



POSTERS

XXXI Congresso de Pneumologia do Norte

Porto, 7 a 9 de Março de 2024

PO1. TRAQUEOBRONCOMEGALIA - A SÍNDROME DE MOUNIER-KUHN

David Silva Gomes, João Cravo, Lília Andrade

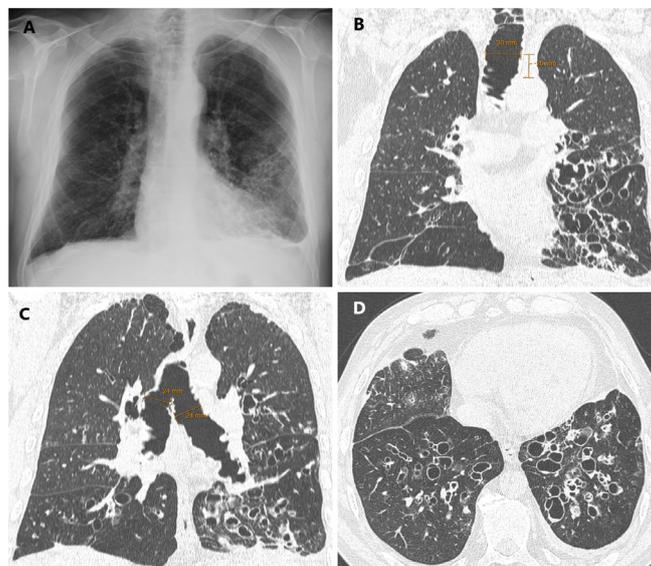
ULSRA-Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introdução: A traqueobroncomegalia, ou síndrome de Mounier-Kuhn, é uma entidade rara caracterizada por dilatação marcada da traqueia e brônquios principais, bronquiectasias e infeções recorrentes do trato respiratório inferior.

Caso clínico: Um homem de 58 anos, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), recorreu ao serviço de urgência por agravamento de dispneia e tosse produtiva mucopurulenta. A radiografia de tórax (ver anexo, painel A) mostrava sinais de bronquiectasias, um infiltrado no terço inferior do pulmão esquerdo e pequeno derrame pleural esquerdo, pelo que foi medicado com antibioterapia e encaminhado para a consulta de pneumologia. Tratava-se de um doente ex-fumador (45 UMA), com tosse crónica diária produtiva e 4 infeções do trato respiratório inferior no ano anterior, 1 delas com necessidade de internamento. Encontrava-se a realizar

terapêutica inalatória tripla. Na consulta de pneumologia realizou tomografia computadorizada do tórax (ver anexo, painéis B-D), que mostrou uma dilatação traqueal de 30 mm (medida 20 mm acima do arco aórtico), dilatação brônquica principal direita e esquerda (ambos medindo 24 mm) e bronquiectasias quísticas bilaterais, predominando na língua e lobos inferiores. Realizou broncoscopia flexível de forma programada, que revelou acentuado colapso dinâmico excessivo das vias aéreas (traqueia e brônquios principais), sem isolamentos microbiológicos. Foi então realizado o diagnóstico de síndrome de Mounier-Kuhn. O tratamento crónico foi otimizado, tendo iniciado carbocisteína. Foi ainda integrado no programa de reabilitação respiratória do nosso hospital, observando-se uma melhoria sintomática e uma redução significativa de exacerbações infecciosas (apenas 1 sem necessidade de internamento após 10 meses de seguimento).

Discussão: Com este caso clínico pretende-se alertar para uma patologia pouco frequente e que, pela sintomatologia inespecífica, é frequentemente diagnosticada apenas em fases mais tardias da vida e de forma incidental. Realçar também o papel essencial da reabilitação respiratória, que neste caso tem um papel ainda mais preponderante dado tratar-se de um doente com DPOC e bronquiectasias.



Palavras-chave: Traqueobroncomegalia. Mounier-Kuhn. Bronquiectasias. Dilatação traqueal. Dilatação brônquica. Reabilitação respiratória.

PO2. DÉFICE DE ALFA1-ANTITRIPSINA E BRONQUIECTASIAS - NEM TUDO O QUE PARECE É...

Raquel Armindo, Jessica Cemlyn-Jones

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: As bronquiectasias constituem-se uma doença crónica, associada a lesões pulmonares progressivas. As manifestações são variáveis e a etiologia tem múltiplas causas. O défice de alfa1-antitripsina é uma das causas possíveis, sendo a clínica heterogénea. Apresentam-se dois casos clínicos de défice de alfa1-antitripsina e bronquiectasias que ilustram esta realidade, uma vez que a gravidade da doença nem sempre é preditora de um pior quadro clínico. **Casos clínicos:** Caso 1: mulher, 35 anos, encarregada de refeitório, sem história de exposições. Antecedentes: asma, bronquiectasias (BQ), infeções respiratórias de repetição e colonização por *Pseudomonas aeruginosa*. Sem consumos conhecidos. Sem alergias. No estudo etiológico: Alfa 1 Antitripsina (A1AT) - heterozigotia do alelo PI*S. Valor sérico de 0,72 g/L. Auto-anticorpos negativos. Imunoglobulinas séricas aumentadas. Imunoglobulinas séricas para *Aspergillus* aumentadas. Estudo inicial de imunodeficiências primárias sugestivo de processo reativo. Avaliação de E-FACED (avalia gravidade e prognóstico de doentes com BQ): score 1. A doente realizou vários ciclos de antibioterapia para erradicação da *Pseudomonas*. Iniciou Colistina inalada (Colobreath®), que foi suspensa por intolerância. Pelo perfil de A1AT, sem indicação para terapêutica de reposição. Proposta para terapêutica fágica e aguarda autorização para posteriormente iniciar Colistina nebulizada (Promixin®). À data, mantém-se muito sintomática apesar da terapêutica. Caso 2: mulher, 71 anos, professora, sem história de exposições. Antecedentes: bronquiectasias, colonização por *Pseudomonas aeruginosa* e infeções de repetição. Sem consumos conhecidos. Sem alergias. No estudo etiológico: Sem alterações, exceto doseamento de Alfa1-antitripsina 0,20 g/L e estudo genético com genótipo PI*ZZ, portador em homozigotia. Avaliação de E-FACED: score 4. Cumpriu antibioterapia para erradicação de *Pseudomonas*. Iniciou Colistina nebulizada, com boa adesão e sensação de melhoria. A doente mantém-se paucisintomática com a terapêutica instituída.

Discussão: Estes dois casos ilustram a heterogeneidade clínica das BQ e evidenciam que os scores de prognóstico ou a gravidade das patologias podem não ser bons ilustradores do estado geral dos doentes.

Palavras-chave: Défice alfa1-antitripsina. Caso clínico.

PO3. BIOLÓGICOS EM BRONQUIECTASIAS - UMA TERAPÊUTICA INOVADORA?

Raquel Santos Silva¹, Joana Marques Simões¹, Alda Manique¹, Carlos Lopes^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Departamento de Tórax, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E. ²ISAMB-Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Introdução: As bronquiectasias são uma doença heterogénea, e apesar, de classicamente apresentarem inflamação neutrofílica, estão descritas variantes eosinofílicas, apesar de menos comuns. Representam um desafio diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 48 anos, ex-fumadora de 10 UMA, história de rinosinusite crónica, sensibilização a gramíneas (submetida a imunoterapia específica em jovem), doença venosa periférica. Iniciou seguimento em consulta de Pneumologia aos 38 anos de idade por queixas de expectoração mucopurulenta e dispneia de esforço. Na

TC-Torácica apresentava alterações fibroretráteis e bronquiectasias no pulmão esquerdo. Analiticamente verificou-se défice de IgA salivar, diminuição sérica da IgG2 e complemento (C4), IgE total de 114 kU/L. Sem isolamentos microbiológicos na expectoração. Funcionalmente, apresentava redução do FEV1 51%, FEV1/FVC 69%, redução da DLCO, com prova de broncodilatação negativa. Foi inicialmente medicada com anticolinérgico de longa ação, beta-2 agonista de longa ação, corticoide inalado e mucolítico. Por manutenção das queixas iniciou soro hipertónico e cinesioterapia, com melhoria da expectoração mas manutenção do cansaço e dispneia. Iniciou neste contexto macrólido a longo prazo. Entre 2017 e 2018 apresentou 4 exacerbações nas quais apresentava pieira, sibilância bilateral à auscultação, picos de eosinofilia periférica (590/uL) com melhoria após corticoterapia oral. Neste contexto, após objetivação da inflamação eosinofílica, foi proposta para terapêutica biológica com anti-IL5 (mepolizumab), em 2019. Apresentou melhoria da sintomatologia, aumento da tolerância ao esforço, sem registo de exacerbações após início da terapêutica e, melhoria evidente da função respiratória com aumento do FEV1 em 32% após 1 ano de terapêutica.

Discussão: A eosinofilia consiste num fator de risco para exacerbações e gravidade acrescida em doentes com bronquiectasias e, correlaciona-se com o seu fenótipo. Neste caso, apesar de a doente não apresentar história de asma foi iniciada terapêutica biológica *off-label* pelas múltiplas exacerbações eosinofílicas no contexto de bronquiectasias com melhoria clínica, demonstrando que poderá ser importante a sua utilização em doentes com bronquiectasias deste fenótipo.

Palavras-chave: Bronquiectasias eosinofílicas. Mepolizumab. Terapêutica biológica.

PO4. BRONQUIECTASIAS E ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA: UMA RELAÇÃO IMPROVÁVEL?

Joana Marques Simões^{1,2}, Raquel Silva^{1,2}, Henrique Cabrita^{1,2}, Carlos Lopes^{1,2,3}, Alda Manique^{1,2}, Cristina Bárbara^{1,2,3}

¹Serviço de Pneumologia. ²Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. ³Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISAMB.

