 3 lesões ocupantes de espaço. TC TAP mostrou progressão a nível pulmonar. Em RGTT, proposta 2ª linha com nivolumab e RT holocraneana. Removida metástase cutânea pela Cirurgia Plástica, com evidência histológica de carcinoma epidermóide invasor, a aguardar estudo NGS. Após 5 ciclos de nivolumab referida lombalgia de novo, com TC TAP a mostrar progressão pulmonar e renal, pelo que, após nova RGTT, foi proposta biópsia renal e nova BFO. Biópsia renal evidenciou carcinoma urotelial invasor de alto grau e biópsias brônquicas carcinoma epidermóide invasor. Após nova RGTT decidida 3ª linha terapêutica e aguardar NGS de peça operatória cutânea. Ocorreu óbito por intercorrência infecciosa antes de progredir para 3ª linha.

Discussão: Este caso retrata o desafio diagnóstico e terapêutico de uma neoplasia metastazada à apresentação, salientando a importância da abordagem multidisciplinar e a necessidade de investigação contínua e desenvolvimento de estratégias mais céleres e eficazes.

Palavras-chave: *Carcinoma metastático de origem primária desconhecida. Carcinoma epidermóide.*

154. SÍNDROME DE LOFGREN - UMA APRESENTAÇÃO MENOS COMUM DE SARCOIDOSE

M.G. Maciel, A.R. Afonso, A. Vale

ULSTMAD.

Introdução: A sarcoidose é uma doença multissistémica granulomatosa, cuja apresentação pode ser heterogênea. A síndrome de Lofgren caracteriza-se pela tríade de adenopatias hilares, artralgias e eritema nodoso, podendo ser observada em menos de 10% dos casos de sarcoidose.

Caso clínico: Sexo masculino, 31 anos, ex-fumador (10 UMA), sem outros antecedentes. Observado em serviço de urgência por edema e pápulas dolorosas dos membros inferiores, artralgia bilateral do

punho, lombalgias e sensação de dispneia. Estudo analítico sumário em contexto de urgência e ECG sem alterações de relevo, sem insuficiência respiratória e radiografia torácica com alargamento bilateral da região hilar, tendo tido alta medicado com AINE e indicação para realização de TC torácica nos cuidados de saúde primários. Por ausência de melhoria sintomática, recorreu a consulta em hospital privado, com prescrição de corticoterapia intramuscular. Posteriormente referenciado a consulta de Pneumologia por alterações em TC torácica - conglomerados linfáticos em ambas as regiões hilares e praticamente todos os segmentos do mediastino, achados descritos como compatíveis com sarcoidose. Do estudo realizado em consulta destaca-se: VS de 17 mm/1.ª h, hipercalcemia de 10,5 mg/dL, ECA 126U/L, estudo auto-imune negativo, LBA com alveolite linfocítica com relação CD4/CD8 de 1,88, EBUS-TBNA com biópsias de estações 7 e 11L a evidenciar processo inflamatório crônico granulomatoso e PET-FDG com evidência de formações ganglionares bronco-hilares bilaterais com discreta captação, inespecíficas, não permitindo excluir sarcoidose com atividade inflamatória residual. Assim, assumido diagnóstico de sarcoidose, de apresentação aguda com síndrome de Lofgren. TC torácica após 6 meses com diminuição dimensional marcada dos gânglios mediastínicos e hilares bilaterais, sem dimensões patológicas. Atualmente o doente encontra-se em vigilância em consulta de Pneumologia, sem sintomatologia ou terapêutica dirigida.

Discussão: Este caso ilustra o processo diagnóstico de uma forma menos comum de apresentação de sarcoidose, destacando a importância de uma suspeita clínica precisa e estudo etiológico dirigido. Apesar de associada a melhor prognóstico do que outras formas de sarcoidose, a síndrome de Lofgren continua a requerer vigilância na fase inicial após remissão.

Palavras-chave: *Síndrome de Lofgren. Sarcoidose.*

155. COLUNA E PULMÃO: A UMA CÉLULA NEOPLÁSICA DE DISTÂNCIA

H.S. Martins, C.L. Matos, D.S. Gomes, R. Maneiras

USF Alpha-ULS da Região de Aveiro.

Introdução: Aproximadamente 20% dos pacientes com carcinoma não pequenas células apresentam metastização óssea na apresentação.

Caso clínico: Sexo masculino, 46 anos, não fumador, autônomo. Recorreu à USF por dor na região dorsal esquerda com 7 meses de evolução, inicialmente suscitada pelo exercício físico, porém desde há 3 meses com dor posicional. Sem sintomas constitucionais. Realizou radiografia dorsolumbar que revelou discopatia de L4-L5 e L5-S1. ECG, ecocardiograma e radiografia do tórax sem alterações. Ao exame objetivo localiza a dor na região dorsal esquerda junto ao bordo medial da omoplata, sem dor à palpação. Sem alterações à auscultação cardiopulmonar. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, nem medicação habitual. História de exposição a amianto durante 15 anos. Por manutenção de dor à palpação de características inespecíficas, apesar de analgesia adequada, solicitou-se TC torácica que revelou “nódulo no segmento basal medial do lobo médio, com 15 mm e irregularidade dos contornos; lesões líticas nos corpos vertebrais D2-D4.” Foi referenciado para consulta no IPO do Porto, onde efetuou biópsia aspirativa transtorácica do nódulo, cujo diagnóstico foi inconclusivo, e PET-TC que mostrou “hipercaptação em gânglios mediastino-hilares e a nível ósseo de D2-D4, em relação com envolvimento secundário”. Assim, realizou EBUS com biópsia aspirativa do gânglio na estação 7, confirmando o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão em estadio IVb. No estudo genético foi detetada a variante oncogénica E746_A750del, no gene EGFR. Inicialmente proposto para quimioterapia paliativa, porém após estudo genético iniciou terapêutica dirigida com osimertinib.

Discussão: A metastização óssea do carcinoma pulmonar é frequentemente sintomática. A patologia músculo-esquelética da coluna vertebral é um motivo frequente de consulta em Medicina Geral e

Familiar, estando, maioritariamente, relacionada com alterações degenerativas. Porém, quando refratária a analgesia adequada, deve haver elevada suspeição para um diagnóstico de base alternativo. Pretende-se assim alertar para a importância de equacionar diferentes hipóteses diagnósticas, quando surgem queixas comuns que não resolvem com terapêutica adequada.

Palavras-chave: *Adenocarcinoma pulmonar. Metastização óssea. Dorsalgia. Osimertinib.*

156. BRONQUIECTASIAS A PSEUDOMONAS STUTZERI: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

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

Hospital de Santa Marta.

Introdução: A *Pseudomonas aeruginosa* é dos microorganismos mais responsáveis por infeção respiratória e colonização nos doentes com bronquiectasias. Dentro do grupo não-aeruginosa, como são exemplo: *Pseudomonas fluorescens*, *putida* e *stutzeri*, apesar de menos prevalentes e mais raramente causadores de infeção, têm também sido isolados na expectoração destes doentes e assim, debatida a sua relevância clínica.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem, 71 anos, não fumador, com antecedentes de sinusite crónica e bronquiectasias por infeções de repetição. Iniciou quadro de agravamento da tosse habitual, produtiva, dor pleurítica esquerda, cansaço, anorexia e perda de peso, tendo realizado TC-torácica com consolidação de novo do lobo inferior direito e médio. Realizou broncofibroscopia com colheita de lavado broncoalveolar sem isolamento de agente. Iniciou amoxicilina-ácido clavulânico e clindamicina, que cumpriu durante 6 semanas, com melhoria sintomática ligeira. Por persistência de consolidação radiológica e tosse produtiva, realizou nova broncofibroscopia, com evidência de secreções purulentas, com isolamento cultural de *Pseudomonas stutzeri* e excluída neoplasia pulmonar. Iniciou ciprofloxacina que manteve durante 2 meses, realizou programa de reabilitação respiratória e apresentou melhoria clínica, radiológica e laboratorial evidente. No entanto, após 4 meses da suspensão da antibioterapia, apresentou agravamento clínico com tosse produtiva e perda ponderal, tendo sido novamente isolada *Pseudomonas stutzeri* no exame cultural da expectoração. Foi assim assumida colonização, iniciou colistina inalada diária e dispositivo de pressão positiva oscilatória expiratória. Consequentemente, com controlo das exacerbações, melhoria clínica, com redução de expectoração e ganho ponderal, laboratorial e radiológica, com redução da consolidação e resolução do infiltrado/sinais de infeção ativa peri-consolidação.

Discussão: Com este caso pretende-se ressaltar a relevância destes agentes etiológicos, menos frequentemente interpretados como causadores de doenças nos doentes imunocompetentes. Contudo não desprezáveis do ponto de vista infeccioso com necessidade de terapêutica dirigida e crónica para estabilização clínica e vigilância ativa de novas exacerbações e evolução radiológica.

Palavras-chave: *Bronquiectasias. Pseudomonas stutzeri. Antibioterapia inalada.*

157. HOMEM MICHELIN

I.L. Santos, R. Borrego, J. Leão, K. Lopes, C. Barata, S. André, F. Nogueira

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução: O pneumomediastino espontâneo é uma entidade pouco frequente na prática clínica, sendo a sua complicação mais frequente o enfisema subcutâneo. O seu diagnóstico pode ser desafiante devido à apresentação clínica inespecífica, no entanto, por norma, resolve sem necessidade de medidas específicas.

Caso clínico: Homem de 20 anos, com antecedentes pessoais conhecidos de rinosinusite crónica, tabagismo ativo de 10 cigarros/dia e consumo ocasional de canabinoides inalados. Apresentava quadro de início súbito de edema progressivo da face e cervical, após ter consumido álcool e ecstasy num festival. Por suspeita de reação anafilática foi encaminhado ao serviço de urgência. Negava traumatismo ou queda, mas referia amnésia parcial para o sucedido. Negava dispneia ou toracalgia. Ao exame objetivo apresentava marcado edema do olho e hemiface direitos e enfisema subcutâneo da região temporal e hemitórax direitos. Hemodinamicamente estável. Auscultação pulmonar sem alterações. Realizou TC cranioencefálico, órbitas, pescoço e tórax que mostrou bolhas gasosas nas regiões fronto-orbitárias, à direita com extensão pós-septal, embora em topografia extracónica; exuberante enfisema subcutâneo que atinge toda a região cervical anterior e lateral, dissecando as estruturas vasculares e musculares; exuberante enfisema subcutâneo ao nível do tórax e pneumomediastino, sem evidência de pneumotórax. Face à extensão do pneumomediastino e enfisema subcutâneo, foi internado em vigilância na Unidade de Ventilação Não Invasiva do serviço de Pneumologia. Durante o internamento cumpriu oxigenoterapia suplementar com o intuito de promover a absorção de ar, sem necessidade de outras medidas invasivas, apresentando evolução favorável. Teve alta após 5 dias com regressão praticamente completa do pneumomediastino e enfisema subcutâneo, encaminhado para consulta externa de Pneumologia.

Discussão: O relato deste caso clínico pretende alertar e consciencializar para esta entidade, que embora pouco frequente e geralmente de bom prognóstico, condiciona por vezes formas de apresentação inquietantes.

Palavras-chave: *Pneumomediastino espontâneo. Enfisema subcutâneo.*

158. NEM TUDO O QUE PARECE É - A PROPÓSITO DE UMA MASSA PULMONAR

I.L. Santos, K. Lopes, J. Leão, C. Barata, F. Nogueira

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução: O hematoma intrapulmonar é uma entidade rara cuja causa mais frequente é o trauma torácico, no entanto, há casos relatados de hematoma intrapulmonar espontâneo.

Caso clínico: Mulher de 75 anos, que se apresenta no serviço de urgência com quadro com 2 semanas de dispneia, tosse e dorsalgia direita com irradiação ao ombro. Negava febre ou perda ponderal. Negava trauma torácico. Antecedentes pessoais de tabagismo ativo de 4 cigarros/dia (CT 30UMA), doença cerebrovascular e cirurgia de excisão de queratoquisto odontogénico 2 semanas antes do início dos sintomas. Medicada habitualmente com clopidogrel, que suspendeu 2 semanas antes da referida cirurgia e que ainda não teria retomado. Ao exame objetivo apresentava diminuição do murmúrio vesicular na base direita. Realizou estudo analítico que mostrou queda de hemoglobina de 4 g/dL e raio-X de tórax que mostrou hipotransparência arredondada apical direita e hipotransparência na base direita. A TC-tórax mostrou uma volumosa massa na vertente supero-posterior do hemitórax direito com 10 × 5,8 cm, contornos regulares, relativamente homogénea e com contacto pleural, associada a moderado derrame pleural direito, suspeita de neoplasia. Foi encaminhada para consulta de Pneumologia e proposta para toracocentese e BATT guiada por TC. A BATT revelou uma amostra sugestiva de sangue com coágulos, a favor de derrame pleural e hematoma organizados. A anatomia patológica foi compatível com hiperplasia mesotelial reativa, negativo para malignidade. Realizou ainda PET-TC que mostrou massa pulmonar superior direita com inexpressivo sinal metabólico (SUV máximo de 3,30). O líquido pleural da toracocentese diagnóstica mostrou um exsudado, sem células compatíveis com metástase de carcinoma. Após discussão com Cirurgia Torácica e Imagiologia, optou-se por manter vigilância e con-

trola radiológica, tendo realizado TC-tórax após 3 e 5 meses que mostrou diminuição progressiva das dimensões da massa para 5,7 × 5,3 cm e 2,5 × 0,9 cm, com resolução do derrame pleural livre.

Discussão: A raridade do hematoma intrapulmonar espontâneo e a ausência de orientações terapêuticas tornam o seu diagnóstico e estratégia de abordagem desafiantes. Acreditamos que a descrição destes casos raros pode contribuir para a compreensão desta entidade e para a compreensão da melhor estratégia de abordagem.

Palavras-chave: *Massa pulmonar. Hematoma intrapulmonar. Hematoma intrapulmonar espontâneo.*

159. SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD, QUANDO PENSAR NELE?

I.M. Júlio, A. Almendra, C. Bárbara

ULS Santa Maria.

Introdução: A síndrome de Swyer-James-MacLeod (SSJM) é uma patologia rara, acredita-se que seja o resultado de bronquiólite obliterante infantil. Caracteriza-se por hipoplasia unilateral da vasculatura pulmonar e hiperdistensão alveolar, com ou sem bronquiectasias associadas. A maioria permanece assintomática e uma minoria apresenta infeções pulmonares recorrentes, sibilância, tosse produtiva e toracalgia pleurítica.

Caso clínico: Homem de 21 anos, jogador de futsal federado. Antecedentes de asma brônquica, rinite alérgica com atopia a ácaros (sob Budesonida/Formotetol 160/4,5 mg 2x/dia e Montelucaste 10 mg) e infeção por Adenovírus na infância. Foi referenciado à Consulta de Pneumologia em fevereiro de 2023 por infeções respiratórias de repetição associadas a exacerbação da asma, mantendo tosse com expectoração amarelada de difícil mobilização e limitação ao esforço intenso após resolução das mesmas. Negou outra sintomatologia como pieira, dispneia e incumprimento terapêutico, apresentando provas de função respiratória normais. Apurou-se história de infeções respiratórias de repetição desde a infância. À observação com MV simétrico, crepitações dispersas, mais evidentes no terço inferior esquerdo, e discretos sibilos. Neste contexto iniciou terapêutica mucolítica e realizou estudo analítico com serologias infecciosas, perfil completo de auto-imunidade e imunoglobulinas, sem alterações de relevo. Realizou radiografia de tórax com aparente hipertransparência do hemitórax esquerdo e, posteriormente, TC tórax para melhor esclarecimento, que demonstrou: “Bronquiectasias cilíndricas à esquerda, com impactações endoluminais e radiolucência do parênquima”, concluindo-se assim o diagnóstico de SJMS. Com a introdução de mucolíticos e fisioterapia respiratória adequada, o doente apresentou melhoria substancial da clínica inicial, sem novos episódios respiratórios de índole infecciosa.

Discussão: A SSJM representa um desafio diagnóstico, pois a sua apresentação é inespecífica e pode mimetizar ou sobrepor outras condições respiratórias, incluindo a asma. Este caso permite concluir acerca da importância de investigar esta entidade em doentes com infeções respiratórias recorrentes inexplicáveis, de forma a proceder à prevenção primária das mesmas, nomeadamente através de técnicas como percussão e drenagem postural.