Introdução: A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma doença pulmonar inflamatória caracterizada por uma reação alérgica exagerada ao *Aspergillus fumigatus* presente nas vias aéreas, que ocorre maioritariamente em doentes com asma ou fibrose quística. **Caso clínico:** Homem de 82 anos, ex-fumador (15 UMA), com história de bronquiectasias de etiologia desconhecida diagnosticadas aos 69 anos de idade, com múltiplas exacerbações infecciosas, sem isolamentos microbiológicos. Inicia quadro de tosse com expectoração acastanhada, cansaço de agravamento progressivo e pieira ocasional com meses de evolução. Após observação em consulta de Pneumologia, foi solicitado estudo complementar. Analiticamente: eosinofilia 1.990 células/ μ L, IgE total 1.523 U/mL, IgE específicas para *Aspergillus fumigatus* 10,8 kU/L e *Aspergillus niger* 9 kU/L, precipitinas para *Aspergillus* spp 65 mg/L, sem elevação de parâmetros de fase aguda. TC torácica: bronquiectasias difusas nos lobos médio e inferiores, impações brônquicas, condensação da pirâmide basal direita com múltiplos nódulos adjacentes. Provas de função respiratória: obstrução brônquica ligeira, prova de broncodilatação negativa, critérios de *air trapping*. Foi admitido diagnóstico de ABPA e iniciada terapêutica com prednisolona (6 meses) e itraconazol (3 meses), com melhoria clínica, analítica e radiológica. Um ano depois por recidiva da ABPA inicia novamente tratamento com prednisolona e itraconazol, sem melhoria. Após discussão multidisciplinar propôs-se início de benralizumab como estratégia poupadora de corticoterapia. Atualmente encontra-se sob benralizumab há 2 anos, clinicamente estável, sem recidiva da ABPA ou exacerbações das bronquiectasias, tendo sido possível suspender corticoterapia. **Discussão:** Embora raro, têm sido relatados casos de ABPA em doentes sem diagnóstico prévio de asma ou fibrose quística, o que

condiciona o atraso no diagnóstico e início do tratamento, com consequente aumento do risco de lesões pulmonares irreversíveis e aumento da morbimortalidade. Este caso clínico pretende também evidenciar o potencial papel do benralizumab no tratamento de casos de ABPA refratários ao tratamento e como poupador de corticoterapia, prevenindo comorbidades associadas aos corticosteróides.

Palavras-chave: Bronquiectasias. Aspergilose broncopulmonar alérgica. Benralizumab.

PO5. A PHASE 3 STUDY TO EVALUATE THE SAFETY, TOLERABILITY, AND IMMUNOGENICITY OF V116, A PNEUMOCOCCAL CONJUGATE VACCINE DESIGNED FOR ADULTS (STRIDE-3)

João Romano¹, Heather L. Platt², Christopher Bruno², Erik Buntinx³, Enrique Pelayo⁴, Jackie M. Kamerbeek⁵, Diego Garcia-Huidobro⁶, Elizabeth A. Barranco-Santana⁷, Folke Sjöberg⁸, Joon Young Song⁹, David Greenberg¹⁰, Carlos G. Grijalva¹¹, Walter A. Orenstein¹², Leslie Morgan², Doreen Fernsler², Weifeng Xu², Muhammad Waleed², Jianing Li², Ulrike K. Buchwald²

¹MSD Portugal. ²Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA. ³Anima Research Center, Alken, Belgium. ⁴Amri, Miami, Florida, USA. ⁵P3 Research Ltd, Tauranga, NZ. ⁶Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. ⁷Ponce Health Sciences University, Ponce, Puerto Rico. ⁸Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden. ⁹Korea University College of Medicine, Seoul, Korea. ¹⁰Soroka University Medical Center, Beer-Sheva, Israel. ¹¹Vanderbilt University Medical Center, Nashville, TN, USA. ¹²Emory University, Atlanta, GA, USA.

Introduction: Pneumococcal disease (PD) prevention remains an unmet medical need in adults. V116 is an investigational pneumococcal conjugate vaccine (PCV) containing the most prevalent serotypes associated with PD in adults in regions with established pediatric vaccination programs. This phase 3 study evaluated safety, tolerability, and immunogenicity of V116 compared with PCV20 in adults.

Methods: Pneumococcal vaccine-naïve adults ≥ 18 years were eligible. Cohort 1 (≥ 50 years, $n = 2,362$) was stratified by age (50-64, 65-74, 75-84, and ≥ 85) and randomized 1:1 to receive 1 dose of V116 or PCV20, and cohort 2 (18-49 years, $n = 301$) was randomized 2:1 to receive 1 dose of V116 or PCV20. Pneumococcal serotype-specific opsonophagocytic activity (OPA) and immunoglobulin G (IgG) responses were measured at baseline (Day 1) and 30 days post vaccination (Day 30). Primary objectives included assessment of 1) noninferiority of immune responses for the serotypes common to V116 and PCV20 in cohort 1, 2) superiority of serotypes unique to V116 compared to PCV20 in cohort 1, and 3) immunobridging from adults 18-49 to adults 50-64 for all 21 serotypes in V116. Safety was evaluated by the proportion of participants with adverse events (AEs).

Results: Overall, a total of 2,656 participants received study intervention and the majority ($> 97\%$) completed the study. V116 met non-inferiority criteria compared to PCV20 for the 10 serotypes common to both vaccines (the lower bound of the 95%CI of the OPA GMT ratio [V116/PCV20] was > 0.5 for all common serotypes). V116 met superiority criteria compared to PCV20 for 10 of 11 unique serotypes as measured by OPA GMTs at Day 30 (the lower bound of the 95%CI of the OPA GMT [V116/PCV20] ratio was > 2.0 for all serotypes except 15C, which was 1.77) and based on the proportions of participants with a ≥ 4 -fold rise in OPA from Day 1 to Day 30 (the lower bound of the 95%CI of the differences [V116-PCV20] was > 10 percentage points for all serotypes except 15C, which was 5.6). The predefined criteria for immunobridging were met for V116 participants 18-49 years of age compared to

50-64 years of age for all 21 serotypes in V116 as assessed by serotype-specific OPA GMTs 30 days postvaccination (lower bound of the 95%CI of the OPA GMT ratio [V116 18-49 years/V116 50-64 years] was > 0.5 for all 21 serotypes). Overall, 61.7% and 67.2% of participants vaccinated with V116 and PCV20, respectively, had ≥ 1 AE. There were no vaccine-related serious AEs or vaccine-related deaths.

Conclusions: V116 elicits immune responses that are noninferior to PCV20 for the common serotypes, superior to PCV20 for 10 of 11 unique serotypes in V116 and has a safety profile comparable to PCV20. This pivotal study supports V116 as a novel population-specific PCV for the prevention of PD in adults.

Keywords: Pneumococcal disease. Pneumococcal conjugate vaccine. V116.

PO6. AVALIAR E ENFRENTAR DESAFIOS NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: DOIS CASOS CLÍNICOS

Mariana Ribeiro¹, Inês Ladeira², André Santos Silva^{2,3}, Raquel Duarte^{2,4}

¹Centro Hospitalar Universitário de São João. ²Centro de Referência Regional para a Tuberculose Multirresistente-CDP Gaia. ³Centro Hospitalar Universitário de Santo António. ⁴Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia.

Introdução: A tuberculose é uma causa importante de morbimortalidade. É eficazmente tratada na maioria dos doentes, mas a toxicidade farmacológica e as comorbidades do doente podem constituir desafios terapêuticos.

Casos clínicos: Caso clínico 1: homem de 39 anos com antecedentes de infeção por VIH e VHC não tratadas, iniciou terapêutica antirretrovírica (TARV) em abril de 2023 e passados 20 dias foi diagnosticado com tuberculose pulmonar multissensível. Um mês após iniciar terapêutica antibacilar com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol (HRZE) foi internado por síndrome inflamatória da reconstituição imunológica e tuberculose disseminada (atingimento pulmonar, ganglionar, suprarrenal). Ao 51º dia de tratamento desenvolveu insuficiência hepática aguda iatrogénica, com trombocitopenia e coagulopatia e necessidade de suspender os antibióticos. Perante iatrogenia pela pirazinamida e rifampicina, foi referenciado ao Centro de Referência Regional de Tuberculose Multirresistente (CRRTBMR), iniciando esquema com bedaquilina, cicloserina, clofazimina, levofloxacina e etambutol. Atualmente mantém-se assintomático, com boa resposta imagiológica e tolerância ao tratamento. Caso clínico 2: homem de 35 anos com diagnóstico concomitante em julho de 2023 de infeção por VIH e tuberculose multissensível disseminada com atingimento pulmonar e ganglionar difuso. Iniciou TARV e tratamento antibacilar (HRZE) com resposta clínica favorável. Por desenvolvimento precoce de hepatotoxicidade grave suspendeu os fármacos de primeira linha. A reintrodução sequencial permitiu identificar iatrogenia à pirazinamida, mantendo os restantes fármacos. Posteriormente desenvolveu nefrite intersticial aguda extensa secundária à rifampicina, pelo que foi proposto pelo CRRTBMR esquema com bedaquilina, cicloserina, clofazimina, levofloxacina e linezolido. Atualmente apresenta melhoria clínica e imagiológica, recuperação imunoviológica e conversão de culturas.

Discussão: A infeção por VIH e respetivo tratamento, a infeção por VHC comórbida e a terapêutica antibacilar contribuíram para os efeitos adversos descritos e constituíram desafios na gestão destes doentes. Perante casos de iatrogenia desencadeada pela rifampicina em tuberculose multissensível, pode ser necessário adotar regimes terapêuticos alternativos semelhantes aos da tuberculose multirresistente para um outcome positivo.

Palavras-chave: Hepatotoxicidade. Nefrototoxicidade. Tuberculose multissensível. Tuberculose multirresistente. VIH.

PO7. MURCOMICOSE PULMONAR: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NO DIAGNÓSTICO E GESTÃO DE UM CASO RARO DE INFEÇÃO FÚNGICA RESPIRATÓRIA

Carla Carvalho, Ana Rita Pedroso, Joana Naia, Diana Pimenta, Ana Luísa Vieira, Mariana Serino, Raquel Pereira, Sara Campos Silva, Rui Rolo

Hospital de Braga.

Introdução: A mucormicose é uma infecção fúngica invasiva causada por fungos da ordem dos Mucorales que pode atingir vários órgãos, sendo o envolvimento pulmonar frequente, sobretudo em doentes imunodeprimidos. É uma condição potencialmente fatal se não tratada atempadamente.