Palavras-chave: *Síndrome de Swyer-James-MacLeod. Bronquiólite obliterante. Bronquiectasias. Asma.*

160. QUISTO MÜLLERIANO DO MEDIASTINO ANTERIOR: UM RELATO DE CASO

I.F. Pedro, M. Bragança, M.J. Santos, A. Nawojowska, M. Alvoeiro, F. Félix, C. Bárbara

ULS Santa Maria.

Introdução: Os quistos primários do mediastino representam 12-30% de todas as massas mediastínicas (MM), com os quistos congénitos

a representar 10-12% das MM. Os quistos müllerianos com origem mediastínica (QMM), descritos pela primeira vez em 2005 por Hattori, são relatados como raros na literatura, sendo ainda menos frequente a sua apresentação como MM anteriores.

Caso clínico: Mulher, 76 anos. Não fumadora. Lúpus eritematoso sistémico com 10 anos de evolução e adequado controlo; Status pós tromboembolismo pulmonar em 2017 sem fator de risco identificado. Seguida em consulta (CE) de Pneumologia do nosso centro desde 2016 por infiltrados pulmonares em vidro despolido (VD), estáveis desde então. No âmbito da vigilância imagiológica das lesões em VD, documentada, na TC de tórax de 2018, formação nodular com densidade hídrica em topografia à loca tímica com 15 mm de maior eixo que se manteve estável até fevereiro 2022, altura em que passou a apresentar dimensões de 33 × 37 × 35 mm. Realizada RM torácica em julho de 2022 que mostrou novo aumento dimensional (58 × 47 × 37 mm) da lesão no mediastino anterior, lateralizada à esquerda e com contacto pericárdico; com hipersinal em T2 e hipossinal em T1, não captante e sem restrição à difusão, suspeita de se tratar de uma lesão quística do mediastino versus divertículo pericárdico. Estudo funcional respiratório e ecocardiograma transtorácico sem alterações. Encaminhada para avaliação em CE de Cirurgia Torácica, tendo sido submetida a excisão da lesão mediastínica por VATS em julho de 2023. A anatomia patológica mostrou peça de tumorectomia com 32.7g e 95 × 25 × 23 mm, superfície interna lisa e ocupada por líquido seroso, compatível com quisto mülleriano. À data, mantém-se assintomática e sem recidiva da lesão.

Discussão: Os QMM são lesões benignas raras que ocorrem maioritariamente em mulheres pós-menopáusicas e, após a excisão cirúrgica, não está descrita recidiva das mesmas, dados concordantes com o caso apresentado. A sua localização mais frequente é no mediastino posterior, mas o caso alerta para o facto de que esta entidade deve ser considerada também no diagnóstico diferencial das massas do mediastino anterior. Pela sua infrequência, são particularmente importantes mais relatos de casos com vista a obter mais informação sobre esta condição e a sua história natural.

Palavras-chave: *Quisto mülleriano. Mediastino. VATS.*

161. HIDROPNEUMOTÓRAX E O SÍNDROME DE BOERHAAVE

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

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A ruptura esofágica ou síndrome de Boerhaave condiciona mediastinite química, que rapidamente evolui para infeção bacteriana. Os autores trazem este caso pela necessidade de uma história cuidada e rápida atuação nestes doentes.

Caso clínico: Homem, 77 anos, com diabetes mellitus tipo 2 e disglucémia em estudo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por hiperglicémia. Apresentava cetonemia e hiperglicémia. Havia recorrido 4 dias antes por vômito, dor tipo moimha na região epigástrica, pirose, e dor salga infracostal, desde toma de um comprimido. Apresentava diminuição do murmúrio vesicular na base direita e acidémia metabólica. Leucócitos 10.700 com PCR 24 mg/dl e radiografia de tórax com hipotransparência volumosa subpleural apical e a nível médio à direita e cavidade com nível no seio cardio-frênico direito. Assumiu-se abscesso loculado e iniciou antibioterapia empírica. No início verificou-se cetoacidose diabética de difícil controlo e realizou TC torácica para esclarecimento - derrame pleural loculado de grande volume à direita com hidropneumotórax e bolhas de ar, condicionando atelectasia do pulmão direito e alteração da parede do esófago adjacente à junção esófago-gástrica, a favor de ruptura, pelo que foi admitido em Unidade de Cuidados Intensivos. Colocado dreno torácico com saída de conteúdo sero-purulento e hiperamilasémia. Colocou prótese esofágica ao 4º dia após admissão e no 5º dia submetido a desbridamento pleural por toracoscopia videoassistida.

tida. Permaneceu 40 dias nos cuidados intensivos, com drenagem purulenta. Ficou sob lavagem pleural contínua, com efeito no controlo sistémico da infeção. Verificou-se loca pleural persistente, colonizada por *Candida* sp., pelo que cumpriu múltiplos ciclos de antibioterapia de largo espetro, incluindo cobertura para fungos. 52 dias após a primeira intervenção, submetido a novo desbridamento pleural. Contudo, apesar da re-intervenção, o doente apresentava mau estado nutricional e miopatia dos cuidados intensivos, com evolução desfavorável, tendo vindo a falecer.

Discussão: O síndrome de Boerhaave é habitualmente um diagnóstico incidental. Devemos suspeitar dele em doentes com toracalgia ou cervicalgia intensas ou dor no quadrante abdominal superior após um episódio de vômito, para que a nossa intervenção possa ser o mais precoce possível.

Palavras-chave: *Hidropneumotórax. Boerhaave. Desbridamento pleural.*

162. NEOPLASIA NO PULMÃO - PRIMÁRIO OU SECUNDÁRIO?

I.M. Macedo, M. Marçal, V. Silva, J.D. Cardoso, F. Freitas, P. Monteiro

Serviço de Pneumologia, ULS Santa Maria.

Introdução: Vários tumores extrapulmonares podem metastizar para os brônquios. Os sintomas e achados imagiológicos são semelhantes àqueles das neoplasias primárias do pulmão. O sarcoma sinovial é um tumor raro e pouco frequentemente envolve o tórax. A metastização endobrônquica é ainda mais rara.

Caso clínico: Homem, 56 anos, com antecedentes pessoais de hepatite C, hábitos etanólicos e toxifílicos mantidos. Diagnosticado em 2022 com sarcoma sinovial monofásico cervical, sem metastização à distância, tendo sido submetido a cervicotomia lateral direita e radioterapia adjuvante por R1. Abandonou seguimento. Internado em 2023 por pneumonia hipoxemiante com hemoptises, altura em que foram detetados em tomografia computacional torácica múltiplos nódulos pulmonares dispersos bilateralmente, assim como massas pleurais e adenopatias mediastínicas e hilares. A broncofibroscopia revelou uma lesão pediculada endobrônquica ao nível do segmento lateral do lobo inferior esquerdo, cuja biópsia confirmou tratar-se de metástase de sarcoma sinovial. Foi determinada indicação para tratamento sistémico, mas o doente veio a falecer ainda durante o internamento.

Discussão: A discriminação histopatológica dos tumores endobrônquicos face às neoplasias primárias do pulmão deve ser realizada. A metastização torácica, e particularmente a endobrônquica, do sarcoma sinovial, é rara.

Palavras-chave: *Sarcoma sinovial. Tumor endobrônquico. Metastização. Broncofibroscopia.*

163. O PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO SECUNDÁRIO NO ADULTO JOVEM

J.T. Felgueiras, C. Ramalho, M. Coelho, P. Malhadas, A. Cardoso

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho.

Introdução: O pneumotórax espontâneo secundário consiste na interposição de ar entre os 2 folhetos da pleura em doentes com patologia pulmonar subjacente, podendo originar quadros graves de falência respiratória. Assim, este deve ser sempre equacionado perante um quadro de dor torácica ou abdominal, particularmente se súbita e intensa, mesmo em doentes jovens.

Caso clínico: Um homem de 36 anos, sem antecedentes pessoais de doença conhecidos, recorreu ao serviço de urgência com dor epigástrica súbita com 1 hora de evolução e intensidade de 8/10. Foram negados quaisquer outros sintomas. Referiu hábitos tabágicos

com 40 unidades maço/ano e consumos regulares de haxixe. Ao exame objetivo, apresentava-se emagrecido, agitado e ansioso, polipneico e taicárdico (116 batimentos por minuto) apirético, normotenso e com saturações periféricas de oxigénio dentro da normalidade. À auscultação pulmonar foi notória uma diminuição do murmúrio vesicular de forma global à direita e não se encontraram alterações na auscultação cardíaca. Foi feita uma gasimetria arterial assim como análises sérias que se encontravam dentro da normalidade, incluindo as enzimas miocárdicas. Foi realizada uma radiografia do tórax que revelou um pneumotórax de grande volume à direita que foi depois abordado, através da colocação de dreno torácico. A TC do tórax realizado posteriormente revelou ainda “extensas alterações enfisematosas, particularmente em topografia apical direita, com enfisema de padrão fundamentalmente parasseptal... algumas bolhas de enfisema parasseptal contralateral”. Foi realizada uma resseção cirúrgica do lobo superior direito e pleurodese química por videotoracoscopia, tendo tido alta ao 5º dia, encaminhado para consulta de cirurgia torácica e para um programa de reabilitação respiratória. Cerca de 1 mês depois estava assintomático e com uma significativa reexpansão pulmonar.

Discussão: O pneumotórax espontâneo deve ser sempre equacionado perante uma toracalgia/abdominalgia súbita e intensa, particularmente perante um doente com patologia pulmonar estrutural já conhecida. Ainda que a DPOC seja a causa mais comum, juntamente com a asma e a fibrose quística, o tabagismo enquanto factor de risco não deve nunca ser esquecido, mesmo em adultos jovens sem patologia pulmonar conhecida até à data.

Palavras-chave: *Pneumotórax espontâneo. Tabagismo adulto.*

164. UMA MASSA TORÁCICA - UM SUSPEITO INCOMUM

J.T. Felgueiras, J.N. Mascarenhas, J. Diogo, A. Ribeiro, M. Barbosa, R. Câmara, K. Lopes, H. Garcez, C. Alves, M.J. Simões

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho.

Introdução: A abordagem dos tumores torácicos é um desafio importante dadas as múltiplas etiologias possíveis e a sua prevalência crescente. Este caso ilustra a dificuldade de abordagem destes casos e a multiplicidade de diagnósticos diferenciais.

Caso clínico: Mulher de 53 anos, sem antecedentes relevantes, recorreu ao SU com uma toracalgia pleurítica e cansaço com uma semana de evolução. O exame físico revelou apenas uma diminuição do murmúrio vesicular à direita e um estrabismo convergente do olho esquerdo associado a ptose palpebral. Inicialmente destaca-se apenas uma elevação isolada da PCR e uma insuficiência respiratória hipoxémica. Tinha uma opacidade em toalha heterogénea nos 2 terços inferiores à esquerda na radiografia do tórax e a TC-tórax de urgência revelou um volumoso DP direito associado a uma densificação irregular do parênquima pulmonar no LSD a traduzir uma possível massa. Além disso tinha evidência de nodularidades parenquimatosas a nível do pulmão contralateral e a nível abdominal correspondendo prováveis de depósitos secundários e um marcado envolvimento adenopático mediastínico paratraqueal direito e subcarinal. Foi internada, realizou drenagem e análise do líquido pleural que se revelou um exsudado hemático inespecífico com estudo microbiológico negativo. A BFO documentou sinais de compressão extrínseca dos segmentos da pirâmide basal direita, tendo o LBA dirigido, EBA e estudo MB das secreções brônquicas sido inconclusivos. Foi realizada punção aspirativa da massa tumoral através de EBUS ficando o resultado pendente. Entretanto, tinha uma recente TC-CE que não revelou alterações e foi pedida uma angio-RMN CE que identificou um pequeno nódulo no quadrante inferior e interno da órbita esquerda. A PET-TC realizada ao qual que possível mostrou múltiplos focos hipermetabólicos a nível para-hilar no LSD, campo pulmonar esquerdo, costelas bilateralmente, no glúteo esquerdo e numa volumosa massa no rim esquerdo. A biópsias desta massa foi inconclusiva. Alguns dias depois obteve-se o resultado imunohisto-

químico do material colhido através de EBUS que restabeleceu o diagnóstico de carcinoma renal.

Discussão: Embora o tumor primário do pulmão seja dos tumores mais prevalentes no mundo, perante uma massa torácica não devemos descurar a possibilidade de se tratar de um tumor secundário, ainda que menos frequente, como o tumor renal.

Palavras-chave: EBUS. Massa torácica. Neoplasia.

165. POR DETRÁS DE UMA HIPERTENSÃO GRAVE: UMA APNEIA GRAVE

R.M. Gouveia, J.C. Guimarães

USF Marquês-ULS RL.

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte em todo o mundo. A hipertensão arterial (HTA) assume um papel primordial na gênese e progressão das DCV. O controlo da tensão arterial é fulcral para reduzir a morbidade e mortalidade associadas. Com a DCV podem coexistir outras doenças: é o caso da síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). Para além da SAOS ser globalmente subdiagnosticada e subtratada, a evidência existente tem demonstrado não só uma forte implicação da SAOS no desenvolvimento da HTA, como também o benefício do uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) sobre o controlo da tensão arterial diurna.

Caso clínico: Este caso relata uma paciente de 67 anos, com antecedentes pessoais de excesso de peso, HTA, dislipidemia, hipotiroidismo e depressão que procurou ajuda médica referindo valores de tensão arterial elevados, predominantemente, durante o período da manhã. Foi observada em consulta, tendo-lhe sido feita otimização terapêutica. No entanto, apesar de garantida a adesão terapêutica, os valores de tensão arterial matinais mantiveram-se mal controlados. Numa consulta posterior, e após exclusão de outros eventuais fatores causais para esta HTA matinal, foi avaliado o risco de SAOS através do questionário STOP-Bang e aplicada a Escala de Sonolência de Epworth, revelando um risco intermédio de SAOS (3 pontos) e aparente ausência de sonolência diurna (4 pontos), respetivamente. Embora a doente não apresente um risco elevado para SAOS, a HTA refratária sem outro fator desencadeante aparente, motivou a referenciação a consulta hospitalar de Pneumologia. A paciente realizou um estudo poligráfico do sono noturno e foi estabelecido o diagnóstico de SAOS grave. Foi prescrito tratamento com CPAP e o perfil tensional da doente normalizou sem necessidade de intervenção terapêutica adicional.

Discussão: O papel do médico de família na abordagem holística dos pacientes é essencial para uma orientação clínica mais assertiva. Apesar deste caso parecer, numa primeira instância, apenas um caso de mau controlo de tensão arterial, este veio a revelar-se um exemplo da importância do diagnóstico diferencial e da íntima relação da SAOS com a DCV. É também relevante evidenciar que a SAOS pode coexistir com a ausência de sonolência diurna.

Palavras-chave: Apneia obstrutiva do sono. Hipertensão arterial. Pressão positiva contínua nas vias aéreas.

166. RESSEÇÃO ENDOSCÓPICA DE HAMARTOMA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Lourenço, L. Rodrigues, P. Matos, M. De Santis, A. Estevão, L. Barradas

Hospital Pedro Hispano, ULSM.

Introdução: Hamartomas pulmonares representam tumores benignos de crescimento lento, constituídos por uma mistura anormal de tecidos mesenquimatosos (gordura, cartilagem, osso e músculo li-

so). Apesar de serem achados incidentais comuns no adulto de meia-idade, estima-se que as formas endobrônquicas totalizem apenas 5% dos casos. Estes podem mais facilmente condicionar sintomas, como tosse persistente e hemoptises, estando associados a risco de obstrução de via aérea.

Caso clínico: Homem de 59 anos, ex-fumador (50 UMA). Clínica de dispneia e pieira de agravamento progressivo há vários anos, filiada em contexto de asma, sem melhoria com inaloterapia. Sem história de engasgamento. Realizou TC-tórax que evidenciou lesão tecidual extensamente calcificada ao nível da bifurcação do brônquio principal esquerdo (BPE) com 17 × 9,5 mm, parcialmente obstrutiva do lúmen, verificando-se encarceramento aéreo esquerdo em fase expiratória. Espirometria com alteração ventilatória obstrutiva não reversível. Na BFO visualizada volumosa lesão dura, polilobulada e vascularizada na parede supero-lateral do BPE, condicionando obliteração luminal > 90%. Conseguiu-se reperfuração endobrônquica total com recurso a ansa diatérmica e criosonda de 1,7 mm, ficando apenas remanescente da lesão implantada a nível de b6 esquerdo. Controlo hemostático adicional efetuado com coagulação com árgon plasma (APC) tangencial e balão de Arndt, colocado profilaticamente a montante da lesão. As criobiópsias da lesão foram compatíveis com hamartoma condroide. TC-tórax de reavaliação com identificação de lesão endobrônquica residual de 7 × 5 mm ao nível do segmento b6 esquerdo. Repetiu BFO aos 2 meses, para remoção de lesão polipoide residual com ansa com eletrocoagulação, criosonda e APC. Em discussão multidisciplinar optou-se por manter vigilância imagiológica e endoscópica. BFO aos 3 meses sem recrudescimento de hamartoma.

Discussão: Os hamartomas endobrônquicos são entidades incomuns, que fazem diagnóstico diferencial com tumores malignos e aspiração de corpo estranho. Apesar da sua abordagem poder ser desafiante, em alguns casos a resseção endoscópica configura-se como tratamento definitivo. São escassas as diretrizes na literatura acerca da periodicidade da vigilância endoscópica nestes casos.

Palavras-chave: Hamartoma. Tratamento endoscópico.

167. COMPLICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA: QUANDO O INESPERADO ACONTECE

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

ULS Santa Maria.

Introdução: A hipoxemia aguda no pós-operatório imediato apresenta uma elevada incidência com uma evolução habitualmente benigna. Os principais fatores de risco são: idade avançada, obesidade, síndrome da apneia obstrutiva do sono, tabagismo, doença cardiovascular e pulmonar, ASA IV, cirurgias cardíacas, torácicas e do abdómen superior.

Caso clínico: Homem de 28 anos, não fumador, com hipertensão arterial, obesidade e rinossinusite crónica. Sem medicação habitual. Submetido eletivamente a septoplastia com turbinoplastia inferior bilateral. Na pós-extubação imediata inicia quadro de agitação e dispneia. Apresentava-se hemodinamicamente estável, cianótico, polipneico, com SpO2 84% e crepitações pulmonares bilaterais. Foi iniciada oxigenoterapia, broncodilatação, corticoterapia e furosemida endovenosas. Gasometria arterial: insuficiência respiratória parcial aguda (PaO2 60 mmHg). Angio-TC tórax: extensos infiltrados bilaterais, difusos e simétricos, de predomínio central, sem tromboembolismo pulmonar. Após estabilização o doente foi admitido no internamento de Pneumologia. Analiticamente sem parâmetros inflamatórios, troponina e NT-proBNP normais, autoimunidade e serologias virais negativas. Ecocardiograma transtorácico sem alterações. Durante o internamento apresentou evolução clínica favorável, com necessidade de oxigenoterapia

durante 5 dias. Dado o quadro e evolução clínica foi assumido edema pulmonar de pressão negativa pós-extubação. Um mês após alta hospitalar foi repetida TC tórax com resolução completa dos infiltrados pulmonares.

Discussão: O edema pulmonar de pressão negativa é uma complicação rara e potencialmente fatal da intubação orotraqueal, com uma incidência estimada de 0,1%. O laringospasmo pós-extubação é a principal causa. Desenvolve-se após o esforço inspiratório contra a via aérea superior obstruída, que gera pressão intratorácica negativa, aumento da pressão hidrostática capilar, com consequente edema pulmonar e hipoxemia. Na maioria dos casos apresenta um curso benigno, podendo evoluir desfavoravelmente com necessidade de re-intubação orotraqueal e suporte ventilatório prolongado. Este caso pretende enaltecer a importância da identificação de fatores de risco perioperatórios e da vigilância pós-operatória de modo a identificar todas as formas de hipoxemia aguda e agir em concordância.

Palavras-chave: *Edema pulmonar. Entubação orotraqueal.*

168. HEMATOMA PULMONAR ESPONTÂNEO: UMA APRESENTAÇÃO FULMINANTE

J. Duarte, B. Cerca, F. Neri, C. Custódio, T. Martin, R. Rosa, C. Simão, I. Peres Claro, F. Todo Bom

Hospital Beatriz Ângelo-Hospital de Loures EPE.

Introdução: Os hematomas pulmonares espontâneos são achados raros, de natureza atraumática, surgindo por hemorragia para os espaços alveolar e intersticial, geralmente associados a doença pulmonar pré-existente e terapêutica anticoagulante. A maioria tem origem em circulação de baixa pressão, e apresenta evolução favorável sob terapêutica conservadora, apesar da tendência à reabsorção lenta. Contudo, a mortalidade pode atingir 30%.

Caso clínico: Homem de 61 anos, autônomo, ex-fumador (50 UMA), com antecedentes de bronquiectasias secundárias a tuberculose pulmonar, infecção crônica a *Pseudomonas Aeruginosa*, insuficiência respiratória global crônica e probabilidade ecográfica elevada de hipertensão pulmonar. Sem anticoagulação habitual. Admitido no Serviço de Urgência por agravamento de tosse, cansaço e dispneia, com aumento da quantidade e purulência da expectoração, sem hemoptise. Após estudo complementar, assumida exacerbação infecciosa de bronquiectasias e agudização de insuficiência respiratória crônica. Apesar de evolução inicial favorável sob antibioterapia dirigida a isolamentos prévios, início ao 3º dia de internamento de quadro de hemoptise em moderada quantidade, toracalgia direita opressiva e aumento da dispneia, com agravamento de hipoxemia e instabilidade hemodinâmica refratárias a terapêutica instituída. À avaliação por TC urgente documentou-se de novo massa de densidade de partes moles no lobo superior direito com 10 cm de maior eixo, exibindo hemorragia arterializada intralesional, enquadrável em hematoma pulmonar. O doente foi transferido para Unidade de Cuidados Intensivos, e foi entubado com exclusão pulmonar direita. O caso foi discutido multidisciplinarmente com Cirurgia Torácica e Radiologia de Intervenção, não sendo o doente considerado candidato a intervenção. Abordado endoscopicamente, não sendo passível de intervenção. Observou-se rápida evolução desfavorável apesar de medidas terapêuticas e o doente faleceu ao 6º dia de internamento.

Discussão: O hematoma pulmonar espontâneo pode desenvolver-se por mecanismos fisiopatológicos similares aos de infeções pulmonares e perturbações da coagulação, especialmente em casos de doença pulmonar subjacente. A circulação arterial e a pressão vascular elevada podem resultar em manifestações clínicas e radiológicas severas, como ilustrado neste caso.

Palavras-chave: *Hemoptise. Hematoma pulmonar. Bronquiectasias.*

169. PNEUMONITE INTERSTICIAL POR FÁRMACOS, UMA ENTIDADE NÃO TÃO RARA?

J.V. Naia, A.R. Pedroso, C. Carvalho, J.F. Cruz, R. Rolo

Hospital de Braga.

Introdução: Os pulmões são órgãos vulneráveis a atingimento por múltiplos fármacos. Tipicamente, as pneumonites secundárias a fármacos apresentam-se de forma aguda ou subaguda. Os sintomas mais comuns são dispneia para esforços e tosse seca.

Caso clínico: Apresenta-se um homem de 69 anos com dislipidemia. Medicado com sinvastatina há cerca de 8 anos. Não fumador. Recorreu ao serviço de Urgência por tosse seca e dispneia para esforços com agravamento progressivo com 4 meses de evolução, tendo sido referenciado para a consulta de Pneumologia para investigação etiológica. Ao exame objetivo sem alterações de relevo. O estudo analítico realizado era normal (nomeadamente estudo auto-imune, imunoglobulinas e eletroforese de proteínas séricas), bem como a radiografia torácica, eletrocardiograma, ecocardiograma transtorácico, espirometria, pletismografia e prova de marcha de 6 minutos. A tomografia computadorizada (TC) de tórax apresentava padrão reticular subpleural bilateral, com bronquiectasias difusas. Optou-se pela suspensão da estatina e solicitou-se broncofibroscopia com análise do lavado broncoalveolar: 106 células, linfócitos 12%, neutrófilos 1%, eosinófilos 3% e macrófagos 84%), sem isolamentos microbiológicos e citologia negativa para células malignas. Verificou-se melhoria sintomática mantida após a suspensão da sinvastatina. Na TC de tórax de reavaliação (1 ano após suspensão de sinvastatina) verificou-se reticulação difusa subpleural bilateral, indiciando fibrose (achados similares a TC prévio).

Discussão: As estatinas são fármacos descritos como possíveis causadores de doença pulmonar intersticial. O diagnóstico baseia-se na relação temporal entre o início do fármaco e a sintomatologia (pode variar de meses a anos), nos achados radiológicos e na exclusão de outras doenças. Apresenta-se este caso, uma vez que se trata de uma causa medicamentosa pouco frequente de doença intersticial, com o objetivo de alertar para este diagnóstico em doentes a realizar esta terapêutica, salientando a importância da história clínica detalhada na sua identificação.

Palavras-chave: *Iatrogenia. Pneumonite. Interstício. Fármacos.*

170. ITRACONAZOLE EM MONOTERAPIA NO TRATAMENTO DA ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA

J. Couto, D. Canhoto

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

Introdução: A prevalência de aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) em doentes com asma ronda os 2%, exigindo elevada suspeição, uma vez que existe sobreposição significativa entre a sintomatologia das duas doenças, particularmente em exacerbação aguda. Os corticóides sistémicos são a 1ª linha terapêutica para a ABPA, mas os efeitos secundários metabólicos e imunológicos são importantes fatores de morbidade. O uso concomitante de corticoides e azóis na ABPA recorrente visa uma redução dos efeitos secundários associados à terapêutica.

Caso clínico: Homem, 72 anos, com antecedentes pessoais de parkinsonismo e cifoescoliose grave, seguido em consulta de Asma Grave, por asma alérgica não controlada em STEP 4, apresentava múltiplas exacerbações com necessidade de ciclos curtos de corticoterapia. Por ausência de controlo com otimização terapêutica e evidência de exacerbações recorrentes, realizou estudo analítico que demonstrou IgE de 556 U/mL (LSN 500 U/mL); IgE para *Aspergillus fumigatus* de 0,61 kU/L (LSN 0,35 kU/L) e eosinofilia periférica 1.370 cel/uL (LSN 500 cel/uL). A avaliação imagiológica por TC do tórax de alta resolução mostrou a presença de bronquiectasias de predomínio apical,

com múltiplas áreas em vidro despolido e pequenas consolidações dispersas a nível ápico-caudal, assumindo-se o diagnóstico de ABPA. Devido à fragilidade clínica, suscetibilidade a intercorrências infecciosas e dificuldade na adesão terapêutica deste doente, optou-se pelo início de terapêutica off-label com itraconazole em monoterapia, no esquema de 200 mg, 3 vezes ao dia durante 3 dias e posteriormente 200 mg, 2 vezes ao dia durante 16 semanas, com controlo analítico de enzimologia de citólise e função hepática aos 14, 30, 60, 90 e 120 dias após início de terapêutica. Verificou-se controlo sintomático de forma progressiva, sem intercorrências e sem novas exacerbações, encontrando-se assintomático após término do esquema terapêutico, com tradução imediata nos questionários de controlo sintomático da asma (CARAT 29 e ACT 22).

Discussão: Este caso reflete uma adaptação do tratamento da ABPA ao caso de um doente com estado geral debilitado, tendo sido obtido sucesso terapêutico mantido com itraconazol em monoterapia, no lugar da corticoterapia sistémica habitualmente empregue em 1ª linha.

Palavras-chave: *Hipersensibilidade respiratória. Asma. Aspergilose broncopulmonar alérgica.*

171. OBSTRUÇÃO FIXA DA VIA AÉREA SUPERIOR VERSUS ASMA NÃO CONTROLADA

J.M. Freitas, A.P. Monteiro, M.M. Emiliano, A. Miguel

Hospital de Santa Marta.

Introdução: O diagnóstico diferencial de Asma por vezes pode ser clinicamente desafiante. A exposição deste caso clínico pretende reforçar a importância da realização duma boa anamnese e exame objetivo, que se mantêm pilares essenciais para uma melhor orientação diagnóstica e terapêutica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 38 anos de idade, diagnóstico prévio de asma brônquica na infância e acidente de moto aos 16 anos de idade, com consequente traumatismo crânio-encefálico e de múltiplas vértebras cervicais, que condicionaram necessidade de ventilação mecânica invasiva durante um longo período. Encontrava-se medicado habitualmente com salmeterol 50 µg de 12/12 horas. Encaminhado para a consulta de Asma por queixas de pieira. À observação, queixava-se de dispneia de esforços, mMRC1, e disfonía. Apresentava estridor inspiratório, sem alterações à auscultação pulmonar. Inicialmente, assumida Asma não controlada por provável insuficiência terapêutica. Assim, atualizou-se a terapêutica de acordo com as orientações da GINA à data, ficou medicado com furoato de fluticasona 92 µg +vilanterol 22 µg, 1 inalação por dia, e pediram-se provas de função respiratória. Na consulta subsequente, mantinha as queixas e objetivou-se, nas provas de função respiratória, uma curva débito-volume compatível com obstrução fixa da via aérea superior e FEV1/FVC de 39,86, pelo que realizou TC-torácica, que revelou a presença de um segmento estenótico do terço médio da traqueia, com 23 mm de extensão e 13 mm de maior diâmetro. Efetuou broncofibroscopia, que confirmou o diagnóstico. Neste sentido, procedeu-se à remoção cirúrgica desse segmento estenótico. Após a intervenção, o doente encontrava-se melhorado sintomaticamente, já sem dispneia de esforço ou disfonía, sem estridor à observação e com melhoria significativa da obstrução nas provas de função respiratória, com FEV1/FVC 76,74, e normalização da curva débito-volume.

Discussão: Num doente com hipótese diagnóstica de Asma mal controlada, com sintomas que persistem após atualização terapêutica, a realização duma anamnese e exame objetivo minuciosos podem-nos fornecer pistas valiosas para a progressão da nossa marcha diagnóstica, permitindo-nos colocar outras hipóteses e reforçando assim a sua importância na orientação tanto diagnóstica como terapêutica.

Palavras-chave: *Obstrução. Traqueia. Asma. Diagnóstico diferencial.*

172. OS DESAFIOS DE UM AGENTE ATÍPICO

L. Mendes, J. Ferreira, S. Tereso, C. Martins

ULS Santa Maria.

Introdução: Apesar do *Mycoplasma pneumoniae* ser um dos agentes mais comuns de infeção respiratória alta adquirida na comunidade, quando se fala em pneumonia, e, principalmente, no adulto, este agente revela-se ser menos frequente. Não só as manifestações fora do trato respiratório são raras e ligeiras, como a própria pneumonia raramente se manifesta com dispneia, hipoxemia ou hipotensão.

Caso clínico: Homem, 48 anos, caucasiano, tabagismo de 15 UMA. Recorre ao serviço de urgência por tosse com expectoração esverdeada, dispneia e dor torácica pleurítica com 3 dias de evolução, acompanhados de dor abdominal do tipo cólica e diarreia. À admissão apresentava-se hipotenso, dispneico e febril, com insuficiência respiratória hipoxémica, a necessitar de oxigenioterapia. Analiticamente com PCR 11,7 mg/dl, PCT 52,4 ng/ml e ligeira elevação das transaminases. ECG em ritmo sinusal, com infra PR e supra ST de V4 a V6 e DII de concavidade superior. Raio X tórax com várias consolidações irregulares nos 2/3 inferiores do hemitórax direito, confirmando diagnóstico de sépsis com ponto de partida em pneumonia adquirida na comunidade. Iniciou antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico 2,2 g e azitromicina 500 mg, que manteve após isolamento de *Mycoplasma pneumoniae* em serologia. Enquadrado envolvimento gastrointestinal a este agente etiológico, bem como alterações eletrocardiográficas sugestivas de pericardite, diagnóstico este excluído por ausência de dor mantida ou derrame pericárdico. Por ausência de melhoria clínica, realizada TC tórax evidenciando diversos focos de consolidação com broncograma aéreo envolvendo de forma difusa no pulmão direito. Inicia doxiciclina 100 mg com evolução clínica e analítica favorável.