Caso clínico: Homem, 62 anos, com antecedentes pessoais de tabagismo (40 UMA), HTA, HBP e internamento recente por malária grave com disfunção multiorgânica (e no qual fez corticoterapia). Foi levado para o serviço de urgência (SU) por hemoptises de início súbito e onde apresentou episódio de grande volume com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI). Na broncofibroscopia (BFC) realizada na Sala de Emergência é descrita uma lesão emergente no BPE suspeita, que foi biopsada, e na TC de admissão descritos extensos infiltrados pulmonares bilaterais de aspeto multinodular. Pela suspeita de infecção nosocomial, embora sem isolamentos microbiológicos, cumpriu antibioterapia com ceftazidima/avibactam e linezolide, com melhoria clínica e analítica. Foi submetido a nova BFC para reavaliação da lesão previamente descrita, que não foi visualizada; foi descrita mucosa brônquica vascularizada, que foi biopsada, com consequente hemorragia massiva e evolução para paragem cardiorrespiratória, revertida após VMI e controlo hemorrágico com broncoscopia rígida com aspiração de coágulos dispersos. A histologia das primeiras biópsias revelou estruturas fúngicas com características morfológicas compatíveis com Mucor. Foi excluído envolvimento de outros órgãos através de TC crânio e abdomino-pélvico. Iniciou tratamento dirigido com anfotericina B lipossómica, apresentando boa evolução clínica e imagiológica. Realizou arteriografia brônquica que não mostrou alterações vasculares. No internamento, houve colaboração da Infeciologia e Cirurgia Torácica para apoio na gestão do doente. Teve alta medicado com isovuconazol com intenção de tratamento durante, pelo menos, 3 meses.

Discussão: Este caso destaca a gravidade das infeções pulmonares por Mucor, enfatizando a importância de uma abordagem multidisciplinar para otimizar os desfechos destes doentes.

Palavras-chave: *Murcomicose pulmonar.*

PO8. PNEUMONIA NECROTIZANTE POR HAEMOPHILUS INFLUENZA EM DOENTE JOVEM - UM CASO RARO

Laura Lopes, Pedro Gonçalo Ferreira

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A evolução necrotizante é uma complicação rara da pneumonia e associa-se à destruição de tecido pulmonar com surgimento de focos de necrose. Entre os agentes causais destacam-se *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* e *Streptococcus pneumoniae*. Raramente por *Haemophilus influenzae*. Condições como tabagismo, alcoolismo, idade avançada ou diabetes mellitus são fatores de risco.

Caso clínico: Caso de um homem de 26 anos, caucasiano, não fumador e sem comorbilidades. Recorreu à urgência por dispneia, tosse produtiva com expectoração purulenta e toracalgia direita, com 3 dias de evolução. À admissão apresentava-se febril, taquicárdico, polipneico e com sibilância bilateral à auscultação pulmonar. Evidenciava-se insuficiência respiratória hipoxémica (PaO₂/FiO₂ 257.08) e elevação da PCR, da PCT, leucocitose neu-

trófica e rabdomiólise. A radiografia torácica revelou extensa consolidação parenquimatosa do LSD e LM. Foi colhida antígenúria para *Legionella pneumophila* e *S. pneumoniae* (negativas), pesquisa nasofaríngea de SARs-CoV-2 (não detetado), hemoculturas (negativas) e exame bacteriológico da expectoração. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone (1G) id e azitromicina (500 mg) id e foi internado numa unidade de nível 2. A cultura da expectoração veio a confirmar a presença de *Haemophilus influenzae* multissensível. Durante o internamento verificou-se agravamento clínico e radiológico tendo realizado TC tóraxica - que revelou consolidações com áreas superpostas de cavitação multifocais indicando pneumonia necrotizante - e videobroncofibroscopia para estudo microbiológico invasivo alargado que se mostrou negativo para outros agentes. Escalou-se antibioterapia para meropenem 1 g 8/8h registando-se boa evolução clínica, analítica e radiológica. O doente foi orientado para consulta externa de Pneumologia e a TC torácica de controlo, efetuada logo às 4 semanas após a alta, mostrava clara melhoria, mantendo-se apenas discretas áreas de vidro despolido.

Discussão: Apesar de rara, principalmente em doentes imunocompetentes e sem comorbilidades, a pneumonia necrotizante é uma complicação grave. O seu reconhecimento precoce está associado a diminuição da morbimortalidade.

Palavras-chave: *Pneumonia necrotizante. Haemophilus influenzae. Imunocompetente. Jovem. Broncofibroscopia.*

PO9. TUBERCULOSE AMIGDALINA SECUNDÁRIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina La Cueva Couto, Maria Inês Luz, Ricardo Petinga Fortes, Fernando Rodrigues

Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra.

Introdução: A Tuberculose é uma infecção causada por *Mycobacterium tuberculosis*. O atingimento extra-pulmonar está presente em 20% dos casos, estando a amígdala envolvida numa percentagem inferior a 5%. A Tuberculose amigdalina pode ser primária, quando não há evidência de atingimento pulmonar, ou secundária, quando existe envolvimento pulmonar. Esta última é mais comum, sendo sobretudo diagnosticada em doentes imunodeprimidos. Descreve-se o caso de um homem de 26 anos, sob terapêutica biológica por artrite psoriática, internado por tuberculose pulmonar e amigdalina secundária.

Caso clínico: Homem, 26 anos, natural do Brasil. Diagnóstico de Artrite Psoriática, sob Adalimumab e Prednisolona. Realizou rastreio de tuberculose latente, que veio positivo, e iniciou terapêutica com isoniazida, não tendo completado o tratamento. Recorre ao serviço de urgência (SU) por quadro com cinco meses de evolução caracterizado por odinofagia persistente, tendo realizado vários ciclos de antibioterapia. Apresentava sintomas constitucionais: febre, perda ponderal e anorexia. Foi observado por ORL, que descreveu "pequenas úlceras nas amígdalas, hiperemia e exsudado disperso" e realizou biópsia da amígdala. Teve alta medicado sintomaticamente, a aguardar resultados da biópsia. Por agravamento do quadro regressa ao SU, tendo realizado TC tórax que evidenciou focos de condensação nos segmentos apicais de ambos os pulmões e micronodularidade. O resultado da biópsia revelou granulomas com necrose e PCR para *M. tuberculosis* positiva. Para confirmação do envolvimento pulmonar, foi realizado broncoscopia, com pesquisa BAAR positiva e exame cultural com isolamento de *M. tuberculosis* resistente a isoniazida. Assumiu-se diagnóstico de tuberculose disseminada e foi iniciado terapêutica, com levofloxacina, rifampicina, etambutol e pirazinamida. O doente evoluiu favoravelmente do ponto de vista clínico e radiológico.

Discussão: Este caso ilustra a dificuldade diagnóstica da tuberculose com envolvimento extrapulmonar, que pode mimetizar outras doenças. Reforça ainda a importância do rastreio de tuberculose

latente nos doentes candidatos a terapêutica biológica e a importância do cumprimento adequado da medicação.

Palavras-chave: Tuberculose. Amígdala. Terapêutica biológica. Diagnóstico.

PO10. COINFECÇÃO STREPTOCOCCUS PYOGENES E INFLUENZA A: UMA COMBINAÇÃO DE RISCO NO DOENTE COM PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

Clara Maricoto Monteiro, Denny Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: Na pneumonia adquirida na comunidade (PAC), a coinfecção com o vírus influenza A é descrita na literatura como sendo um fator de risco maior para evolução a pneumonia necrotizante (PN), caracterizada por necrose em áreas de consolidação. A PN é uma entidade rara, que condiciona aumento da morbi-mortalidade. **Caso clínico:** Mulher, de 43 anos, que recorreu ao serviço de urgência em março de 2023 por dor pleurítica direita e febre (39 °C). Ao exame objetivo, apresentava polipneia, insuficiência respiratória hipoxêmica e abolição do murmúrio vesicular no terço inferior do hemitórax direito. O estudo analítico demonstrava linfopenia, aumento da PCR (valor 44 mg/dL) e dos D-dímeros (901 ng/mL). A Angio-TC torácica, evidenciou consolidação com necrose no lobo inferior direito e derrame pleural direito extenso. Face aos achados, foi iniciado tratamento com amoxicilina-ácido clavulânico e procedeu-se a toracocentese diagnóstica que confirmou diagnóstico de empiema, tratado com colocação de dreno torácico 24F. Foi detetado vírus Influenza A no teste PCR Multiplex e isolado *Streptococcus pyogenes* no líquido pleural. Em internamento, dada a frustre resposta analítica, foi escalada antibioterapia para piperacilina-tazobactam, com melhoria. Manteve o dreno torácico durante 7 dias. Realizou TC do tórax de reavaliação, com perda de volume pulmonar direito, imagem de consolidação no lobo inferior direito e fina lâmina de derrame pleural. Após a alta, foram prescritas 12 sessões de reabilitação respiratória, que a doente interrompeu por iniciativa própria.

Conclusões: Retratamos um caso de PAC complicada por empiema e pneumonia necrotizante. Pretendemos evidenciar o impacto negativo da coinfecção (vírus-bactéria) no doente com PAC, ao aumentar o número de complicações e sua complexidade. O incremento dos casos de infeção por Influenza A, enaltece o sinergismo da coinfecção e o seu impacto na morbi-mortalidade no doente com PAC. O conhecimento dos riscos inerentes a esta entidade devem fazer parte do reportório do pneumologista, dado o potencial impacto prognóstico.



Figura 1. Angio-TC tórax da admissão.

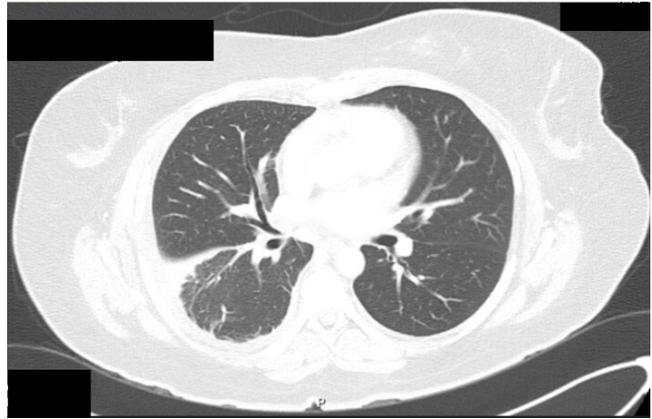


Figura 2. TC tórax reavaliação.

Palavras-chave: Pneumonia adquirida na comunidade. *Streptococcus pyogenes*. Influenza A. Pneumonia necrotizante. Empiema.