Discussão: Com este caso clínico pretende-se dar destaque a uma clínica atípica e grave de pneumonia a este agente, mas com achados radiológicos e analíticos muito comuns, conferindo pistas para o seu diagnóstico. Importa ainda destacar a importância de estarmos alerta para as manifestações extrapulmonares que embora raras podem estar presentes. E, por último, referir que nem sempre a primeira linha de tratamento é eficaz evidenciando que existem casos de resistência a macrólidos.

Palavras-chave: *Pneumonia. Mycoplasma pneumoniae. Tosse. Pericardite.*

173. UM DERRAME PLEURAL. E AGORA?

L. Mendes, J. Ferreira, C. Martins, S. Tereso

ULS Santa Maria.

Introdução: A etiologia do derrame pleural engloba múltiplas doenças pulmonares ou sistémicas, tornando o diagnóstico diferencial um grande desafio. Uma boa colheita de história clínica revela-se fundamental no correto diagnóstico, evitando que causas potencialmente graves sejam menosprezadas.

Caso clínico: Mulher, 29 anos, natural do Brasil, previamente saudável. Recorre ao serviço de urgência por dor pleurítica à direita, com duas semanas de evolução, após traumatismo torácico. Referida também tosse não produtiva, sudorese noturna e calafrios. Analiticamente PCR de 5,72 mg/dl e VS de 120 mg/dl. Sem insuficiência respiratória. TC Tórax a evidenciar derrame pleural moderado à direita, organizado, espessamento e realce dos folhetos pleurais, adenomegalias mediastínicas e micronódulos dispersos no pulmão direito. Realizada toracocentese ecoguiada sem drenagem de líquido pleural. Serologia IgM positiva para *Legionella pneumophila*, iniciando antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico 2,2g e azitromicina 500 mg. Do estudo etiológico, IGRA positivo.

Realizada biópsia pleural guiada por TC, com objetivo de estudo etiológico do derrame pleural, com aspiração de líquido pleural hemático, com características de exsudado, com ADA e LDH aumentados, proteínas totais > 3,0 g/dl e glucose diminuída. Histopatologicamente com linfócitos e granulomas necrotizantes. Exames culturais de biópsia pleural negativos. Assim, diagnóstico presuntivo de pneumonia a *Legionella pneumophila* e hemotórax traumático a condicionar rotura complexo de Ghon desencadeando uma tuberculose pleural. Inicia terapêutica antibacteriana e reabilitação respiratória com melhoria clínica e radiológica.

Discussão: A tosse e a dor pleurítica são sintomas comuns da tuberculose pleural. Estes, associados a um derrame pleural característico, permitem-nos fazer um diagnóstico presuntivo. O diagnóstico definitivo implica crescimento cultural do *M. tuberculosis*. No entanto, a presença de granulomas necrotizantes é virtualmente diagnóstica. Este caso clínico evidencia as dificuldades da marcha diagnóstica de um derrame pleural, mostrando que um aparente derrame metapneumônico pode, na verdade, tratar-se de algo mais complexo.

Palavras-chave: Derrame pleural. Biópsia pleural. Tuberculose pleural. Complexo de Ghon.

174. NEM TUDO O QUE PARECE É - UM CASO RARO DE CAVITAÇÕES PULMONARES

L.F. Santos Silva, A.L. Trigueira, J.M. Macedo, V. Santos, J.M. Ferreira

Serviço de Pneumologia, ULS Entre Douro e Vouga.

Introdução: A *Prevotella* é uma bactéria anaeróbia que faz parte do microbioma oral, respiratório e genitourinário. Apesar de estar associada, principalmente, a infecções da cavidade oral, pode provocar infecções pleuroparenquimatosas por microaspiração ou por via hematogénica. Na literatura, existem poucos casos descritos de infecção por este agente. Os autores apresentam um caso clínico de infecção pulmonar a *Prevotella baroniae*.

Caso clínico: Homem de 62 anos, antecedentes relevantes de carcinoma epidermoide da amígdala e DRGE, admitido no Serviço de Urgência (SU) por febre com 15 dias de evolução. Esteve previamente no SU por este motivo, tendo sido assumida infecção respiratória, tendo alta sob antibioterapia. Após término da terapêutica, recrudescimento de febre e aparecimento de tosse seca. À admissão, hemodinamicamente estável, apirético e com diminuição do murmúrio vesicular na base direita. Sem insuficiência respiratória. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios. Pesquisa de vírus respiratórios negativa e HIV negativo. Realizou radiografia torácica que demonstrava imagem sugestiva de cavitação no ápex direito. Posteriormente, realizou tomografia computadorizada do tórax demonstrando a presença múltiplas densificações nodulares suspeitas bilateralmente, algumas cavitadas, na região apical do lobo superior direito com 32 × 17 mm e no segmento apical do lobo inferior direito com 42 × 41 mm. Internado no Serviço de Pneumologia em quarto de isolamento da via aérea para estudo etiológico. Durante o internamento, manteve-se hemodinamicamente estável e apirético. Efetuou broncofibroscopia que revelou alterações inflamatórias ligeiras. Sem isolamentos microbiológicos no lavado broncoalveolar e citologia negativa para células malignas. Isolamento de *prevotella baroniae* em hemoculturas, pelo que cumpriu 11 dias de piperacilina/tazobactam, com melhoria clínica e analítica. Verificada melhoria radiológica significativa, tendo tido alta orientado para consulta de Pneumologia.

Discussão: A infecção respiratória por *prevotella baroniae* é poucas vezes retratada na literatura, no entanto, o enquadramento clínico, juntamente com exames auxiliares de diagnóstico, são cruciais para o diagnóstico definitivo, assim como na exclusão dos diferentes diagnósticos diferenciais de lesões cavitadas.

Palavras-chave: Infecção respiratória. Cavitação pulmonar. *Prevotella baroniae*.

175. SÍNDROME DE LÖFGREN. UMA APRESENTAÇÃO RARA DE SARCOIDOSE

M. d'Almeida, C. Giesta, S. Ferreira, O. Santos

ULS Médio Tejo.

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica caracterizada por adenopatias hilares bilaterais, opacidades pulmonares reticulares e envolvimento extra-pulmonar em 30% dos casos. A síndrome de Löfgren é uma apresentação rara, caracterizada pela presença de eritema nodoso, adenopatias hilares, poliartalgia migratória e febre, podendo dispensar a realização de biópsia. O seguinte caso exemplifica a avaliação e seguimento destes doentes.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, de 51 anos, não fumadora, professora, com antecedentes pessoais de obesidade, hipotireoidismo e síndrome depressivo e medicada com levotiroxina, fluoxetina, bupropion e mexazolam. Enviada à consulta por quadro com 2 meses de evolução de lesões eritematosas nas pernas e braços, febre, artralguas nos punhos e tornozelos após infecção SARS-CoV-2. Havia realizado duas avaliações imagiológicas com TC torácica previamente à primeira observação em consulta de Pneumologia; na primeira destacavam-se formações micronodulares cisurais e peri-broncovasculares e múltiplas adenopatias hilares e mediastínicas; na segunda, passados 6 meses, verificou-se redução das adenopatias e atenuação dos restantes achados. As provas funcionais realizadas não tinham alterações de relevo. Clinicamente, apresentava melhoria das dores articulares e o exame objetivo não tinha alterações significativas. Foi realizada broncoscopia flexível com lavado bronco-alveolar em que se salienta a presença de 33% de linfócitos e uma relação CD4/CD8 aumentada (11,7). Analiticamente, destacava-se elevação da velocidade de sedimentação e da enzima conversora da angiotensina. A doente não reunia critérios para iniciar tratamento farmacológico. Passados 6 meses, repetiu TC torácica que não evidenciou adenopatias.

Discussão: O caso evidencia a evolução favorável associada aos doentes com sarcoidose, em que a apresentação é a Síndrome de Löfgren. Apesar da biópsia poder ser dispensada, a restante avaliação e seguimento devem ser similares.

Palavras-chave: Sarcoidose. Löfgren. Apresentação. Seguimento.

176. TUMORES SÍNCRONOS DO PULMÃO - UM CASO CLÍNICO

M. Sousa, C. Valente, R. Boaventura, M. Jacob, G. Fernandes

Unidade Local de Saúde de São João.

Introdução: Os tumores síncronos do pulmão são raros e representam um desafio diagnóstico e terapêutico significativo.

Caso clínico: Doente de 67 anos, fumador, recorre ao serviço de urgência por hemoptises de moderado volume. Associadamente refere anorexia, perda ponderal e dor pleurítica esquerda. Realizou TC do tórax que evidenciou duas massas: uma massa no lobo inferior esquerdo com 53 × 47 mm (massa A), e uma massa semi-sólida com 39 × 21 mm na superfície subpleural do lobo superior esquerdo (LSE) (massa B). O doente ficou internado para vigilância de hemoptises e estudo etiológico. Durante o internamento realizou biópsia trans-torácica da massa B que revelou adenocarcinoma do pulmão. Procedeu-se então ao estadiamento, tendo realizado PET na qual se verificou uma massa hipermetabólica (Q.SUVmax: 12,3), correspondente à massa A, e uma lesão nodular com discreta captação de 18FDG (Q.SUVmax: 2,5) correspondente à massa B. Por recrudescimento das hemoptises de moderado volume ao décimo quarto dia

de internamento, o doente acabou por ser submetido a BFC rígida urgente para controlo hemorrágico. Durante o procedimento foi confirmada invasão difusa da mucosa do BLIE por processo tumoral, tendo sido colhidas novas biópsias. As biópsias brônquicas acabaram por revelar carcinoma epidermoide do pulmão. Assim, realizou-se diagnóstico de duas neoplasias pulmonares síncronas, um adenocarcinoma e um carcinoma epidermoide do pulmão.

Discussão: Este caso clínico ilustra a complexidade associada aos cânceros do pulmão síncronos e a importância de obter amostras histológicas de lesões com características imagiológicas diferentes.

Palavras-chave: *Tumores síncronos. Adenocarcinoma. Carcinoma epidermoide.*

177. NAVALHA DE OCKAM - NEM SEMPRE ACERTA

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

ULSTMAD.

Introdução: A utilização crescente de exames de imagem do tórax em diferentes contextos clínicos leva à identificação frequente de múltiplos nódulos pulmonares. A avaliação destes achados é desafiante, principalmente em doentes com neoplasias prévias, dado o risco 20% maior de novas neoplasias primárias, incrementado também pelo aumento da sobrevivência destes pacientes.

Caso clínico: Paciente de 75 anos em vigilância após diagnóstico de adenocarcinoma do cólon direito, submetido a cirurgia e quimioterapia adjuvante, com um nódulo pulmonar no lobo superior esquerdo (LSE) em TC, ligeiramente hipermetabólico na PET/TC 18F-FDG. Durante o seguimento, surgiram mais 3 nódulos no LSE e o primeiro cresceu. A biópsia deste nódulo revelou um tumor carcinóide neuroendócrino bem diferenciado, sendo esta a única lesão hipermetabólica na PET/TC Ga-68-DOTANOC. Na TC torácica, no pulmão direito, estavam presentes também alguns nódulos mais pequenos e estáveis. Neste contexto, foi assumido um diagnóstico de tumor neuroendócrino metastático do pulmão e iniciado octreótido, que o doente cumpriu por 11 meses. Na reavaliação após 9 ciclos de tratamento, verificaram-se comportamentos distintos das diferentes lesões: um dos nódulos do LSE aumentou de tamanho enquanto os outros permaneceram estáveis. O nódulo com crescimento foi biopsado, mas o resultado foi inconclusivo. Deste modo, tendo em conta a localização das lesões suspeitas, o doente foi submetido a lobectomia superior esquerda com linfadenectomia. O estudo anatomopatológico revelou 2 metástases pulmonares de adenocarcinoma do cólon e um tumor carcinóide primário do pulmão em estadio IA2.

Discussão: Este caso ilustra a gestão complexa de múltiplos nódulos pulmonares e a importância de um seguimento apertado com ajuste das estratégias de acordo com a investigação diagnóstica e resposta ao tratamento.

Palavras-chave: *Múltiplos nódulos pulmonares. Tumor carcinoide. Neoplasias pulmonares.*

178. MASSA PLEURAL RARA NO JOVEM - TUMOR DESMOIDE

M. Bragança, F. Ferro, F. Paula, F. Froes

ULS Santa Maria.

Introdução: No diagnóstico diferencial de lesões pleurais, os tumores desmoides são uma entidade rara e localmente agressiva.

Caso clínico: Homem, 38 anos de idade, cabo-verdiano, ex-fumador (15 maços/ano) com consumo alcoólico excessivo e antecedentes pessoais de hipertensão arterial e diabetes mellitus insulino-tratada. Apresentava quadro de cansaço com 1 ano de evolução, de agravamento progressivo. Realizou radiografia do tórax que mostrou hi-

pertransparência ocupando a quase totalidade do campo pulmonar direito e ecografia torácica que mostrou massa aparentemente pleural, sem invasão da pleura parietal. Para complementar o estudo realizou TC torácica que mostrou volumosa massa heterogénea com necrose, ocupando a face anterior do hemicampo pulmonar direito (23 × 12 cm), com acentuado efeito moldagem sobre as estruturas mediastínicas, com obliteração da árvore brônquica do lobo superior direito; áreas de atelectasia no lobo médio e no lobo inferior direito. Sem aparente invasão pleura parietal nem parede torácica/ estruturas ósseas. A videobroncografia mostrou compressão extrínseca da árvore brônquica direita. Foi efetuada uma biópsia transtorácica da massa, cuja anatomia patológica mostrou positividade focal para a B catenina, levantando a possibilidade de fibromatose. O caso foi discutido com a Cirurgia torácica, que efetuou excisão completa do tumor pleural, com expansão pulmonar imediata após remoção do tumor. O exame anatomopatológico revelou um tumor desmoide - fibromatose muscular aponeurótica, com imunoexpressão de beta-catenina.

Discussão: Os tumores desmoides são raros, com uma incidência anual estimada em 2 a 4 casos por milhão de pessoas. Podem ocorrer em qualquer idade, mas são mais diagnosticados em indivíduos entre os 30 e os 40 anos, tendo as mulheres uma frequência ligeiramente superior à dos homens. São tumores que surgem do tecido conjuntivo, localmente agressivos, infiltrando-se em estruturas próximas, mas não metastatizam. Encontram-se frequentemente no abdómen, nos ombros, na parte superior dos braços e nas coxas, sendo a localização intrapleural extremamente rara. O tratamento varia de observação a cirurgia, radiação ou medicação, dependendo do tamanho, localização e sintomas. A recorrência é comum, necessitando de monitorização a longo prazo.

Palavras-chave: *Massa pleural. Tumor desmoide. B catenina.*

179. TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA - UMA VARIANTE SUBREPORTADA?

M. Bragança, F. Ferro, T. Abreu, L. Mota, J. Semedo

ULS Santa Maria.

Introdução: A tuberculose endobrônquica (TE) é uma inflamação da árvore traqueobrônquica no contexto de tuberculose (TB), sendo uma complicação desta. A TE apresenta um curso clínico variável, com possíveis complicações importantes e peculiaridades no tratamento (especialmente se na presença destas complicações), sendo diagnosticada por videobroncografia (VBFC). É uma causa maior de morbilidade, por risco de cicatrização concêntrica e consequente estenose traqueal e/ou brônquica, atelectasia e pneumonia secundária. A TE pode passar despercebida por não haver suspeição clínica, sendo mascarada pelos sintomas da tuberculose pulmonar. A incidência descrita na literatura é de 10-37% nos que realizaram VBFC e 18% em doentes com baciloscopia negativa.

Caso clínico: Homem 29 anos, indiano, em Portugal há 1 ano, sem antecedentes pessoais de relevo. Apresentava queixas com 3 meses de evolução de tosse e expetoração, sintomas constitucionais e dor abdominal. Dirigiu-se ao SU, tendo realizado TC torácica que mostrou padrão tree-in-bud e diversas consolidações, com adenopatias hilares e mediastínicas. equacionou-se a hipótese diagnóstica de tuberculose sendo o. Exame microbiológico da expetoração negativo. Realizou VBFC que mostrou secreções purulentas abundantes, mucosa edemaciada ao nível da traqueia e árvore brônquica direita, com alargamento dos esporões e lesões de aspeto ulcerado e superficial, que se biopsaram, sendo este exame endoscópico compatível com tuberculose endobrônquica. Efetuou lavado brônquico e biópsias brônquicas com isolamento em exame direto, cultural e PCR de *Mycobacterium tuberculosis* complex multisensível. Nesse sentido foi encaminhado para o CDP da área de residência para tratamento dirigido.

Discussão: A TE é uma entidade importante pelas complicações que lhe podem advir, sendo apesar disso frequentemente negligenciada pela apresentação mais predominante de tuberculose pulmonar. É assim essencial, em especial nas populações em risco (HIV, lúpus eritematoso sistêmico, silicose, insuficiência renal), ter uma elevada suspeição clínica para a identificação desta particularidade e assim prevenirmos/vigiarmos os riscos associados.

Palavras-chave: *Tuberculose endobrônquica. Mucosa ulcerada. Estenose traqueal/brônquica.*

180. LINFOMA DESAPARECIDO? - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Cunha, F. Guimarães, J. Canadas, R. Armindo, P. Romão, V. Durão, A. Alves, P. Rosa

Hospital de Vila Franca de Xira.

Introdução: O linfoma pulmonar primário é uma entidade rara, representando cerca de 4% dos linfoma não Hodgkin. Ainda assim, deve fazer parte do diagnóstico diferencial em casos de pneumonia recidivante, sobretudo no adulto jovem aparentemente imunocompetente.

Caso clínico: Homem de 51 anos, não fumador, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 1 e hipogamaglobulinemia IgA, IgM e IgG, internado a 05/2023 por consolidação lobo superior esquerdo (LSE) e derrame pleural (DP) ipsilateral sem agente isolado. A toracocentese revelou líquido pleural (LP) exsudado, citologia negativa e biópsia pleural sem alterações; TC-torácica com consolidação ocupando a grande maioria do segmento ápico-posterior do LSE com extensão para a lúgula e vidro despolido adjacente, com outros focos de consolidação no pulmão direito, adenomegalias mediastínicas, hilares e periaórticas e esplenomegália. Teve alta após cumprir antibioterapia empírica com amoxicilina-ácido clavulânico e cefuroxíma. Recorreu ao Serviço de Urgência a 06/2023 por tosse com expectoração purulenta e toracalgia pleurítica esquerda; descrevia picos febris esporádicos desde 03/2023 e perda ponderal de 8 kg no último mês. Laboratorialmente com neutrofilia relativa, linfopenia 950/uL e PCR 8,89 mg/dL; radiografia torácica com consolidação LSE e DP ipsilateral recidivante. Colocou drenagem torácica esquerda, LP exsudado, ADA 44,8 UI/L. Perante suspeita de neoplasia, realizou videobroncofibroscopia com isolamento de *K. pneumoniae* ESBL no lavado broncoalveolar (cumpru antibioterapia com meropenem) e biópsias pulmonares transbrônquicas sugestivas linfoma B rico em células T e histiócitos (positividade para CD20, BCL6, MUM1, BCL2, PAX5 e Ki67). Teve alta sob corticoterapia sistêmica, referenciado para a Hematologia. Iniciou quimioterapia RCHOP (6 ciclos, 07/2023 a 11/2023), sem efeitos adversos. Realizou PET-TC a 01/2024 sem imagens atribuíveis a doença linfoproliferativa, assumindo-se resposta completa à terapêutica instituída.

Discussão: Pretende-se com este caso clínico não só apresentar um caso de resposta completa a terapêutica antineoplásica, como também evidenciar a importância de exclusão de processos neoformativos em casos de pneumonia e derrame pleural recidivantes, neste caso com diagnóstico raro de linfoma pulmonar primário.

Palavras-chave: *Linfoma. Neoplasia pulmão.*

181. LACERAÇÃO DIAFRAGMÁTICA: UMA COMPLICAÇÃO RARA

M.J. Oliveira, M. Pais, A.C. Ferreira, E. Silva, C. Ribeiro, S. Conde, T. Shiang, M. Vanzeller

Unidade Local de Saúde Gaia-Espinho.

Introdução: A laceração diafragmática é uma complicação grave associada à toracocentese e colocação de dreno torácico. Com o recurso a procedimentos ecoguiados e drenos de pequenas dimensões, a sua frequência tem diminuído nos últimos anos.

Caso clínico: Homem, 69 anos, não fumador, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e sem história pessoal ou familiar de patologia pulmonar. Recorreu ao Serviço de Urgência por clínica de infeção respiratória, febre e toracalgia à direita de características pleuríticas com 3 semanas de evolução. À admissão, encontrava-se hemodinamicamente estável, com insuficiência respiratória tipo I e auscultação pulmonar diminuída na base do hemitórax direito (HTD). No Raio-X tórax era visível na metade inferior do campo pulmonar direito uma hipotransparência heterogênea de limites mal definidos sobreposta a uma opacidade homogênea de limites melhor definidos (sinal do menisco). Iniciou antibioterapia empírica, contudo com febre persistente e agravamento radiológico, a evidenciar opacidade de limites bem definidos com ocupação quase completa do HTD no Raio-X de reavaliação. Na ecografia torácica era visível derrame pleural septado. Foi realizada toracocentese ecoguiada com diagnóstico de empiema, colocado dreno torácico PigTail nº 10 (tecnicamente simples e sem complicações imediatas) e feito ajuste para antibioterapia de largo espectro. Após 4 dias, por manter febre e derrame pleural loculado na TAC tórax, iniciou terapêutica fibrinolítica. Nas 24 horas subsequentes, verificou-se queda de hemoglobina e drenagem de líquido hemático (com critérios para hemotórax). Foi realizada toracosopia videoassistida com diagnóstico de laceração diafragmática ipsilateral, que foi corrigida cirurgicamente.

Discussão: O caso clínico relata um evento grave e raro. Segundo a literatura, procedimentos ecoguiados e utilização de drenos de pequeno calibre reduzem o risco de complicações. É também descrito maior risco de sangramento associado à terapêutica com fibrinolíticos. Assim, este caso demonstra a importância de manter vigilância para potenciais complicações graves e riscos associados à terapêutica fibrinolítica.

Palavras-chave: *Laceração diafragmática. Hemotórax. Fibrinólise.*

182. PNEUMONIA ORGANIZATIVA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

M.J. Oliveira, A.M. Pais, A.C. Ferreira, E. Silva, S. Conde, T. Shiang, E. Tinoco, C. Ribeiro, M. Vanzeller

Unidade Local de Saúde Gaia-Espinho.

Introdução: A pneumonia organizativa (OP) é uma lesão pulmonar inespecífica associada a múltiplos padrões radiológicos e caracterizada histologicamente pela presença de células inflamatórias e tecido conjuntivo nas vias aéreas distais. Pode ser idiopática ou secundária a várias patologias.

Caso clínico: Homem de 86 anos, ex-fumador, com antecedentes de bronquiectasias e artrite reumatoide (AR) medicada com rituximab e prednisolona. Recorreu ao Serviço de Urgência por clínica de infeção respiratória, febre e dispneia de agravamento progressivo com 1 semana de evolução. À admissão, hemodinamicamente estável, com insuficiência respiratória tipo I de novo e crepitações inspiratórias na base do hemitórax esquerdo. No Raio-X de tórax, era visível uma hipotransparência heterogênea de características alveolares e limites mal definidos, que ocupava o terço inferior do campo pulmonar esquerdo (CPE). Do restante estudo, a realçar antigenúria pneumocócica positiva, tendo iniciado antibioterapia (ATB) com levofloxacina. Por manter febre, parâmetros inflamatórios aumentados e agravamento radiológico, foi feito ajuste para ATB de largo espectro, com fraca resposta. Após 5 dias, por agravamento clínico franco, optou-se por nova escalada terapêutica para meropenem e linezolid. Realizou TC de tórax, no qual eram visíveis consolidações bilaterais com broncograma aéreo, associadas a densificação em vidro despolido. No rastreio sético e no lavado broncoalveolar não foram isolados agentes. Por ausência de resposta a ATB e tendo em conta os antecedentes de AR, assumiu-se provável OP, posteriormente confirmada em histologia de biópsia transtorácica, e iniciou corticoterapia. Ao 5º dia, com melhoria significativa da clínica e da hipotransparência no CPE, com menores dimensões no raio-X de reavaliação.

Discussão: A OP pode mimetizar uma pneumonia infecciosa e a ausência de resposta a múltiplos ciclos de antibioterapia deve alertar para o seu diagnóstico. Em doentes com patologia autoimune com potencial atingimento pulmonar, esta hipótese deve ser considerada. Em raros casos descritos na literatura, o tratamento com rituximab pode originar OP por toxicidade a fármacos. Infecção respiratória por agentes atípicos também seria uma hipótese a equacionar, principalmente num doente imunossuprimido.

Palavras-chave: *Pneumonia organizativa. Artrite reumatoide.*

183. NEM TUDO O QUE PARECE É: LINFOMA OU SARCOIDOSE

M.J. Santos, I.F. Pedro, M. Bragança, I. Macedo, V. Maione

ULS Santa Maria.

Introdução: Com a melhoria da tecnologia e conseqüente melhor resolução da tomografia computadorizada (TC), tem-se assistido a um aumento da deteção de nódulos pulmonares com características que os qualificam para follow-up (FU) imagiológico. A realização de exames de imagem de FU pode, por sua vez, levar à identificação de achados incidentais, pulmonares e extra-pulmonares.

Caso clínico: Mulher, 68 anos, história de hipertensão e neoplasia da mama aos 52 anos, operada e em FU. Não fumadora, com exposição passiva. Referenciada à consulta de Pneumologia por nódulo do lobo superior direito (LSD) de 7,5 mm, sem atividade metabólica em PET-TC FDG. Após 2 anos de vigilância, assistiu-se a aumento da lesão para 10 mm. Pela história de neoplasia da mama, pedida nova PET-TC FDG que não mostrou captação suspeita pulmonar, no entanto, existia hiper captação do radiofármaco em múltiplas lesões esplénicas (SUV máx 8,1). Para melhor caracterização, realizada TC abdominopélvica que mostrou lesões esplénicas sólidas e hipodensas e adenomegalias no hilo esplénico, cujo diagnóstico diferencial incluía lesões inflamatórias em contexto de sarcoidose, linfoma (embora com apresentação atípica de linfoma primário) ou metástase de neoplasia (mas sem evidência de doença ativa há > 15 anos). A doente apresentava-se assintomática e analiticamente com elevação da ECA 128 U/L, sem outras alterações. Biópsia das lesões esplénicas guiada por ecografia revelou infiltração esplénica por linfoma folicular grau 3A. Foi enviada para consulta de Hematologia e, tendo em conta doença limitada, está proposta para terapêutica local, que aguarda.

Discussão: A sarcoidose, por se tratar de uma doença granulomatosa com envolvimento multiorgânico e com apresentações clínicas variadas, constitui um diagnóstico de exclusão e apresenta uma lista de diagnósticos diferenciais extensa. O caso ilustra uma marcha diagnóstica difícil numa doente assintomática, com elevação significativa da ECA que poderia, em conjunto com as imagens esplénicas hiper captantes, ser sugestiva de sarcoidose. Assim, alerta-se para a importância da confirmação histológica para um melhor tratamento e abordagem dos doentes.

Palavras-chave: *Nódulo pulmonar. Sarcoidose. Linfoma.*

184. A DESCOBERTA INESPERADA DE UM MAQUINISTA

M.J. Lucio, M. Guerreiro, E. Brysch, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz.

Introdução: O mesotelioma é uma neoplasia rara que se desenvolve nas células mesoteliais presentes na pleura (local mais comum), peritoneu e pericárdio. Grande parte dos casos surge após exposição a asbestos ou amianto, sendo que algumas profissões apresentam maior risco (indústria têxtil, mineiros, soldadores, construção mecânicos, instalações elétricas). A taxa de sobrevivência varia entre 18-31 meses, com tratamento, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de um homem de 76 anos, autónomo, reformado de maquinista, ex-fumador. Apresentava como antecedentes pessoais hipertensão arterial e hiperplasia benigna da próstata. Foi referenciado à consulta de Pneumologia após várias idas ao SU com toracalgia esquerda com 2 meses de evolução, sem outras queixas. Na última ida, apresentava hipotransparência esquerda em toalha no hemitórax esquerdo na radiografia torácica. Negava febre, perda ponderal, dispneia ou tosse. Neste sentido, foi realizada toracocentese, com saída de líquido serofibrinoso, com predomínio de linfócitos. A citologia do líquido pleural mostrava muitas células mesoteliais, com suspeita de neoplasia. A TC-torácica evidenciava derrame pleural, com colapso do lobo inferior esquerdo e do lobo superior esquerdo e empurramento do mediastino para a direita; enfisema centrilobular e parasseptal nos lobos superiores. Tendo em conta agravamento do derrame, realizou nova toracocentese, com biópsias pleurais, cuja histologia não apresentava alterações. A PET evidenciava hiper captação moderada (SUV5) na pleura pulmonar esquerda de etiologia inflamatória VS maligna. Tendo em conta esta evolução, foi proposto para toracosscopia, sendo a histologia compatível com o diagnóstico de mesotelioma epitelióide, e referenciado à consulta de Pneumologia Oncológica. No entanto, acabou por falecer devido a AVC, antes de prosseguir com o estudo.

Discussão: Este caso clínico destaca-se pela manifestação rara do mesotelioma, correspondendo a 0,3% das neoplasias. Ilustra também os desafios do diagnóstico diferencial, pois pode ser confundido com patologia menos grave. Atrasos no diagnóstico são comuns, devido à variabilidade clínica ao longo da evolução da doença. O reconhecimento precoce e intervenção são cruciais de forma a melhorar o prognóstico do doente.

Palavras-chave: *Mesotelioma. Neoplasia. Toracalgia. Derrame pleural recidivante.*

185. REATIVAÇÃO DA TUBERCULOSE? NEM TUDO É O QUE PARECE

M.J. Lucio, M. Guerreiro, E. Brysch, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz.

Introdução: A aspergilose pulmonar é uma infeção oportunista que afeta o trato respiratório inferior, causada pela inalação de esporos do fungo *Aspergillus* que a infetar cavidades secundárias a bronquiectasias, tumor, tuberculose. A invasão tecidual ocorre frequentemente em indivíduos comprometidos.

Caso clínico: Os autores descrevem um caso de um homem de 49 anos, autónomo, fumador com antecedentes pessoais de infeção crónica por VHB (vírus hepatite B), HIV e tuberculose disseminada com atingimento pulmonar, hepático e esplénico 2 anos antes. Desde a alta desse internamento, apresentou evolução imagiológica favorável até alterações encontradas em TC-torácica de reavaliação que mostrava aparecimento de consolidação com broncograma aéreo e imagens nodulares no LSE (provável reativação de processo infeccioso); com persistência de lesão cavitada de 3 cm. Clinicamente referia perda de peso não quantificada e picos febris diariamente. Realizou broncofibroscopia, que não evidenciou isolamento de microorganismos. Neste sentido, assumiu-se reativação da tuberculose pulmonar e iniciou de novo HRZE. Por agravamento, realizou nova TC-Torácica: imagens em vidro despolido LSE e persistência de alterações fibróticas com zonas de transformação em “pulmão de favo”; cavitação apical subpleural, que aparenta estar habitada (sinal de Monod?). Por suspeita de aspergiloma pulmonar, suspendeu HRZE e ficou internado para tratamento de aspergilose. No internamento, realizou nova TC-Torácica: cavitação habitada por aspetos de aspergilose sugestiva de disseminação broncogénica com múltiplos focos em vidro despolido e micronódulos com configuração em “tree-in-bud”. Realizou novamente broncofibroscopia onde se destaca isolamento de *Aspergillus fumigatus* species complex e

galactomanano positivo. Sem isolamento de *Mycobacterium tuberculosis*. Dada imagem sugestiva de invasão broncogénica, iniciou tratamento dirigido para aspergilose pulmonar invasiva com voriconazol. Por estabilidade hemodinâmica, foi encaminhado para consulta, ficando a aguardar reavaliação.

Discussão: Este caso clínico realça a complexidade da gestão de infeções, como a aspergilose, em doentes imunocomprometidos. Sublinha a necessidade de um diagnóstico precoce e um tratamento eficaz, visando melhores prognósticos para estes doentes vulneráveis, suscetíveis a um desfecho fatal.