PO11. COMPLICAÇÃO FATAL DE ASPERGILOMA. UM CASO CLÍNICO

Sofia Fontão Alves, Sofia Pimentel, Luis Mateus, Maria João Cavaco, André Nunes, Joana Ferra, Natália André, Teresa Falcão

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

Introdução: O Aspergiloma como complicação da Sarcoidose é uma entidade rara, presente em 0,7-5,0% dos casos. As hemoptises são um sintoma frequente, presente em até 90% dos casos, dos quais 30% podem ser ameaçadoras de vida.

Caso clínico: Sexo feminino, 51 anos. Antecedentes pessoais: sarcoidose pulmonar estadio IV desde 2008, ex-fumadora (CT 15 UMA). Medicação habitual: Trelegy, Plaquinol e Prednisolona 5 mg/dia. Seguida em consulta de Pneumologia e referenciada a consulta de Transplante Pulmonar. Em TC tórax de vigilância: no lobo superior direito (LSD) presença de cavidade com 17 x 25 mm, com conteúdo com densidade tecidual, sugestivo de aspergiloma. Broncoscopia flexível: estreitamento dos brônquios segmentares do brônquio lobar superior direito com mucosa difusamente inflamada. Secreções brônquicas: *Aspergillus* spp; pesquisa de Galactomannan positivo. Precipitinas para *Aspergillus* positivas. Assumido diagnóstico de aspergiloma em doente com alterações fibróticas sequelares, iniciou terapêutica com itraconazol. Na altura com dispneia mMRC 2, sem hemoptises. Reavaliação radiológica com aumento das dimensões da lesão. Nesta altura referia episódio de hemoptises auto-limitado. Referenciada a consulta de Cirurgia Torácica para lobectomia. Enquanto aguardava cirurgia episódio de hemoptises e agravamento da tosse com expectoração mucopurulenta. Hemodinamicamente estável e sem queda de hemoglobina. Repetiu TC tórax com imagem sobreponível. Internada para vigilância com evolução inicial favorável, com expectoração hemoptoica vestigial e sem queda de hemoglobina. Ao 7º dia de internamento episódio de hemoptises maciça com evolução para paragem cardio-respiratória. Iniciadas manobras de suporte avançado de vida e broncoscopia de urgência com observação de sangue em toda a árvore traqueobrônquica proveniente da árvore brônquica direita. Sem recuperação com as medidas terapêuticas instituídas tendo a doente acabado por falecer.

Discussão: As hemoptises associadas a aspergiloma têm uma taxa de mortalidade entre 2 a 14%, sendo difícil a previsão da progressão para fatalidade. Os autores trazem este caso para realçar a importância desta entidade e das possíveis complicações associadas.

Palavras-chave: Aspergiloma. *Aspergillus*. Sarcoidose. Hemoptises.

PO12. O PAPEL DA TERAPÊUTICA BIOLÓGICA DA ASMA GRAVE NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM RINOSINUSITE CRÔNICA E POLIPOSE NASAL SUBMETIDOS A CIRURGIA SINUSAL

Diogo Ferreira, Marta Castro, Inês Franco, Daniela Machado, Ivone Pascoal, Ricardo Lima

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Objectivos: A rinosinusite crónica com polipose nasal (RSCcPN) é uma comorbilidade prevalente em doentes com asma grave, condicionando frequentemente o seu controlo sintomático. A evidência crescente tem demonstrado que o tratamento biológico da asma tem benefícios na melhoria sintomática e da qualidade de vida dos doentes com RSCcPN, na redução do tamanho dos pólipos e em prolongar a necessidade de tratamento cirúrgico. Existem atualmente três fármacos biológicos, com indicação na RSCcPN, aprovados em Portugal. Este trabalho pretende avaliar o efeito do mepolizumab e do dupilumab na qualidade de vida dos doentes com rinosinusite crónica com polipose nasal, após falência do tratamento cirúrgico.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo que incluiu todos os doentes seguidos na consulta de Asma de um centro hospitalar, com diagnóstico de asma grave e rinosinusite crónica com polipose nasal sintomática apesar de tratamento médico e cirúrgico otimizados e que iniciaram terapêutica biológica há pelo menos 6 meses. Os dados demográficos e clínicos foram obtidos a partir da consulta do processo clínico do doente. A qualidade de vida dos doentes com RSCcPN antes e após o biológico foi avaliada com recurso ao questionário SNOT-22.

Resultados: Foram incluídos 18 doentes no estudo. Os resultados apresentam-se nas tabelas.

TABELAS DE RESULTADOS

Tabela 1: Caracterização dos doentes (n = 18)	
Sexo feminino	14 (77.8)
Idade à data de início do biológico (anos)	62 [52, 69]
Hábitos tabágicos	
> Não fumadores	16 (88.9)
> Ex-fumadores	2 (11.1)
Exames complementares de diagnóstico à data de início do biológico	
> Eosinofilia periférica (células/uL)	485 [318, 1050]
> FeNO (ppb)	62 [19, 82]
> IqE (U/l)	119 [68, 621]
> FEV1 (%)	70 [59, 83]
ACT à data de início do biológico	13 [11, 16]
Tratamento biológico	
> Mepolizumab	14 (77.8)
> Dupilumab	4 (22.2)
Tratamentos farmacológicos anteriores ao início do biológico	
> Corticóide intranasal	18 (100)
> Anti-histamínico intranasal	12 (66.7)
> Corticóide oral	2 (11.1)
> Anti-histamínico oral	16 (88.9)
> Inibidor dos leucotrienos	13 (72.2)
Nº intervenções cirúrgicas sinusais anteriores ao início do biológico	
> 1	13 (72.2)
> 2	3 (16.7)
> 3	2 (11.1)
Tempo decorrido entre a cirurgia sinusal e o início do biológico (anos)	4.5 [2.3; 9.5]

Dados apresentados como n (%), mediana [AIQ].
Legenda: ACT – teste de controlo da asma; FeNO – fração exalada de óxido nítrico; FEV1 – volume expiratório forçado no 1º segundo.

Tabela 2: Pontuação obtida no SNOT-22 antes e após o início do tratamento biológico

	SNOT-22 antes do início do biológico	SNOT-22 após o início do biológico	p*
Tratamento biológico	66.0 [39.5; 75.0]	14.0 [8.0; 29.5]	< 0.001
> Dupilumab	70.5 [42.5; 77.5]	18.0 [5.5; 33.5]	0.068
> Mepolizumab	64.5 [39.5; 75.0]	14.0 [8.5; 29.5]	< 0.001

Dados apresentados como mediana [AIQ].
* O nível de significância é 0.05
Legenda: SNOT-22 - Teste de Desfecho Sinonasal

Conclusões: Em doentes com asma grave e rinosinusite crónica com polipose nasal, o mepolizumab e o dupilumab demonstraram

um benefício na qualidade de vida, evidente na redução da pontuação do questionário SNOT-22. Estas terapêuticas representam, assim, um importante papel no tratamento de doentes com RSCcPN que não obtiveram benefício ou que até sofreram recidiva dos sintomas após cirurgia sinusal.

Palavras-chave: Asma grave. Rinosinusite. Polipose nasal.

PO13. AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DA ASMA NOS CUIDADOS INTENSIVOS

Raquel Borrego¹, Ricardo Carnevale², João Pereira³, Luís Morais², Hugo Moreira², Pedro Fidalgo², Patrícia Moniz^{2,4}, Carolina Paulino^{2,4}, David Nora^{2,4}, Bernardino Valério², Vitor Mendes², Pedro Póvoa^{2,4}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

²Serviço de Medicina Intensiva, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

³Serviço de Medicina Intensiva, Centro Hospitalar

Universitário Cova da Beira. ⁴Faculdade de Ciência Médicas/Nova Medical School, Universidade Nova de Lisboa.

Objectivos: O Estado de Mal Asmático (EMA) é uma forma grave de asma caracterizada pela refratariedade à terapêutica habitual, sendo uma emergência médica. O objetivo deste estudo consiste na avaliação das terapêuticas administradas na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) em doentes com EMA, avaliação da terapêutica e seguimento prévios; assim como, tempo até admissão, dias de internamento e evolução na UCI.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo recorrendo à consulta dos processos clínicos de todos os doentes adultos admitidos numa UCI por EMA no período de 01/01/2017 a 30/06/2023.

Resultados: Dos 1.613 processos clínicos analisados, 13 corresponderam a admissões por EMA. Destes doentes, nove doentes eram mulheres e apresentavam idade média de 49 anos. O tempo médio até à admissão na UCI foi de 8 h com 7/13 doentes admitidos diretamente da sala de reanimação. A demora média na UCI foi de 12 dias (mediana 5 dias), 22 dias no caso dos doentes sob ventilação mecânica invasiva (VMI). Todos os doentes evoluíram favoravelmente. Na UCI, adicionalmente ao corticoide endovenoso e broncodilação, sete doentes receberam VMI, dois dos quais com Heliox. Dois doentes receberam ainda omalizumab. Relativamente ao seguimento dos doentes, sete eram seguidos em Pneumologia, um no médico de família, três tinham perdido seguimento e dois nunca tiveram seguimento. Relativamente à terapêutica de ambulatório, quatro tinham terapêutica tripla, quatro tinham ICS/LABA, dois SABA, dois sem terapêutica e um com LABA.

Conclusões: A Asma é uma patologia que pode ser ameaçadora da vida, levando em alguns casos a uma admissão rápida em UCI, sendo que muitas das vezes pode levar a internamentos prolongados com real prejuízo da vida dos doentes. Neste trabalho os doentes incluídos eram jovens e apresentaram evolução favorável. Queremos evidenciar que 11/13 doentes estariam a realizar algum tipo de terapêutica, no entanto, apenas sete doentes apresentavam seguimento em Pneumologia.

Palavras-chave: Estado de mal asmático. Unidade de Cuidados Intensivos. Estudo retrospectivo.

PO14. ELEGIBILIDADE PARA TERAPIA BIOLÓGICA NA ASMA GRAVE. ESTUDO DE VIDA REAL DE UMA COORTE PORTUGUESA

Catarina Giesta¹, Carlos Lopes²

¹Centro Hospitalar Médio Tejo. ²Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Objectivos: Nos últimos anos, foram desenvolvidas novos fármacos biológicos para a asma grave que atuam na inflamação do tipo

2. A elegibilidade para este fármacos é crucial para a melhoria funcional e clínica. Este estudo teve como objetivo analisar a elegibilidade e sobreposições para tratamento com terapia biológica em doentes com asma grave no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo na unidade de asma grave do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN), onde foram analisados todos os doentes que receberam terapia biológica em fevereiro de 2023. Foram recolhidos os dados dos processo eletrónicos referentes às características socio-demográficas, co-morbilidades, função pulmonar, marcadores inflamatórios, medicação para a asma e número de exacerbações de asma nos 12 meses anteriores. Os resultados foram descritivos, não tendo sido aplicada nenhuma hipótese estatística.