Palavras-chave: *Aspergilose. Tuberculose. HIV.*

186. O QUE ESCONDE UMA PNEUMONIA - A PROPÓSITO DE UM CASO

M.V. Grilo, A. Soveral, J.S. Guerreiro, T. Romão, I. Madruga

Medicina 2 Hospital Egas Moniz-ULS Lisboa Ocidental, Fundação Champalimaud.

Introdução: A toxicidade pulmonar é uma complicação da terapêutica com metotrexato, sub-diagnosticada pela sua clínica inespecífica.

Caso clínico: Mulher, 77 anos, autónoma. Antecedente de lupus eritematoso sistémico, sob metotrexato semanal. Internamento recente por pneumonia adquirida na comunidade sem agente isolado, tratada empiricamente. Recorreu ao serviço de urgência com dispneia e agravamento do cansaço habitual, com 3 dias de evolução. Apresentava-se febril, polipneica, com fervores audíveis à esquerda e insuficiência respiratória parcial. Analiticamente, apresentava um aumento dos parâmetros inflamatórios; radiograficamente, um reforço intersticial difuso exuberante (já presente na radiografia à data da alta do internamento prévio), com uma hipotransparência de novo na metade inferior do hemitórax esquerdo. Foi assumido o diagnóstico de pneumonia nosocomial e iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam. Apesar de apirética e com parâmetros inflamatórios em cinética descendente, a doente manteve cansaço para médios esforços e necessidade de oxigenoterapia suplementar. À auscultação, destacavam-se crepitações finas dispersas em todo campo pulmonar. Radiograficamente, observou-se uma redução dimensional da hipotransparência, mantendo o reforço intersticial difuso. Foi solicitada uma TC tórax, que revelou inúmeras lesões intersticiais lineares irregulares, com favo e bronquiectasias de tracção, compatível com alterações parenquimatosas de fibrose, provavelmente decorrente da terapêutica com metotrexato. Realizou ainda uma broncofibroscopia, que mostrou um lavado bronco-alveolar com características inflamatórias e predomínio de histiócitos, com exame microbiológico negativo. Após discussão com Reumatologia, decidiu-se pela suspensão do tratamento com metotrexato. Atualmente, a doente encontra-se clinicamente melhorada e aguarda reavaliação imagiológica.

Discussão: Perante uma pneumonia com resolução clínica mais arrastada após antibioterapia aparentemente eficaz, deve-se suspeitar de patologia pulmonar de base concomitante. Em doentes sob metotrexato, é crucial excluir alterações parenquimatosas de fibrose decorrentes da toxicidade pulmonar desta terapêutica.

Palavras-chave: *Toxicidade pulmonar. Metotrexato. Fibrose pulmonar.*

187. METÁSTASE OCULAR, UMA MANIFESTAÇÃO RARA

N. Lopes, D. Neves, U. Brito

ULS Algarve-Hospital de Faro.

Introdução: O adenocarcinoma (ADC) é a neoplasia primária mais comum do pulmão com cerca de 40% dos casos. Na maioria dos doentes, a metastização do ADC do pulmão ocorre ao nível das glându-

las suprarrenais, fígado, sistema nervoso central e osso. Este trabalho mostra um caso clínico com uma forma de apresentação atípica.

Caso clínico: Doente de 63 anos, não fumadora, vendedora, com antecedentes pessoais irrelevantes. Em Junho de 2022, foi avaliada pela oftalmologia por queixas de diminuição da acuidade visual, dor ocular e sensação de “moscas volantes” com agravamento progressivo nas 2 semanas anteriores. Referia também tosse seca de predomínio noturno, cefaleia parietal esquerda, tonturas e náuseas ocasionais com o mesmo tempo de evolução. Negava perda ponderal ou outras queixas respiratórias. Na avaliação por oftalmologia é referida exsudação retiniana, pelo que iniciou terapêutica com bevacizumab mas apresentou progressão da doença com descolamento seroso total da retina. Para apurar a etiologia do que se pensava ser uma esclerite posterior, foi pedida ressonância magnética cráneo-encefálica (RM CE) e TC tórax para exclusão de sarcoidose. A RM CE revelou uma lesão expansiva corioideia esquerda com diâmetro de 10 mm associada a descolamento da retina sugestiva de lesão tumoral e uma microlesão no centro semioval esquerdo com 2,2 mm de diâmetro. Na TC Tórax de 10/23, verificou-se uma lesão nodular espiculada no lobo médio (LM) com 2,5 cm por 2 cm e várias lesões hepáticas. Foi avaliada em consulta de Pneumologia em Setembro de 2023. Clinicamente, mantinha as mesmas queixas sem alterações no exame objetivo. Realizou biópsia por agulha transtorácica em Outubro de 2023 que revelou infiltração por carcinoma de não pequenas células - ADC, PD-L1 20-30%. A next generation sequencing (NGS) revelou mutação no exão 20 do epidermal growth factor receptor. A tomografia por emissão de positrões mostrou várias adenopatias mediastínicas, nódulos hepáticos e múltiplas lesões osteogénicas sugestivas de metástases, estadiando o ADC como estadio Ivb - T1N2M1c. Iniciou tratamento com pembrolizumab, perimetrexed e carboplatina. Cumpriu 4 ciclos com melhoria da acuidade visual.

Discussão: O prognóstico dos doentes com ADC é influenciado por um diagnóstico e instituição de terapêutica precoces. A apresentação clínica inicial pode ser, por vezes, bastante atípica.

Palavras-chave: *Metástase. Ocular. Adenocarcinoma.*

188. FLORESTA BRÔNQUICA - CASO INESPERADO DE BRONQUIECTASIAS

N. Fernandes, L.L. Ferreira, A. Fonseca, A. Oliveira, D. Coutinho
ULSGE.

Introdução: As bronquiectasias (BQs) são uma doença respiratória inflamatória crónica comum com várias etiologias possíveis. As BQs causadas por obstrução estão descritas em < 1% dos casos.

Caso clínico: Mulher de 21 anos, não fumadora, estudante, sem antecedentes médico-cirúrgicos, nomeadamente história de patologia respiratória na infância ou familiar, e sem medicação habitual, foi referenciada para a consulta de Pneumologia após ter recorrido ao Serviço de Urgência por tosse com expectoração hemoptoica. Nesse episódio, não apresentava alterações ao exame físico, exceto presença de expectoração hemoptoica presenciada, estudo analítico e radiografia do tórax também sem alterações. Foi medicada empiricamente com antibioterapia e agendada reavaliação. Na consulta, a doente encontrava-se sem sintomas respiratórias e sem novos episódios de tosse com expectoração hemoptoica. Do estudo complementar realizado, TC do tórax evidenciou consolidação peribroncovascular no segmento anteromedial do lobo inferior esquerdo com BQs nessa localização; alfa-1 antitripsina normal, estudo imunológico e serologias de VIH negativos. O estudo funcional respiratório encontrava-se sem alterações. Dada a presença de bronquiectasias localizadas, realizou broncofibroscopia, com identificação de corpo estranho - pequeno ramo de cedro - a nível do B8 esquerdo, removido com pinça flexível. O restante exame endoscópico sem alterações, nomeadamente micro e micobacteriologia negativos. Na TC tórax de reavaliação apresentava bronquiectasias com redução do espessamento parietal, da impaction mucóide e da consolidação do parênquima à periferia,

persistindo pequena consolidação, de possível natureza fibrocicatricial. A doente manteve-se assintomática e sem novos episódios de tosse com expectoração hemoptoica, referindo eventual episódio de aspiração de cedro aos 8 anos de idade.

Discussão: O presente caso clínico retrata uma situação de BQs secundárias a corpo estranho e ilustra a importância da realização de exames endoscópicos para o estudo das BQs, principalmente em caso de BQs localizadas.

Palavras-chave: *Bronquiectasias. Corpo estranho.*

189. TOSSE CRÔNICA - A IMPORTÂNCIA DA BRONCOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO

M.O. Ramos, V.S. Martins, A. Alfaiate, S. Furtado

Hospital da Luz Lisboa.

Introdução: A tosse é um dos sintomas mais comuns na prática clínica e está presente numa extensa variedade de patologias, tornando seu diagnóstico diferencial por vezes desafiante. O cancro da mama é a neoplasia mais prevalente mundialmente, sendo o pulmão um dos principais locais de metastização. No entanto, a apresentação mais frequente é sob a forma de nódulos pulmonares, sendo o envolvimento endobrônquico raro.

Caso clínico: Mulher, 77 anos, exposição passiva a tabaco, com antecedentes de cancro da mama direita há 14 anos, submetida a tumorectomia, radioterapia e hormonoterapia, e cancro colorretal há 20 anos, submetida a ressecção cirúrgica e radioterapia. Observada em consulta de Pneumologia por quadro de tosse com expectoração mucopurulenta com 2 anos de evolução. Negava pieira, dispneia, hemoptises, anorexia, perda de peso, febre ou sudorese noturna. Negava história prévia de asma brônquica. Exame objetivo sem alterações. Previamente medicada com broncodilatadores e corticoterapia inalada, antagonista de leucotrienos e antihistamínicos, sem melhoria clínica. Exame microbiológico e micobacteriológico da expectoração negativo e provas de função respiratória sem alterações. Tomografia computadorizada (TC) do tórax identificou densificação em banda envolvendo a traqueia e brônquios principais, condicionando discreta irregularidade do contorno na região da carina. A broncoscopia, visualizou mucosa difusamente edemaciada com lesões infiltrativas planas e esbranquiçadas em toda a extensão da traqueia, brônquios principais e segmentares. O exame anátomo-patológico das biópsias brônquicas revelou carcinoma de origem mamária (positividade para receptor de estrógeno, índice de proliferação (ki67) 20% e HER2 negativo). TC de estadiamento identificou metástases hepáticas e esplênicas. Assumido quadro de recidiva metastática de carcinoma invasivo da mama luminal B “like” e iniciada terapêutica com letrozol e ribociclib.

Discussão: O caso clínico demonstra uma rara recidiva metastática de cancro da mama com envolvimento extenso da árvore traqueobrônquica, manifestada através de um sintoma inespecífico como a tosse. A adequada marcha diagnóstica diante de um quadro de tosse crônica, de forma individualizada para cada doente, pode ser a peça-chave para o diagnóstico precoce e tratamento atempado de doenças graves.

Palavras-chave: *Tosse. Carcinoma mamário. Metastização traqueobrônquica.*

190. A DOR COMO UM REFLEXO DE NECESSIDADE

M. Pais, M.J. Oliveira, A.C. Ferreira, E. Silva, C. Ribeiro, S. Conde, T. Shiang, M. Vanzeller

Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho.

Introdução: O empiema de necessidade é uma patologia rara, que resulta da dissecação dos tecidos moles da parede torácica por líquido pleural purulento, nomeadamente pela pele. Classicamente, apresen-

ta-se no decorrer de uma pneumonia com extensão pleural. Os agentes mais frequentemente isolados são o *Mycobacterium tuberculosis* e o *Actinomyces* spp. Ocorre, sobretudo, em doentes imunocomprometidos, com história de alcoolismo e uso de drogas endovenosas.

Caso clínico: Homem, 54 anos, comerciante, saudável, não-fumador, sem hábitos alcoólicos, recorre ao serviço de urgência (SU) por dor no hemitórax e membro superior esquerdo (MSE), associado a diminuição de força ipsilateral, sem alterações cutâneas e sem clínica de infeção respiratória, interpretadas como dor musculoesquelética. Por manter dor após 2 dias, é novamente enviado ao SU, faz radiografia de tórax sem alterações de relevo, mantendo-se o diagnóstico de dor musculoesquelética. Após 7 dias, por progressão das queixas algicas, com febre e alteração cutânea volumosa e ruborizada “de novo” no hemitórax superior esquerdo, recorre novamente ao SU. Apresentava elevação de parâmetros inflamatórios, febre e diminuição da força no MSE. Inicia empiricamente piperacilina-tazobactam e realiza TC de tórax que evidencia alterações sugestivas de empiema loculado no hemitórax superior esquerdo com extensão à parede torácica. Isola-se em hemoculturas *Staphylococcus aureus* e é submetido a drenagem torácica com isolamento do mesmo agente. É observado por Neurologia que realiza eletromiografia sem evidência de plexopatia braquial e TC-CE sem alterações, interpretando o déficit motor no contexto da dor condicionada pelo processo infeccioso. Após drenagem e antibioterapia, o doente apresentou melhoria progressiva de todos os sintomas.

Discussão: Apesar de raro, o empiema de necessidade deve ser suspeitado na presença de tumefação cutânea, associada a dor e défices motores, mesmo em doentes sem fatores de risco e clínica respiratória.

Palavras-chave: *Empiema. Tumefação cutânea. Dor musculoesquelética.*

191. SERÁ A CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4+ RELEVANTE NO DIAGNÓSTICO DE PNEUMOCISTOSE?

M. Pais, M.J. Oliveira, A.C. Ferreira, E. Silva, C. Ribeiro, S. Conde, T. Shiang, M. Vanzeller

Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho.

Introdução: A pneumocistose é uma doença infecciosa pulmonar, oportunista, causada pelo fungo *Pneumocystis jirovecii* (PPJ). Vários fatores de risco para o seu desenvolvimento foram identificados, entre os quais a infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) avançada com contagem de linfócitos T CD4+ < 200 células/μl.

Caso clínico: Homem, 55 anos, VIH positivo, cumpridor assíduo de terapêutica antiretroviral, ex-toxicodependente, sob metadona, com hepatite C curada, enfisema e bronquiectasias (sem isolamentos microbiológicos). Internamento prévio por infeção respiratória com insuficiência respiratória (IR) tipo 2. Reavaliado em consulta de Pneumologia onde apresentava queixas de tosse e expectoração purulenta, tendo sido medicado com ciclo curto de corticoterapia oral. Aproximadamente um mês depois, por persistências das queixas e agravamento da dispneia, recorreu ao serviço de urgência. À admissão destacava-se taquipneia e febre; com IR aguda (ratio paO₂/FiO₂: 175), elevação dos parâmetros inflamatórios e agravamento imagiológico, com densificações em vidro despolido, de novo, associado a pneumomediastino de pequeno volume. Foi assumida pneumonia bilateral e iniciado meropenem pela pressão antibiótica prévia. Do estudo complementar, a realçar CD4+ de 912 células/μl, ARN-VIH1 indetetável, vírus respiratórios negativos e carga vírica de CMV indetetável. Por ausência de melhoria, realizada broncofibroscopia, em D9 de internamento, para colheita microbiológica alargada, com identificação de PCR de PPJ positiva. Assumida pneumocistose e iniciado trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SMX) e prednisolona. O internamento foi complicado por pneumotórax espontâneo secundário, com necessidade de colocação de dreno torácico e posterior pleurodese por slurry talc, e por pneumonia nosocomial com isola-

mento de *E. coli* em exame bacteriológico de expectoração, tendo sido medicado de acordo com testes de sensibilidade a antibióticos, com cefuroxima. Após 52 dias de internamento, doente teve alta com TMP/SMX profilático e OTLD a 2 L/min.

Discussão: A pneumocistose deve ser suspeitada em todos os doentes portadores de VIH, independentemente do valor de linfócitos T CD4+, sobretudo se evolução clínica não favorável.

Palavras-chave: *Pneumocistose. Vírus de imunodeficiência humana. Linfócitos T CD4+.*

192. BORDETELLA BRONCHISEPTICA: UMA ZOONOSE PECULIAR

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

Unidade Local de Saúde de Santa Maria.

Introdução: A *Bordetella bronchiseptica* é um cocobacilo gram negativo responsável por infeções respiratórias em animais como cães, gatos e coelhos. Raramente, pode ser transmitida a humanos, variando desde infeção assintomática até pneumonia grave.

Caso clínico: Homem de 87 anos, operário fabril reformado, ex-fumador (40 UMA), com o diagnóstico de DPOC GOLD 2E e bronquiectasias. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 2 dias de evolução de dispneia e tosse com expectoração mucopurulenta. Analiticamente destacava-se aumento de parâmetros inflamatórios. Gassimetricamente com insuficiência respiratória parcial e pesquisa de vírus respiratórios negativa. Realizou TC tórax que identificou parênquima pulmonar com algumas bolhas enfisematosas, espessamento de paredes brônquicas mais evidente ao nível das bases e consolidação no lobo inferior direito. Admitiu-se o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) com insuficiência respiratória, tendo sido feitos exames culturais e iniciado antibioterapia empírica com amoxicilina/clavulanato (AAC) e azitromicina e oxigenoterapia suplementar. Durante o internamento observou-se melhoria clínica, com resolução da insuficiência respiratória. Destaca-se isolamento de *Bordetella bronchiseptica* multissensível no exame bacteriológico da expectoração. Após discussão com Infecologia, dado não existirem breakpoints definidos para este microrganismo quanto à sensibilidade a AAC e azitromicina, optou-se por alterar a terapêutica para um curso de doxiciclina oral. Foram averiguados possíveis contactos do doente com animais infetados, tendo referido presença de coelhos e galinhas no domicílio, ainda que sem contacto direto. Foram prestados conselhos quanto a cuidados com os animais e teve alta referenciado a Consulta de Doenças Infeciosas.

Discussão: Ainda que rara em humanos e mais frequente em populações imunodeprimidas, a infeção por este agente pode acometer imunocompetentes, tratando-se de um agente que pode ser resistente à antibioterapia empírica da PAC. Destacamos a importância de averiguar o contacto com animais possivelmente infetados e que necessitem de tratamento.

Palavras-chave: *Bordetella bronchiseptica. Zoonose. PAC. Antibioterapia.*

193. TUBERCULOSE: SER OU NÃO SER, EIS É A QUESTÃO!

R. Armindo, M. Cunha, F. Guimarães, J. Canadas, J. Carvalho, V. Durão, P. Rosa

Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo.

Introdução: A tuberculose tem sido uma das mais importantes causas de morte e continua a ser um grave problema de saúde pública. Apresenta-se muitas vezes camuflada, podendo confundir-se com outras entidades, como a neoplasia. Apresenta-se o caso de uma doente cujo diagnóstico constituiu um desafio para a equipa multidisciplinar envolvida.

Caso clínico: Mulher, 47 anos, operária fabril, com história de tuberculose (TB) pulmonar na infância. Não fumadora. Sem exposições ambientais relevantes. Sem medicação habitual ou alergias. Foi encaminhada ao Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Vila Franca de Xira (VFX) para rastreio de contacto de caso índice (companheiro, com TB pulmonar cavitada bacilífera que veio a falecer no Hospital de VFX). Na investigação do quadro foi realizada tomografia computadorizada de tórax, onde se evidenciou nódulo pulmonar no lobo superior direito com 6 mm, tendo-se evidenciado crescimento de 4 mm na reavaliação imagiológica aos 6 meses. Nesta altura foi realizada broncofibroscopia, sendo as secreções brônquicas e o lavado bronco-alveolar negativos para células neoplásicas. A pesquisa microbiológica foi negativa, assim como a PCR-BK. A biópsia aspirativa transtorácica foi negativa para granulomas ou atipia. Dada a suspeição do nódulo pulmonar, assumiu-se provável tumor de baixa atividade metabólica. Foi pedida TC-tomografia de emissão de positrões (PET-CT), que não apresentou hipermetabolismo ativo. A doente foi proposta para Cirurgia Torácica, tendo sido submetida a lobectomia superior direita e esvaziamento ganglionar mediastínico por videotoracoscopia assistida. O estudo de anatomia patológica revelou granulomas com necrose central, células gigantes multinucleadas e pesquisa de bacilos ácido-alcool resistentes positiva. Neste sentido, foi novamente encaminhada para o CDP de VFX onde iniciou tratamento antibacilar, com boa adesão à terapêutica e boa evolução clínica.

Discussão: Este caso ilustra a dificuldade diagnóstica da tuberculose na prática clínica. O seu diagnóstico mantém-se desafiante e requer uma abordagem multidisciplinar, pela sua capacidade de dissimulação.

Palavras-chave: *Tuberculose. Dificuldade diagnóstica. Caso clínico.*

194. SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD: UMA CAUSA RARA DE HIPERTRANSPARÊNCIA PULMONAR

R. Silva, S. Pinto, F. Paula

Departamento de Tórax, Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde Santa Maria-Hospital Pulido Valente.

Introdução: A hipertransparência em radiografia torácica pode resultar de múltiplas causas tais como enfisema, pneumotórax, tromboembolismo pulmonar, malformações vasculares congénitas ou adquiridas; ou alterações sequelares. A síndrome de Swyer-James-Macleod (SJMS), consiste numa causa rara (prevalência de 0,01%) de hipertransparência pulmonar, habitualmente unilateral, que resulta de uma infeção prévia na infância (nomeadamente pós bronquiólite obliterante), com bronquiectasias sequelares associadas. O seu tratamento consiste na prevenção de infeções de repetição e controlo sintomático.

Caso clínico: Homem de 64 anos, não fumador, seguido em consulta de Pneumologia por doença pulmonar obstrutiva, síndrome de apneia obstrutiva do sono e enfisema, com antecedentes de pneumotórax recidivante à direita com necessidade de pleurodese mecânica. Queixas de dispneia para esforços (mMRC 2-3), cansaço, pieira e infeções respiratórias de repetição com necessidade de toma de antibioterapia frequente. Dificil resposta ao broncodilatador, apesar de otimização terapêutica. Em consultas de reavaliação, mantinha auscultação pulmonar com sibilância fixa à esquerda, sem outras alterações. Analiticamente, a destacar alfa-1-antitripsina normal. Em radiografias torácicas seriadas com área hipertransparente à esquerda. Procedeu-se a estudo com angio-TC tórax que demonstrou presença de enfisema, diminuição da densidade do parênquima pulmonar esquerdo e da vasculatura pulmonar com bronquiectasias cilíndricas e varicosas no lobo inferior esquerdo. A cintigrafia pulmonar de ventilação/perfusão confirmou hipoperfusão heterogénea difusa ao nível do pulmão esquerdo, agravada no lobo inferior esquerdo, com diagnóstico final de SJMS.

Discussão: A SJMS consiste num diagnóstico raro e desafiante. Este caso poderá corresponder a uma forma bilateral da síndrome com

manifestação por pneumotórax e bronquiectasias. Salientam-se dois aspetos fundamentais: 1) o difícil diagnóstico diferencial desta síndrome através da radiografia torácica, com a necessidade de Angio-TC tórax e/ou da cintigrafia pulmonar; 2) o diagnóstico, geralmente tardio, em doentes com queixas asmáticas, infeções de repetição ou mesmo embolia pulmonar, que pode levar a uma inatuação de medidas terapêuticas.

Palavras-chave: *Hipertransparência. Síndrome de Swyer-James-Macleod. Diagnóstico diferencial imagiológico.*

195. UMA LOMBALGIA... COM ORIGEM PULMONAR?

R. Silva, J.M. Simões, M. Guia, P. Pinto, C. Bárbara

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

Introdução: O cancro do pulmão é, frequentemente, diagnosticado em fase de doença avançada/metastática, refletindo a ausência de sintomas em estadios precoces. Os sintomas tardios, geralmente, resultam de efeitos locais do tumor, disseminação regional ou à distância; ou síndromes paraneoplásicas. Embora incomum, os doentes podem também ter uma apresentação inicial com manifestações clínicas de metástases extratorácicas.

Caso clínico: Homem, 55 anos, fumador ativo (CT 35 UMA), recorreu ao serviço de urgência por lombalgia esquerda com 5 dias de evolução, sem melhoria após analgesia oral. Adicionalmente, perda de peso involuntária de 10 kg em 4 meses. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, apirético, SpO₂ 99% (FiO₂-21%). Sem alterações na auscultação ou nos parâmetros analíticos sumários. A Angio-TC abdominal identificou nódulos heterogêneos em ambas as glândulas suprarrenais, apresentando à esquerda líquido perirrenal anterior homolateral, sugestivo de hematoma retroperitoneal de 9 cm, sem sinais de hemorragia ativa, o que motivou o internamento. Em contexto de reavaliação imagiológica e etiológica, ao 5º dia de internamento, procedeu-se a realização de TC toraco-abdomino-pélvica, com identificação de um nódulo pulmonar de contorno espiculado no lobo superior esquerdo com 2 cm e adenopatias mediastínicas. Foi realizada videobroncoscopia com EBUS com resultado histológico negativo. Contudo, a PET-TC demonstrou aumento da atividade metabólica no nódulo pulmonar, gânglios mediastínicos e glândulas suprarrenais. Neste contexto, procedeu-se a biópsia da glândula suprarrenal direita cujo exame histológico permitiu o diagnóstico de adenocarcinoma (ADC) de origem pulmonar - estadios IVb - cT1bN3M1c.

Discussão: Este caso descreve uma apresentação inicial rara, mas possível, de cancro do pulmão, na qual as queixas lombares se verificaram predominantes e a clínica respiratória frustrante, salientando a importância da suspeição de cancro do pulmão em doentes com fatores de risco importantes, ainda que sem clínica fortemente sugestiva. As manifestações clínicas das metástases extratorácicas do ADC do pulmão geralmente estão associadas a metástases cerebrais, ou metástases ósseas, não estando reportados sinais/sintomas associados a metástases suprarrenais, tratando-se de um caso anedótico na literatura.

Palavras-chave: *Hematoma retroperitoneal espontâneo. Metástase da glândula suprarrenal. Incidentaloma. Adenocarcinoma do pulmão.*

196. NÓDULO PULMONAR SUSPEITO EM DOENTE COM INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS DE REPETIÇÃO

A.R. Barreira, C.L. Figueiredo, C.S. Carvalho, I. Torres, C. Jardim, A. Miguel

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

Introdução: As infeções respiratórias de repetição podem estar associadas a sequelas pulmonares, como as bronquiectasias e, menos

frequentemente, as hipotransparências nodulares. Salienta-se a importância do diagnóstico diferencial das últimas com as neoplasias pulmonares.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 71 anos, ex-fumadora (10 UMA) e com história prévia de asma desde a infância e infeções respiratórias de repetição. Recorreu à consulta de Pneumologia com quadro clínico de cansaço e perda ponderal, apresentando em TC-torácica um nódulo lobulado espiculado, com cerca de 20 × 20 mm, no lobo superior direito, focalmente cavitado. Procedeu-se ao estudo adicional com PET-CT que evidenciou captação no nódulo pulmonar referido (SUV máximo = 2,3), destacando um padrão que não permitiu excluir malignidade, sem outras lesões suspeitas. A TC-CE não demonstrou lesões sugestivas de secundarismo. Optou-se por realizar biópsia pulmonar transtorácica, referindo-se difícil acesso ao nódulo, com colheita apenas de 1 fragmento e com histologia inconclusiva, a relatar apenas extensa área de fibrose e pigmento antracótico. Perante estes achados, tendo em conta os fatores de risco e as características radiológicas, optou-se pela intervenção cirúrgica, na qual foi realizada ressecção atípica no lobo superior direito por VATS. Ao corte observou-se área de maior consistência de limites mal definidos, heterogênea e com focos hemorrágicos. A histologia confirmou o diagnóstico de benignidade compatível com lesão cicatricial.

Discussão: Perante doente com fatores de risco para neoplasia do pulmão, salienta-se a importância do diagnóstico precoce e tratamento atempado. Apesar deste caso apresentar fatores de risco e clínica compatível com neoplasia pulmonar, bem como achados imagiológicos suspeitos, este diagnóstico acabou por não se confirmar. A lesão cicatricial encontrada estaria muito provavelmente associada a infeções respiratórias de repetição no passado, justificando também a dúvida da captação em PET-CT.

Palavras-chave: *Lesão cicatricial. Infeções respiratórias de repetição. Neoplasia pulmonar.*

197. SARCOMA DE KAPOSI: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

R.P. Fortes, C.F. Roquete, C. Couto, L. Santos, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: O sarcoma de Kaposi, tipicamente associado ao HIV, é uma neoplasia vascular causada por infeção pelo herpesvírus humano-8 (HHV8). Apresenta-se habitualmente com envolvimento mucocutâneo, sendo raro o envolvimento pulmonar primário. Descreve-se o caso de uma doente com sarcoma de Kaposi com envolvimento pulmonar exclusivo.

Caso clínico: Mulher de 33 anos, natural de Angola, e sem diagnósticos prévios, é internada para estudo de quadro consumptivo com seis meses de evolução, caracterizado por mal-estar geral, astenia e perda ponderal de 13 kg. Referia ainda tosse seca, toracalgia pleurítica, febre e odinofagia com duas semanas de evolução. À observação, salientava-se: candidíase orofaríngea, lesões vesiculares peri-orais de sugestão herpética e gânglios cervicais, retroauriculares e inguinais infracentimétricos. Não existiam outras alterações mucocutâneas e a auscultação pulmonar era normal. Dos exames realizados, destaca-se: Hb 5,3 g/dL (ferropénica e inflamatória), ferritina 2.000 ng/mL, leucocitose 14.100/uL (6.500 neutrófilos, 6.000 linfócitos), Na⁺ 124 mmol/L, FA 298 U/L, GGT 141 U/L, PCR 8,18 mg/dL e VIH positivo com linfócitos CD4 126/uL. A radiografia de tórax apresentava infiltrado reticular na metade inferior dos campos pulmonares bilateralmente. A TC toraco-abdomino-pélvica mostrou parênquima pulmonar com múltiplas lesões nodulares não cavitadas bilaterais, com gradiente basal, medindo até 2,5 cm, adenopatias supraclaviculares, axilares, mediastínicas, periaórticas, pericava, ilíacas e inguinais, bem como hepatoesplenomegalia. Fez BFO que mostrou duas pápulas hipervascularizadas eritematosas na parede anterior da traqueia, que se biopsaram. A histologia revelou proliferação vascular centrada no córion, com expressão para HHV8, consistente com sarcoma de Kaposi, pelo que a doente foi

referenciada a Oncologia. Posteriormente, foi positiva a PCR para *M. tuberculosis* no LBA e em mielocultura e a doente iniciou terapêutica antibacilar. Evoluiu desfavoravelmente com choque séptico por pneumonia nosocomial, refratário às medidas instituídas.

Discussão: É necessário um elevado índice de suspeição para lesões vasculares em doentes VIH positivos. A biópsia das lesões é essencial para o diagnóstico.

Palavras-chave: *Sarcoma de Kaposi. Tuberculose. Videobroncofibroscopia.*

198. SÍNDROME FEBRIL INDETERMINADO - UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE DE TUBERCULOSE

R.P. Fortes, C.F. Roquete, I. Ferreira, L. Santos, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A tuberculose é um importante problema de saúde pública em Portugal. O tempo mediano até ao diagnóstico é de 86 dias após o início dos sintomas, sendo 1/3 da demora atribuível aos cuidados de saúde.

Caso clínico: Mulher, 30 anos, natural de Angola, sem terapêutica habitual. Foi submetida a fertilização in vitro que resultou em gravidez gemelar e que evoluiu com aborto incompleto infetado. Não apresentou resposta a amoxicilina/clavulanato em ambulatório, com persistência de febre, sendo internada. À admissão, apresentava anemia normocítica normocrômica (hemoglobina 11,1 g/L), sem leucocitose, proteína C reativa de 6,6 mg/dL, elevação dos parâmetros de citocolestase (AST 230 U/L, ALT 233 U/L, FA 151 U/L, GGT 251 U/L), bilirrubina total de 0,35 mg/dl, LDH 390 U/L e creatinina de 0,82 mg/dL. Foi submetida a curetagem e aspiração sob controlo ecográfico, iniciando antibioterapia empírica com ampicilina, gentamicina e metronidazol. Manteve febre, sem outras alterações ao exame objetivo. Para pesquisa de foco infeccioso, colheu urocultura, hemoculturas, pesquisa de SARS-CoV-2, Influenza A e B e VSR, VDRL, serologias para hepatites (A, B, C e E) e VIH, pesquisa de *Plasmodium* e PCR para *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Todos os resultados foram negativos. Não foram detetadas alterações na radiografia de tórax. A TC abdominopélvica excluiu complicações pélvicas, mas referia heterogeneidade na densidade das bases pulmonares que motivou realização de TC tórax, com identificação de exuberante infiltrado micronodular bilateral, disperso, com distribuição centrilobular e áreas de densificação em vidro despolido. Apurou-se tosse seca com três semanas de evolução; neste contexto, realizou broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar. Não se detetou BAAR, mas a PCR para *M. tuberculosis* complex foi positiva. Dado apresentar citocolestase hepática com transaminases > 4xLSN fez ecografia abdominal, que relevou apenas hepatomegália. Iniciou terapêutica antibacilar com HRZE+B6 após a qual se verificou resolução dos picos febris diários e melhoria da citólise. A doente teve alta ao fim de 10 dias de internamento na Pneumologia, com indicação para manter seguimento no CDP.