Resultados: O estudo envolveu 86 doentes com asma grave, maioritariamente mulheres na 4ª década de vida, com excesso de peso, não fumadoras e com início de asma na infância. As co-morbilidades mais frequentes foram a rinite e a doença do refluxo gastroesofágico. A maioria tinha contagem elevada de eosinófilos no sangue e IgE elevada. Vários doentes (83,3%) fizeram terapia inalada tripla antes do tratamento biológico. 35% dos doentes estavam cronicamente medicados com corticoides orais e 35% fizeram 2 ou mais ciclos. A terapia biológica mais observada nesta coorte foi o mepolizumab em 45% e o omalizumab em 35%. 27% dos pacientes eram elegíveis para as cinco terapias biológicas, enquanto nenhum era elegível para apenas um tratamento.

Conclusões: Os nossos dados sugerem que a maioria dos doente é elegível a mais do que um biológico. Apesar das limitações deste estudo, principalmente devido à amostra já se encontrar sob biológico, os dados recolhidos e analisados permitem caracterizar os doentes com asma grave tratados no CHULN para melhor abordar e tratar estes doentes.

Palavras-chave: Asma grave. Biológicos e eosinofilia.

PO15. CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM DPOC ESTÁVEL

Clara Rações, Lara Romão, Sandra Rosa, Maria Inês Furtado

Instituto Politécnico de Beja.

Objectivos: Identificar os contributos da implementação de programas de enfermagem de reabilitação na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica estável, e os seus principais resultados, descritos na literatura científica.

Métodos: Foi realizada uma scoping review, efetuada através da Plataforma EBSCOhost (CINAHL Complete, MEDLINE Complete e MediciLatina) e com recurso externo à Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, utilizando a metodologia PRISMA. Através de critérios de exclusão e inclusão foram selecionados 4 artigos para uma análise final.

Resultados: Foram identificadas 22 intervenções de enfermagem de reabilitação que foram divididas em 2 diferentes categorias: Funcionais (motoras e respiratórias) e direccionadas à Capacitação. Foram também descritos vários benefícios como resultado destas intervenções.

Conclusões: As intervenções de enfermagem de reabilitação aplicadas à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica estável, devem ser enquadradas numa abordagem multidisciplinar, levando a resultados positivos para a saúde física e mental da pessoa, melhorando a satisfação e a qualidade de vida, os parâmetros ventilatórios e a sintomatologia como dispneia e fadiga, assim traduz-se numa melhor capacidade de autocuidado, melhor adesão e gestão da doença e diminui as readmissões e respetivos custos financeiros em saúde.

Palavras-chave: Respiratory rehabilitation. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Rehabilitation nursing. Respiratory.

PO16. BRONQUIOLITE OBLITERANTE PÓS-INFECIOSA EM PEDIATRIA: CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

Ana Isabel Santos², Inês Gameiro¹, Raquel Penteado¹, Teresa Reis Silva¹, Miguel Félix¹

¹Serviço de Pediatria Médica, Pneumologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Objectivos: Caracterizar as crianças/adolescentes com Bronquiolite Obliterante Pós-infeciosa (BOPI) em seguimento em Consulta de Pneumologia Pediátrica (CPP).

Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo das crianças com BOPI, com seguimento em CPP num hospital terciário em Agosto/2023. O diagnóstico foi confirmado por TC torácica. Recolhidos e comparados dados demográficos, achados clínicos e imagiológicos e resposta à terapêutica.

Resultados: Incluíram-se 37 crianças/adolescentes com BOPI, 51% do sexo masculino. 18,9% nasceram prematuras, 46% tinham antecedentes familiares de atopia e 16,2% exposição a tabagismo passivo. A infeção inicial ocorreu em mediana aos 1,6 anos, em 82% dos casos sob a forma de pneumonia e nos restantes bronquiolite aguda. Os microrganismos mais frequentemente identificados foram adenovirus (43,2%), vírus sincicial respiratório (VSR, 21,6%), rinovirus (13,5%) e *Mycoplasma pneumoniae* (10,8%), por vezes em co-infeção. A sintomatologia mais frequente prévia ao diagnóstico foi dispneia/peira persistente (40,5%) e tosse produtiva (32,4%). Em 18,9% houve ≥1 episódios de exacerbação com necessidade de internamento. Apenas 10,8% se mantiveram sem exacerbações, 45,9% tiveram ≤5 exacerbações sem necessidade de internamento e 24,3% entre 5-10 exacerbações. Relativamente à terapêutica dirigida, 35,1% realizaram azitromicina, 18,9% pulsos de metilprednisolona e 2,7% hidroxycloquina. Atualmente, 32,4% estão sem terapêutica, 54,1% sob associação corticoide/broncodilatador inalado e 10,8% sob azitromicina. Realizaram estudo funcional respiratório 28 crianças > 5 anos, das quais 4 apresentavam índice Tiffeneau < 70%. 76% tiveram evolução clínica favorável e 35,1% mantêm sintomatologia, 3 com oxigenoterapia suplementar.

Conclusões: A BOPI caracteriza-se por sintomatologia obstrutiva fixa após uma infeção pulmonar inicial, corroborada por achados imagiológicos característicos. A expressão clínica e gravidade são variáveis, não sendo possível prever o prognóstico à data do diagnóstico. Apesar de algumas crianças terem uma evolução mais desafiante, a grande maioria apresenta melhoria significativa e estabilização clínica. Avaliações seriadas da função pulmonar podem ajudar a estratificar e a prever o prognóstico ao longo do tempo.

Palavras-chave: Bronquiolite obliterante pós-infeciosa.

PO17. SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ E PNEUMOTÓRAX SECUNDÁRIO. UM CASO CLÍNICO

Mariana Cascais, Catarina Sousa, Joana Ferreira, Francisco Machado, Cláudia Freitas

Serviço de Pneumologia, CHUSJ.

Introdução: A Síndrome de Birt-Hogg-Dubé (SBHD) é uma doença rara, autossómica dominante, provocada por variantes no gene FLCN. Manifesta-se através de lesões cutâneas, neoplasias renais e quistos pulmonares com consequente risco de pneumotórax espontâneo (sendo a etiologia em aproximadamente até 10% destes). Constitui uma das três principais causas de doença pulmonar quística, juntamente com a Linfangioleiomiomatose pulmonar e Histiocitose pulmonar de células de Langerhans.

Caso clínico: Mulher de 62 anos, com antecedentes de SBHD, previamente submetida a nefrectomia parcial esquerda por carcinoma

renal cromóforo. Recorre ao Serviço de Urgência por dispneia e dor pleurítica na base do hemitórax esquerdo com 3 dias de evolução. À avaliação, com fibrofolículos faciais, sem insuficiência respiratória ou instabilidade hemodinâmica. Analiticamente sem alterações de relevo e na radiografia torácica com pneumotórax a condicionar colapso do lobo inferior esquerdo (LIE). Adotada abordagem conservadora em regime de internamento. Por agravamento clínico e em radiografia torácica, colocado dreno torácico *pigtail* e realizada tomografia computadorizada do tórax que documentou presença de fímbria de pneumotórax na vertente medial anterior e posterior (- 3 mm espessura) e bolhas parenquimatosas bilateralmente, predominantemente no hemitórax direito, a maior no lobo médio com 51 mm. Dada predisposição para recorrência de pneumotórax espontâneo, realizada intervenção cirúrgica no primeiro episódio com ressecção de bolha no LIE e pleurodese química e mecânica por videotoroscopia uniportal esquerda. A anatomia patológica da peça cirúrgica confirmou a presença de bolhas enfisematosas subpleurais. À reavaliação no primeiro mês pós-operatório, encontrava-se assintomática, sem recidiva imagiológica e sob cinesioterapia respiratória em ambulatório.

Discussão: Com o presente caso clínico, realça-se a importância de considerar causas genéticas de pneumotórax espontâneos, e a particularidade da sua abordagem, nomeadamente o papel da intervenção cirúrgica no primeiro episódio. Uma vez identificados estes casos, urge a necessidade de vigilância de malignidade associada e o aconselhamento genético próprio, se em idade fértil, e dos familiares.

Palavras-chave: *Pneumotórax. Síndrome de Birt-Hogg-Dubé. Doenças genéticas.*

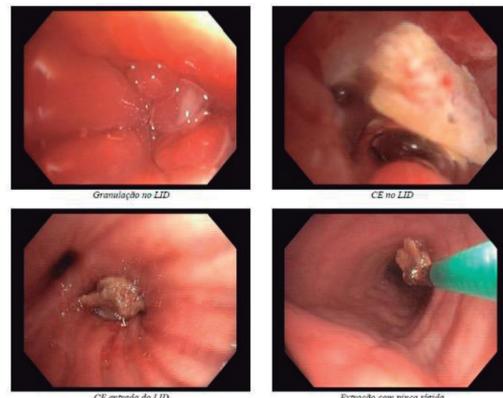
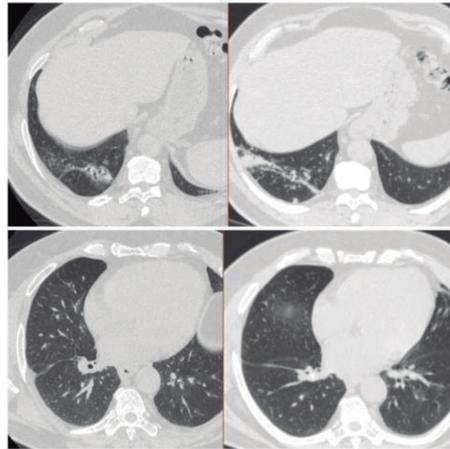
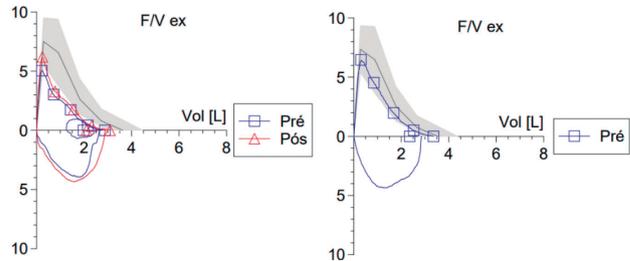
PO18. DESAFIOS RESPIRATÓRIOS DESVENDADOS: NEM TODA A OBSTRUÇÃO É DPOC