Discussão: Perante um síndrome febril indeterminado, é importante manter um elevado índice de suspeição para o diagnóstico de tuberculose.

Palavras-chave: *Tuberculose. Síndrome febril indeterminado. Gravidez.*

199. UMA RARA FORMA DE METASTIZAÇÃO DA NEOPLASIA DO PULMÃO

A. Fernandes, K. Cunha, D. Neves, H. Ramos, U. Brito

Unidade Local de Saúde do Algarve.

Introdução: O diagnóstico histológico na neoplasia do pulmão é determinante para a instituição da terapêutica adequada. O atraso na sua obtenção compromete o prognóstico do doente.

Caso clínico: Homem de 72 anos, ex-fumador (90 UMA), trabalhador em fábrica de cortiça 12 anos. História de enfisema com ressecção de bolhas aos 57 anos, DPOC provável e hérnia inguinal direita. Em estudo de massa pulmonar desde Nov/2019, a aguardar diagnóstico (já realizadas múltiplas biópsias e citologia). Recorreu ao SU a 9/9/2020 por dor abdominal, vômitos e obstipação com vários dias de evolução. Apresentava-se apirético, eupneico, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações, abdómen distendido sem defesa. Analiticamente leucocitose de 14.500 e PCR 75 mg/dL. GSA (FiO2 21%) pH 7,59, pCO2 43, pO2 54,3, HCO3 42,6 mmHg, satO2 88,9%. TC-abdominal: (...) marcada distensão gástrica e distensão líquida de várias ansas de delgado com vários níveis hidroaéreos, condicionada por imagem sólida com aparente origem em ansa de delgado localizada na vertente posterior direita da escavação pélvica, com extensão longitudinal de 10 cm, sugestiva de neoformação? lesão polípode com invaginação? Colocada SNG com saída de 7L de conteúdo esverdeado. Submetido a cirurgia por oclusão intestinal (delgado), identificando-se tumoração do apêndice abcedada e perfurada a esse nível, condicionando apendicectomia e drenagem do abscesso. Ficou internado na Cirurgia Geral com apoio da Pneumologia, cumpriu 7 dias de ceftriaxona e metronidazol com melhoria gradual do quadro abdominal e agravamento da dispneia habitual (mMRC 2 - > 4). A 21/9/2020 o resultado da última biópsia aspirativa transtorácica revelou carcinoma de pequenas células. O doente foi transferido para o Serviço de Pneumologia, contudo dado o rápido agravamento do estado geral não foi possível o início da QT e começou seguimento pelos Cuidados Paliativos. A 29/9/2020 o resultado da peça operatória identificou Carcinoma neuroendócrino moderadamente diferenciado, compatível com metastização do carcinoma pulmonar diagnosticado dias antes. O doente veio a falecer na semana seguinte.

Discussão: O carcinoma pulmonar de pequenas células caracteriza-se pelo seu potencial de metastização, por vezes, são metástases em locais inusitados que nos podem levar ao diagnóstico.

Palavras-chave: *Carcinoma pulmonar pequenas células. Metastização. Apêndice.*

200. PARA ALÉM DA DPOC - CASO CLÍNICO

F.S. Correia, B. Ferraz, T. Feliciano, F. Gonçalves, J. Gomes

Unidade Local de Saúde de Santo António.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é atualmente uma das principais causas de morbimortalidade a nível mundial. Caracterizada por alternar entre períodos de estabilidade e de exacerbação, cada vez mais existe a perceção de alteração do microbioma da via aérea destes indivíduos e a sua colonização por microrganismos potencialmente patogêneos (PPM). O papel dos PPM nas exacerbações é sucessivamente mais discutido. Associadas também ao tabagismo, as neoplasias de cabeça e pescoço podem culminar na realização de traqueostomia que, por sua vez, acrescenta uma porta de entrada para microrganismos e consequente colonização do trato respiratório. A distinção entre exacerbação ou colonização em doentes com pluripatologia, sintomáticos e com isolamentos frequentes de PPM é difícil e promove um uso excessivo de antibioterapia.

Caso clínico: Homem de 72 anos, autónomo. Tabagismo no passado (carga tabágica de aproximadamente 45 UMA). Seguido em Consulta Externa de Pneumologia por DPOC GOLD 3A. Diagnóstico de neoplasia das cordas vocais em 2022, submetido a laringectomia total com esvaziamento ganglionar cervical bilateral e traqueostomia. Realizada radioterapia adjuvante, que complicou com radiodermite cervical. Após traqueostomia iniciou queixas de aumento do volume de expectoração, com múltiplos isolamentos de *Staphylococcus aureus* meticilina-sensível (MSSA). Realizados ciclos de antibioterapia dirigidos de acordo com antibiograma, com boa resposta, mas posterior recidiva. Dado isolamento persistente de MSSA e queixas de broncorreia agra-

vada, discutido caso com Otorrinolaringologista e Oncologista assistentes, tendo-se optado por realização de broncofibroscopia para colheita de amostras da via aérea inferior para microbiologia, que foram estéréis. Concomitantemente realizou-se colheita de expectoração pelo doente, com isolamento de MSSA. Atendendo aos resultados obtidos, assumiu-se colonização de traqueostomia por MSSA.

Discussão: Com este caso clínico pretende-se reiterar a dificuldade da diferenciação entre colonização e exacerbação, levando à realização de ciclos de antibioterapia indevidos, podendo acarretar um papel relevante no desenvolvimento de resistências a antibioterapia.

Palavras-chave: DPOC. Neoplasia. Colonização.

201. PNEUMOCISTOSE PULMONAR INDUZIDA POR CORTICÓIDE EM BAIXA DOSE - CASO CLÍNICO

I. Silva, A. Vale, A. Loureiro

ULTMAD.

Introdução: A pneumocistose é uma infeção potencialmente fatal, que se desenvolve tipicamente em doentes com quadros de imunossupressão, incluindo terapêutica com glicocorticóides e imunossuppressores, sendo indicada instituição de profilaxia da pneumocistose em casos específicos.

Caso clínico: Homem, 81 anos, antecedentes de pneumonite de hipersensibilidade fibrótica, seguido em consulta de Doenças Difusas do Pulmão, tendo iniciado prednisona 10 mg por clínica de dispneia e tosse, com melhoria clínica significativa, pelo que manteve tratamento. Após 6 meses de terapêutica, recorre ao SU por quadro de dispneia com agravamento rapidamente progressivo associado a tosse produtiva com 4 dias de evolução. À admissão, com sinais de dificuldade respiratória, hipoxémia grave e analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios. Realizou angioTC torácica com evidência de consolidações em vidro despolido, multifocais e bilaterais. Admitido em Unidade de Cuidados Intermédios. Iniciou suporte respiratório com ventilação mecânica não invasiva e antibioterapia empírica para pneumonia adquirida na comunidade e pneumocistose pulmonar (em função de imagem compatível) e corticoterapia sistémica em doses elevadas. Sem isolamentos microbiológicos no estudo inicial. A D2 de internamento, por agravamento clínico com ARDS grave, iniciou ventilação mecânica invasiva e novo rastreio sético confirma pesquisa de PCR de *Pneumocystis jirovecii* em secreções brônquicas positiva. Assumida então diagnóstico definitivo de pneumocistose, mantendo terapêutica com cotrimoxazol durante 9 dias, com necessidade de substituição por esquema alternativo por toxicidade, tendo iniciado clindamicina e primaquina, cumprindo no total 21 dias de tratamento. Extubado a D14 de internamento, tendo sido transferido para enfermaria de Pneumologia a D20, clinicamente melhorado, com resolução progressiva da insuficiência respiratória.

Discussão: Este caso clínico pretende alertar para a possibilidade de infeção por *Pneumocystis jirovecii* em doentes sob terapêutica imunossupressora sem indicação para profilaxia segundo as recomendações atuais e para a eventual necessidade de considerar outros fatores clínicos na decisão de instituição da mesma.

Palavras-chave: Pneumocistose. Pneumonia. Imunossupressão.

202. MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO SEM EXPOSIÇÃO A ASBESTO - UM CASO CLÍNICO

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

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

Introdução: Embora raro, o mesotelioma pleural maligno é um tumor agressivo. Surge sobretudo no doente idoso e está associado à exposição a asbesto.

Caso clínico: Homem de 55 anos sem antecedentes relevantes e sem exposição conhecida. Recorreu ao Serviço de Urgência por cansaço fácil, astenia e tosse seca em agravamento progressivo nos últimos 2 meses, com perda ponderal de 6 Kg em 6 meses; presença de tumefação na parede anterior do hemitórax esquerdo desde há 5 meses. À admissão, apresentava diminuição do murmúrio vesicular nos dois terços inferiores do hemitórax esquerdo. Gasimétrica e laboratorialmente sem alterações de relevo. A radiografia torácica revelou hipotransparência homogénea nos dois terços inferiores do campo pulmonar esquerdo, sugestiva de derrame pleural; a TC torácica documentou um volumoso derrame pleural esquerdo, com apenas parte do lobo superior arejado, bem como nodularidades densas no seio do derrame, a mais anterior com extensão subpleural e cerca de 5 cm. Realizou-se toracocentese diagnóstica e evacuadora ecoguiada, com saída de líquido serohemático, e colocou-se dreno torácico. A análise do líquido pleural demonstrou tratar-se de um exsudado com predomínio de macrófagos, com citologia negativa para células malignas; exame químico com glicose 95 mg/dL, proteínas 4,1 g/dL, albumina 2,9 g/dL, LDH 83 U/L, amilase 27 U/L; ADA 11 UI/L; exames microbiológico e micobacteriológico negativos. A TC de reavaliação pós-remoção do dreno revelou derrame pleural circunferencial e localizado em toda a extensão do hemitórax esquerdo; clinicamente, sem condicionar insuficiência respiratória. O doente foi submetido a biópsia trans-torácica, cuja histologia foi compatível com mesotelioma maligno epitelioide de baixo grau. Do estudo de estadiamento, a destacar infiltração do quinto espaço intercostal da parede torácica anterior esquerda. O doente iniciou quimioterapia com pemetrexedo e carboplatina.

Discussão: Realça-se este caso pela raridade da patologia e por surgir num doente jovem e sem exposição conhecida a asbesto. O desvio de uma apresentação dita típica como esta torna o diagnóstico mais desafiante, requerendo um elevado grau de suspeição clínica.

Palavras-chave: Mesotelioma pleural maligno. Pleura. Líquido pleural.

203. DOENTES COM DÉFICE DE ALFA-1 ANTITRIPSINA SOB TERAPÊUTICA NUM CENTRO HOSPITALAR

S. Pinto, C. Santos, F. Rodrigues

Unidade Local de Saúde Santa Maria.

Introdução: O défice de alfa-1 antitripsina (A1AT) é uma condição rara, sub diagnosticada, que afeta os pulmões, causando enfisema e bronquiectasias, e o fígado. Genótipos como ZZ e Null associam-se a défice grave de A1AT, com risco elevado de patologia. A terapêutica de reposição com proteína purificada, em doentes selecionados, pretende obter níveis séricos de A1AT acima do limiar protetor e atrasar a progressão do enfisema

Casos clínicos: Descrever os doentes com défice de A1AT sob terapêutica de reposição no Hospital de Dia Pneumológico de um Centro Hospitalar. Revistos os processos clínicos dos doentes sob terapêutica de reposição de A1AT em 2023. Identificados 10 doentes, média de idades 63 anos, metade do sexo masculino e a maioria (n = 6) com história de tabagismo. Ao diagnóstico, o genótipo mais comum (n = 6) foi ZZ, os restantes doentes tinham genótipos diferentes: SZ; ZMmalton; Q0Mmalton; SMHeerlen. O valor médio de A1AT ao diagnóstico foi 16,5 mg/dL, todos tinham enfisema pulmonar, três tinham bronquiectasias e três, doença hepática com alterações laboratoriais e imagiológicas. Funcionalmente, cinco doentes tinham FEV1 pós broncodilatação entre 30-49% do previsto, um doente tinha FEV1 pós broncodilatação < 30% do previsto. A maioria (n = 6) tinha capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO) entre 30-59% do previsto. Três doentes tinham insuficiência respiratória, um com critérios de oxigenoterapia de deambulação. A idade média de início de tratamento foi 58 anos (mínima 38 e máxima 65), a

maioria cumpre reposição há mais de 5 anos (mínimo 1 e máximo 20). Em follow up em 2023 destaca-se agravamento generalizado do enfisema e bronquiectasias, seis doentes com insuficiência respiratória (quatro sob oxigenoterapia de longa duração) e seis com doença hepática. Funcionalmente, registou-se queda anual média de FEV1 pós broncodilatação de 70 mL com três doentes com FEV1 < 30% do previsto. De forma geral, a DLCO manteve-se sobreponível. Estudos mostraram eficácia da terapêutica de reposição no atraso do declínio da função pulmonar, maior quanto mais cedo no decurso da doença se inicie o tratamento e em doentes com alteração funcional moderada (FEV1 30-65% do previsto).

Caso clínico: Apesar do agravamento expectável, verifica-se uma queda funcional inferior à prevista em doentes com défice grave de A1AT e história de tabagismo sem terapêutica.

Palavras-chave: *Défice de alfa-1 antitripsina.*

204. UMA CAUSA DIFERENTE DE BRONQUIECTASIAS

S. Pinto, T. Abreu, C. Bárbara

Unidade Local de Saúde de Santa Maria.

Introdução: Bronquiectasias são uma patologia frequente na consulta de Pneumologia Geral, nem sempre a sua causa é clara, estão por vezes associadas a sequelas infecciosas, a patologia sistémica autoimune ou até a imunodeficiências, podendo exigir uma investigação etiológica extensa.

Caso clínico: Doente de 64 anos, não fumador, sem exposições de relevo. Do ponto de vista respiratório, antecedentes de pneumonia grave com necessidade de internamento, seguido em consulta de Pneumologia para vigilância de alterações imagiológicas pulmonares no contexto da pneumonia, com resolução destas. Concomitantemente, identificado em TC do tórax, no lobo inferior direito, área de densificação reticular associada a bronquiectasias de tração; não localizadas no local da pneumonia previamente descrita. Sem queixas supurativas e sem outras intercorrências infecciosas de relevo no passado. Realizada investigação etiológica das bronquiectasias,

sem suspeita de aspiração de corpo estranho, imunodeficiência e estudo de autoimunidade negativo. Pelas características do conglomerado bronquectásico, adjacente a deformação osteofitária da coluna dorsal, assumido o efeito compressivo extra pulmonar desta deformação e o consequente arejamento deficiente dessa região do pulmão como etiologia das bronquiectasias.

Discussão: Tratando-se de uma patologia com um leque extenso de etiologias, nem sempre esclarecida, surge um caso de um doente com bronquiectasias num contexto pouco frequente, consequentes da alteração da conformação pulmonar condicionada por compressão extrínseca ao pulmão.

Palavras-chave: *Bronquiectasias. Osteofitos.*

205. PRIMUM NON-NOCERE: UM CONCEITO SEMPRE ATUAL

T. Belo, P. Fernandes, A. Paiva, B. Couto

CHTV.

Introdução: A laceração ou traumatismo traqueal é uma complicação rara que pode ocorrer após procedimentos como intubação, cirurgia, ou procedimentos endobrônquicos. Apesar da sua baixa incidência, trata-se de uma complicação potencialmente fatal.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 46 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, admitida para cirurgia eletiva. Durante o período pós operatório desenvolveu quadro de enfisema subcutâneo exuberante, tendo sido posteriormente constatada ruptura traqueal (em TC tórax). Após observação por Cirurgia Torácica e discussão em equipa, optou-se por abordagem conservadora, com posterior resolução espontânea após 3 semanas de internamento.

Discussão: Classicamente, nas ruturas traqueais de maiores dimensões, a cirurgia era a abordagem preferencial. Com este caso pretendemos ilustrar o benefício em termos de custo-efetividade de uma abordagem conservadora.

Palavras-chave: *Laceração traqueal. Conservador.*