Maria João Moura¹, Ana Fonseca², Ana Oliveira², Ricardo Lima², Fernanda Rodrigues², Raquel Marçoa², Miguel Guimarães²

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos. ²Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 57 anos, ex-fumador de longa data (5 UMA), sem exposições de relevo, foi enviado à consulta de Pneumologia em 2022 por tosse produtiva e dispneia para médios esforços com 5 meses de evolução sem melhoria após ciclo de antibioterapia e terapêutica com ICS/LABA. O doente apresentava espirometria prévia normal e prova de metacolina negativa em 2016, pedidas em estudo alergológico. Do estudo realizado, o estudo funcional revelava alteração ventilatória obstrutiva (AVO) moderada que não melhorava após broncodilatação e radiografia torácica sem alterações. Realizou posteriormente TC torácica dados os antecedentes tabágicos do doente e ausência de melhoria com a medicação instituída, que revelou atelectasia do segmento lateral do brônquio lobar inferior direito, associado a micronódulos em vidro despolido e preenchimento endoluminal com uma zona de constrição brônquica ao nível da emergência dos brônquios segmentares basais direitos. Foi realizada posteriormente broncofibroscopia que revelou obstrução do brônquio lobar inferior direito por tecido de granulação e um corpo estranho (CE) - osso - encravado a jusante, associado a secreções purulentas. Após a remoção do CE e ciclo de antibioterapia, o doente ficou assintomático; funcionalmente normalizado, com recuperação de 15% do FEV1 (380 mL) e 16% da FVC (480 mL); e imagiológicamente apenas com discretas bronquiectasias sequelares no lobo inferior direito.

Discussão: Este caso pretende salientar a importância da suspeição da aspiração de CE em doentes com AVO de novo, sem aparente causalidade. Demonstra ainda o impacto significativo de um CE na função pulmonar bem como a reversibilidade da obstrução após remoção.



Palavras-chave: *Provas funcionais respiratórias. Alteração ventilatória obstrutiva reversível. Corpo estranho.*

PO19. EFEITO DO TABAGISMO NA FRAÇÃO EXALADA DE ÓXIDO NÍTRICO

Ana Rita Pereira¹, Liliana Campos², Maria Aurora Mendes¹, Ana Raquel Marçoa², Ricardo Lima², Miguel Guimarães²

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga. ²Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Objectivos: O tabagismo tem um efeito supressor no número de eosinófilos e em várias citocinas inflamatórias nas vias aéreas com consequente redução da fração exalada de óxido nítrico (FeNO). Nos asmáticos fumadores os valores de FeNO não serão tão elevados quanto o esperado. Apresenta-se como objetivo avaliar se existe relação entre o tabagismo e o valor de FeNO em doentes com asma. **Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva comparativa dos valores de FeNO obtidos no Laboratório de Exploração Funcional Respiratória do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho no período de 2019-2023 entre não fumadores, ex-fumadores há mais de três meses e fumadores. Foi usado o teste estatístico Mann-Whitney.

Resultados: Foram incluídas 189 pessoas com asma com idade superior a 14 anos, mediana de 40 anos de idade, 91,6% dos quais eram não fumadores ou ex-fumadores e 8,5% fumadores. O estudo demonstrou que o tabagismo influencia os valores de FeNO na população asmática [U = 882.500, p < 0,05] (mediana 25,0 no grupo “Não fumador/Ex-fumador” vs. 13,5 no grupo “Fumador ativo”). A subanálise realizada com a população asmática sob corticóide inalado revelou também diferença estatisticamente significativa nos valores de FeNO entre o grupo “Fumador ativo” e o grupo “Não fumador/Ex-fumador” (U = 175.500, p < 0,05), com o grupo “Fumador ativo” a apresentar valores de FeNO mais baixos (mediana 12,0 vs. 23,0 no grupo “Não fumador/Ex-fumador”).

Conclusões: Os resultados confirmam haver relação entre o tabagismo e os valores de FeNO, demonstrando que os hábitos tabágicos mantêm influência na população asmática sob corticóide inalado. Confirmar o status de tabagismo torna-se assim fundamental para uma interpretação mais adequada dos resultados. Levanta-se a questão sobre a necessidade de se redefinirem os limites de normalidade de acordo com o status.

Palavras-chave: Tabagismo. Asma. Fração exalada de óxido nítrico. FeNO.

PO20. INFLUÊNCIA DA CONCENTRAÇÃO DE PÓLENES NA ATMOSFERA NA FRAÇÃO EXALADA DE ÓXIDO NÍTRICO EM DOENTES ASMÁTICOS? UMA ANÁLISE NA REGIÃO DO PORTO

Ana Rita Pereira¹, Joana Gomes², Maria Aurora Mendes¹, Ana Raquel Marçôa², Miguel Guimarães², Ricardo Lima²

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga. ²Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Objectivos: A medição da fração exalada de óxido nítrico (FeNO) permite avaliar a inflamação eosinofílica das vias aéreas. Uma concentração elevada de pólenes na atmosfera pode agravar esta inflamação. Como objetivo pretende-se avaliar se existe relação entre a concentração de pólenes na atmosfera e o nível de FeNO em doentes asmáticos.

Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva dos níveis de FeNO obtidos em doentes asmáticos (i.e., baixo/intermédio/elevado) no Laboratório de Exploração Funcional Respiratória do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho em quatro períodos de tempo identificados pelo Boletim Policlínico como apresentando concentrações de pólenes muito elevadas na atmosfera e quatro períodos com concentrações baixas entre 2019-2023. Foi usado o teste estatístico Qui-Quadrado de independência.

Resultados: Foram incluídas 222 pessoas com asma entre os cinco e os 88 anos de idade com mediana de 34 anos de idade, 69,4% dos quais com alergias e 54,1% sob corticóide inalado (ICS) aquando da realização do exame. Verificou-se que não houve relação entre a concentração de pólenes na atmosfera e os níveis de FeNO para a população asmática com alergias [X2(2) = 1,250, p > 0,05] (mediana 36,5 para grupo “concentração baixa de pólenes na atmosfera” vs. 27 no grupo “concentração muito elevada”), para a população asmática sem alergias [X2(2) = 1,316, p > 0,05] (mediana 15,0 vs. 17), para a população asmática sob ICS [X2(2) = 5,937, p > 0,05] (mediana 26,5 vs. 18), para a população asmática sem ICS [X2(2) = 0,106, p > 0,05] (mediana 31,0 vs. 34,0), e para a população asmática com alergias sob ICS [X2(2) = 4,817, p > 0,05] (mediana 32,5 vs. 19).

Conclusões: Os resultados sugerem não haver influência significativa da concentração de pólenes da atmosfera nos resultados do FeNO. Contudo, será pertinente a realização de estudos em maior escala que incluam a concentração por tipo de pólen e o grau de controlo da asma.

Palavras-chave: Pólenes. Asma. Fração exalada de óxido nítrico. FeNO.

PO21. EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NA ATIVIDADE FÍSICA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM DOENTES COM DPOC

Duarte Pinto¹, Ana Carvalho², Raquel Marques², Marta Roxo², Fernanda Rodrigues², Maria João Cunha²

¹Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. ²Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Objectivos: O sedentarismo e inatividade é reconhecido como um fator de risco significativo para a mortalidade precoce na DPOC, estando associado também a um aumento no risco de hospitalizações (Furlanetto *et al.*, 2017; Blondeel *et al.*, 2018). Atendendo a estes dados, o propósito deste estudo foi analisar o impacto de um programa ambulatorial de reabilitação respiratória (RR) na atividade física e na capacidade funcional de pessoas com DPOC.

Métodos: Um estudo quasi experimental foi implementado, através de uma amostra de conveniência de pessoas com DPOC, recrutadas a partir de programa de ambulatorial de RR conduzido por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. A implementação do programa durou 8-12 semanas (20 sessões), sendo constituído por sessões de treino de endurance e de fortalecimento muscular, aliadas a uma componente educacional e de mudança comportamental. Para avaliação da AF foi utilizado um podómetro para monitorizar o número de passos (Yamax EX 510). Para avaliação da capacidade funcional, utilizou-se o teste de sentar e levantar de 1 minuto (TSL1m). Ambos os indicadores foram avaliados no início e no fim do programa de RR.

Resultados: Os participantes (n = 12) apresentaram ganhos estatisticamente significativos em termos da capacidade funcional avaliada através do número de repetições no TSL1m (pré RR - 18,6, e pós RR - 21,8; p 0,03). Relativamente à AF, apesar de não serem encontradas diferenças estatisticamente significativas no número de passos (pré RR - 3690, e pós RR - 3079; p 0,06), verifica-se uma redução do número total de passos no final do programa de RR.

Conclusões: Apesar do tamanho reduzido da amostra, este estudo evidenciou que a melhoria obtida na capacidade física (avaliada pelo TSL) através do programa de RR, não se traduziu em ganhos nos níveis de AF, pelo que emerge a necessidade de serem implementadas estratégias motivadoras e inovadoras durante um período maior de tempo.

Palavras-chave: Reabilitação respiratória. atividade física. DPOC. motivação.

PO22. ANOMALIAS CRANIOFACIAIS E SAOS: QUAL O DESAFIO?

Sofia R. Lopes¹, Catarina Moreira², Tiago Pinto², Daniela Rodrigues³

¹Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. ²Centro de Responsabilidade Integrado Sono e VNI do Centro Hospitalar Universitário de São João. ³Hospital Trofa Saúde Alfena.

Introdução: As alterações craniofaciais assumem um papel fundamental na patogénese da SAOS.

Caso clínico: Homem de 48 anos, com múltiplos FRCV, e história de várias cirurgias maxilofaciais, devido a malformação congénita que condiciona assimetria e deformação mandibular. Referenciado à consulta por suspeita de patologia respiratória do sono, apresentando: roncopatia e sonolência diurna excessiva. Ao exame objetivo a destacar: retro e micrognatia, Mallampati classe IV. Realizou PSG nível III, a qual demonstrou SAOS grave (IER de 68,4/h, 45% de eventos obstructivos), com hipoxemia noturna (ODI de 77,9/h; T90 de 19%). Iniciou tratamento com APAP, denotando-se manutenção dos eventos (IAH residual 64,8/h) e agravamento da hipoxemia noturna. Para melhor esclarecimento, realizou PSG nível II terapêutica a qual comprovou, SAOS grave (IER de 77,6/h, IAO 67,4/h, IAC

0,5/h). Foi, então, adaptado a VMNI, em ambulatório, tendo sido efetuada aferição de parâmetros em laboratório. De salientar que durante a adaptação, foram testados, com máscara facial, diferentes modos ventilatórios, com persistência de eventos obstructivos e dessaturação. Optou-se, então, por alterar para interface nasal, com adaptação a modo binível ST, verificando-se um melhor controlo do padrão ventilatório e correção da hipoxemia.



Conclusões: Com este caso pretendemos salientar o abordagem desafiante de doentes com SAOS e dismorfias craniofaciais, reiterando o papel da máscara nasal como escolha de primeira linha nestes casos.

Palavras-chave: Dismorfia craniofacial. Síndrome de apneia obstructiva do sono. Modos ventilatórios.

PO24. TOXICIDADE À IMUNOTERAPIA: NEM SEMPRE UMA MÁ NOTÍCIA

Catarina Hilário, Graça Maciel, Sara Raimundo, Teresa Gomes, Ana Isabel Loureiro

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

Introdução: Os inibidores da via PD-L1/PD-1 têm aumentado a sobrevida dos doentes com carcinoma do pulmão não pequenas células avançado. Contudo, a sua aplicabilidade pode ser condicionada pelos efeitos adversos imunomediados, que, curiosamente, parecem associar-se a taxas de resposta favoráveis e sobrevida prolongada.

Caso clínico: Apresentam-se dois doentes do género masculino, 73 e 80 anos, com adenocarcinoma pulmonar, estadios IIIC e IVA, respetivamente. O primeiro caso, com expressão de PD-L1 positiva forte, sem mutações-alvo, foi proposto para quimiorradioterapia, com progressão torácica após três meses. Nessa altura, iniciou nivolumab, com boa resposta. Ao 18º ciclo desenvolveu insuficiência respiratória, vidro despolido e consolidações bilaterais de novo. Colocada a hipótese de pneumocistose e pneumonite secundária a nivolumab, tendo completado tratamento para ambas, com franca melhoria clínica e radiológica. Pela incerteza diagnóstica, decidida reintrodução do nivolumab, com episódio similar após apenas 2 ciclos, com novo internamento e corticoterapia sistémica. Suspensão definitivamente o nivolumab, mantendo-se estável sem tratamento há 25 meses. No segundo caso, com expressão PD-L1 e estudo molecular negativos, o doente iniciou tratamento com quimioterapia e pembrolizumab, com excelente resposta. Ao 5º e 11º ciclos de manutenção, surgimento de morfeia dos membros inferiores e toxicidade renal, respetivamente, com suspensão do tratamento após 21 ciclos de manutenção. Manteve vigilância durante 6 meses, altura em que, por crescimento da única lesão residual, realizou radioterapia estereotáxica corporal, mantendo-se sem tratamento sistémico há 10 meses.

Discussão: Os doentes apresentados manifestaram toxicidade grave à imunoterapia, que levou à sua suspensão. Ainda assim, mantêm

resposta sustentada, o que corrobora a relação descrita na literatura entre toxicidade e eficácia do tratamento. A toxicidade cutânea é a mais frequente. Já a pneumonite e a nefrotoxicidade são complicações incomuns, mas potencialmente graves. O seu aparecimento, apesar da gravidade associada e do impacto na gestão da terapêutica da doença oncológica, pode associar-se a respostas prolongadas no tempo.

Palavras-chave: Inibidores de PD-1. Adenocarcinoma pulmonar. Toxicidade imunomediada. Eficácia terapêutica.

PO25. HIPERPLASIA IDIOPÁTICA DIFUSA DE CÉLULAS NEUROENDÓCRINAS PULMONARES (DIPNECH): O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM ASMA GRAVE

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

Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Introdução: DIPNECH é uma entidade rara caracterizada por hiperplasia neuroendócrina brônquica, reconhecida como lesão precursora para tumores neuroendócrinos pulmonares. A clínica mimetiza frequentemente a da asma, sendo a tosse persistente o sintoma mais comum. A raridade associada à clínica inespecífica, torna o seu diagnóstico desafiante.

Caso clínico: Mulher, 61 anos, com diagnóstico de asma alérgica e eosinofílica na idade adulta e rinossinusite com polipose. Referenciada à consulta Pneumologia-Asma por agravamento da tosse seca, dispneia (mmRC1) e várias exacerbações, medicada em STEP5 do GINA. O estudo demonstrou: PFR com obstrução grave com broncodilatação positiva, eosinofilia periférica [700/u/l] e na telerradiografia torácica com nódulo no LSD. Do restante estudo destaca-se: tomografia computadorizada (TC) torácica com múltiplos nódulos bilaterais, de predomínio direito, o maior no LSD (10 mm); biópsia transtorácica ao maior nódulo, cuja histologia revelou tumor carcinóide típico e PET-DOTANOC que mostrou captação apenas na lesão do LSD. Efetuou biópsia transtorácica de um nódulo do LID que mostrou proliferação de células neuroendócrinas formando monocamada ou pequenos grupos (CAM5.2+, Cromogranina+, Sinaptofisina+). Foi assumido o diagnóstico de DIPNECH com carcinóide típico síncrono e decidido tratamento cirúrgico em reunião multidisciplinar. Realizou segmentectomia por VATS. A histologia da peça confirmou carcinóide típico, com envolvimento ganglionar (pT1a/N2/R0/Mx), tumorlets e focos de hiperplasia neuroendócrina, corroborando o diagnóstico. Após a cirurgia, a doente referiu melhoria sintomática apesar de ausência de alterações na terapêutica inalatória habitual e foi decidido manter vigilância. Após 1 ano de vigilância, tem mantido estabilidade clínica e dimensional dos nódulos.

Discussão: A DIPNECH tornou-se diagnóstico diferencial da asma grave, sendo que cerca de 1/3 dos doentes apresentam carcinóide concomitante ao diagnóstico. A resseção cirúrgica do maior nódulo deve ser equacionada tendo em conta o tamanho, progressão, número de lesões e função pulmonar. Dadas as diferenças prognósticas e terapêuticas das duas entidades, é crucial o correto diagnóstico, como exemplificado no caso descrito.

Palavras-chave: DIPNECH. Nódulos pulmonares. Tosse crónica.

PO26. HAMARTOMA ENDOBRÔNQUICO: UM CASO RARO, COM UMA APRESENTAÇÃO COMUM

Marta Duarte-Silva, Mario Pinto, Dionísio Maia, Nicole Murinello

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Introdução: Os tumores malignos são os tumores pulmonares mais frequentes, representando 98% de todas as massas pulmonares. Entre os tumores benignos, os hamartomas são os mais comuns, com

uma incidência global de 0,025-0,32%. A maioria dos hamartomas pulmonares apresentam-se habitualmente como lesões únicas de localização periférica e só raramente desenvolvem-se como tumores endobronquiais.

Caso clínico: Homem de 64 anos, fumador ativo (36UMA) com antecedentes de bronquite asmática e tuberculose ganglionar na infância. Em contexto de estadiamento oncológico por lesão sésil na bexiga, realizou TC-Torácica que evidenciou uma "lesão cavitada no lobo superior esquerdo (54 mm) e múltiplas bronquiectasias cilíndricas e varicosas". Referia queixas esporádicas de expectoração hemoptóica com dois anos de evolução. Dadas as alterações descritas em TC o doente foi internado e submetido a uma broncofibroscopia diagnóstica que mostrou uma volumosa lesão polipoide com suboclusão do brônquio principal esquerdo. Foram realizadas biópsias brônquicas a esse nível cujo resultado foi de fragmentos de parede brônquica, sem granulomas ou neoplasia. Os resultados microbiológicos foram negativos. O doente foi proposto para broncoscopia rígida onde se procedeu a remoção parcial da massa tumoral com ansa de electrocoagulação, obtendo-se uma reperfuração completa dos bronquios lobar inferior e lingular, ficando apenas a divisão superior ocluída por massa tumoral. Nos exames de estadiamento, a RM-CE não mostrava lesões suspeitas de metastização e a PET não evidenciava atividade metabólica de malignidade. O resultado histológico foi de hamartoma condroide. Em consulta de reavaliação, o doente apresentou uma melhoria clínica e radiológica progressiva.



Carina



BPE

Visualização endobronquial da massa tumoral

Discussão: Os tumores endobronquiais benignos podem causar sintomas respiratórios e mimetizar a asma ou DPOC. A tomografia computadorizada do tórax e a broncoscopia são ferramentas de diagnóstico essenciais. A ressecção por via endoscópica deve ser considerada o tratamento de primeira linha.

Palavras-chave: Hamartoma. Broncoscopia.

PO27. PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE EM NÓDULOS PULMONARES SUBMETIDOS A CIRURGIA TORÁCICA MINIMAMENTE INVASIVA (RATS + VATS)

Marta Duarte Silva¹, Matilde Ferreira Da Almeida², Catarina Moita¹, Zenito Cruz¹, Catarina Figueiredo¹, Ana Rita Costa¹, João Maciel¹, Joao Santos Silva¹, Eurico João¹, Paulo Calvino¹

¹Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. ²Hospital Garcia de Horta.

Objectivos: O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência de tuberculose em lesões solitárias do pulmão sem diagnóstico prévio, submetidas a cirurgia torácica minimamente invasiva (CTMI) no ano de 2023 na Unidade Funcional de Cirurgia Torácica do Hospital Santa Marta.

Resultados: Das 301 lesões pulmonares abordadas por CTMI, 94 das lesões não tinham diagnóstico histológico prévio. Destas, foram realizadas 79 cirurgias video-assistidas e 15 cirurgias robóticas. Destes doentes 45% foram submetidos a ressecção atípica, 37% a lobectomia, 14% a segmentectomia e 2% a biópsia pulmonar. Em termos histológicos, 80 lesões eram neoplásicas, 7 inflamatórias e 7 benignas não inflamatórias. As peças foram fixadas em formalina, e as lesões identificadas como inflamatórias foram coradas com corante Ziehl-Neelsen, AB-PAS e GMS. Dos 7 doentes com alterações inflamatórias, 6 eram mulheres, com uma média de idade de 52,1 anos. Cinco lesões estavam localizadas nos lobos superiores, com as 2 restantes nos lobos inferiores. O diâmetro máximo médio das lesões foi de 21,2 mm, e o SUV máximo médio foi de 3,5. Destas, 5 lesões tinham granulomas com necrose caseosa. Nestas, foi feito o diagnóstico de tuberculose numa lesão com bacilos BAAR-positivos e o um diagnóstico de aspergilose pulmonar necrotizante numa lesão com presença de hifas fúngicas compatíveis com *Aspergillus* spp. Nas restantes 3 lesões, foi feito um diagnóstico presuntivo de tuberculose num doente, tendo os restantes doentes ficado sob vigilância.

Conclusões: A incidência de neoplasia em doentes com nódulos solitários varia entre 2-23%. Idealmente, a abordagem diagnóstica dos nódulos pulmonares deve permitir a ressecção definitiva em doentes com patologia maligna e evitar a ressecção em doentes com doença benigna, mas nem sempre é possível um diagnóstico pré-operatório. Nestes casos, quando em reunião multidisciplinar é definida uma alta probabilidade de neoplasia, a ressecção cirúrgica é justificada se o risco cirúrgico for aceitável.

Palavras-chave: Tuberculose. Cirurgia torácica minimamente invasiva.

PO28. UM CASO DE HEMORRAGIA ALVEOLAR. IATROGENIA, VASCULITE, ASPERGILOSE OU METÁSTASE DE ANGIOSARCOMA?

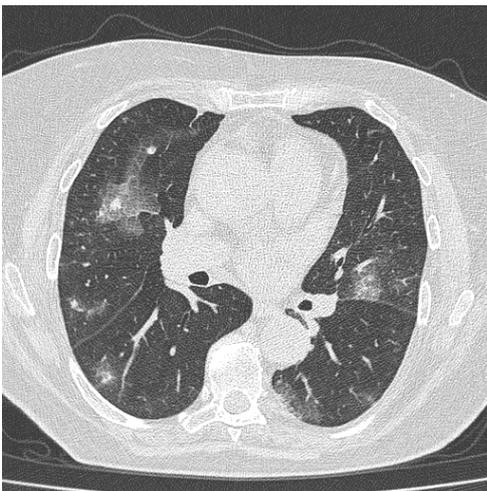
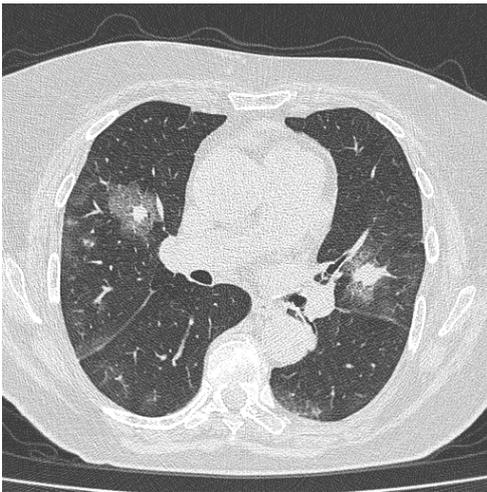
Raquel Santos Silva¹, Joana Marques Simões¹, Inês Macedo¹, Miguel Guia^{1,2}, Paula Pinto^{1,2}, Cristina Bárbara^{1,2}

¹Departamento de Tórax, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E. ²ISAMB - Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Introdução: As hemoptises são um sintoma cardinal com diagnóstico diferencial extenso e desafiante.

Caso clínico: Mulher de 77 anos, com história de sarcoma da coxa esquerda aos 17 anos de idade (submetida a cirurgia e radioterapia curativa) com sequelas motoras, antiagregada por acidente isquémico transitório. Trazida ao serviço de urgência por hemoptises, em pequena quantidade, sem outra sintomatologia associada. Ao exame objetivo hemodinamicamente estável, SpO₂ 99% em ar ambiente. Sem alterações na auscultação ou nos parâmetros analíticos sumários. A angio-TC torácica demonstrou múltiplas áreas nodulares dispersas com halo em vidro despolido, sugestivas de hemorragia

alveolar. A broncofibroscopia revelou vestígios hemáticos bilateralmente com lavado broncoalveolar compatível com hemorragia alveolar, negativo para células neoplásicas. Realizou estudo autoimune, iniciou corticoterapia, e terapêutica antifibrinolítica com melhoria parcial. Foi isolado *Aspergillus niger* no lavado broncoalveolar, tendo cumprido voriconazole sem melhoria. O estudo autoimune foi negativo. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica mantendo as alterações pulmonares descritas previamente, múltiplas lesões nodulares intra-hepáticas, alteração grosseira da trabeculação do terço proximal do fêmur esquerdo com envolvimento de partes moles e periarticulares com lesão nodular associada. A PET-TC confirmou alteração hipermetabólica nos mesmos locais. A biópsia hepática identificou neoplasia vascular atípica. A biópsia da coxa esquerda confirmou presença de angiosarcoma de alto grau, em estágio IV. Neste contexto a doente foi encaminhada para Oncologia tendo cumprido um ciclo de quimioterapia com degradação clínica e agravamento imagiológico progressivos, tendo falecido após 6 meses.



Discussão: O angiosarcoma com metástases pulmonares é uma entidade rara, de progressão rápida e desfecho mortal. A apresentação inicial mais comum é por hemoptises sendo frequentemente confundida com vasculite, tuberculose ou outras doenças infecciosas. Em muitos casos reportados o diagnóstico é feito post mortem. O diagnóstico atempado de angiosarcoma poderá melhorar o prognóstico a longo prazo.

Palavras-chave: Hemorragia alveolar. Diagnóstico diferencial. Metástase de angiosarcoma.

PO29. ATAXIA CEREBELOSA E CARCINOMA PULMONAR DE PEQUENAS CÉLULAS. UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Mariana Cascais¹, Catarina Sousa¹, Joana Ferreira¹, Bárbara Martins^{2,3}, Mafalda Seabra^{2,3}, Joana Guimarães^{2,3}

¹Serviço de Pneumologia, CHUSJ. ²Serviço de Neurologia, CHUSJ. ³Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, FMUP.

Introdução: As síndromes paraneoplásicas são um grupo raro de manifestações multissistêmicas associadas a malignidade subjacente. A ataxia cerebelosa constitui uma forma de apresentação infrequente desta síndrome, mais comumente associada ao carcinoma de pequenas células do pulmão (CPPC), por lesão imunomediada de células de Purkinje.

Caso clínico: Mulher de 70 anos, ex-fumadora, internada no Serviço de Neurologia por instabilidade da marcha, vertigem, anorexia e perda ponderal, com agravamento progressivo em 4 meses; agudamente com náuseas e vômitos. Ao exame objetivo, a destacar nistagmo evocado pela direção do olhar, agravado na levoversão, com nistagmo vertical *down-beat* na posição média, marcada retropulsão, com alargamento da base da marcha. Analiticamente sem alterações, TC Cerebral com atrofia cortico-subcortical difusa, e líquor com proteinorráquia, sem pleocitose. Após evidência em TC-toracoabdominopélvica de lesão hilar esquerda de contornos lobulados com atelectasia do parênquima do lobo inferior esquerdo (LIE) suspeita de neoplasia; e ataxia cerebelosa subaguda, suspeita de quadro paraneoplásico; foi iniciado tratamento com imunoglobulina humana endovenosa 0,4 g/Kg/dia, 5 dias, com melhoria sintomática. Para confirmação diagnóstica, realizada broncofibroscopia com biópsias de lesão endobrônquica, hipervascularizada no LIE, e ecoendoscopia brônquica (punção aspirativa das estações ganglionares 4L e 7) com estudo anatomopatológico a confirmar diagnóstico de CPPC. Destaca-se ainda positividade de anticorpos onconeurais anti-CV2/CRMP5 e anti-Hu, corroborando o diagnóstico de síndrome paraneoplásica. Completado estadiamento com PET-FDG, com metastização ganglionar mediastínica e pulmonar contralateral, e RM-Cerebral compatível com encefalite de natureza paraneoplásica. Iniciou tratamento multissistémico com Carboplatina e Etoposido, com melhoria sintomática e funcional, permitindo iniciar reabilitação motora.

Discussão: Apresenta-se um caso de ataxia cerebelosa subaguda paraneoplásica, como manifestação inicial de neoplasia pulmonar. A deteção e tratamento precoces da neoplasia subjacente estão relacionadas com um melhor prognóstico. Realça-se, assim, a importância do reconhecimento destas síndromes, garantindo a adequada e atempada orientação das mesmas, sendo a avaliação multidisciplinar essencial em quadros clínicos complexos como o descrito.

Palavras-chave: Ataxia cerebelosa. Síndrome paraneoplásica. Carcinoma pequenas células pulmão.

PO30. AS MANIFESTAÇÕES PULMONARES DO SARCOMA DE KAPOSÍ: DA PLEURA AO ENVOLVIMENTO ENDOBRÔNQUICO

Ana Sara Gonçalves, Ana Filipa Freitas, João Carvalho, Rita Branquinho Pinheiro, Ana Paula Reis, Vítor Teixeira

Hospital Central do Funchal.

Introdução: O Sarcoma de Kaposi é causado pela infeção ao Herpes Virus Humano 8 (HHV8) e apresenta envolvimento mucocutâneo, dos gânglios linfáticos e outros órgãos, nomeadamente, o pulmão.

Caso clínico: Um utente de 64 anos de idade recorreu ao serviço de urgência com um quadro clínico de perda de peso, 10 kg em três meses, astenia e anorexia. Adicionalmente, constatou-se a presença de adenomegalias palpáveis nas regiões cervical e supraclavicular, candidíase na orofaringe e lesões cutâneas arroxeadas proeminentes na face, mucosa oral, na face anterior do tórax e membros

superiores. Neste contexto, foi internado por suspeita de doença linfoproliferativa. Durante a marcha diagnóstica, constatou-se infecção ao Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e iniciou-se terapêutica anti-retroviral com bictegravir/entricitabina/tenofovir alafenamida (Biktarvy®). A tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica destacou “adenopatias subcarinal, axilares bilaterais e derrame pleural bilateral, proeminente à direita, espessamento difuso das pregas gástricas e ligeira ascite peri-hepática”. Foi realizada endoscopia digestiva alta, onde foram encontradas lesões violáceas no fundo e corpo gástrico, cujas biópsias demonstraram expressão de HHV8, diagnosticando-se Sarcoma de Kaposi. Perante as alterações pulmonares, o utente foi submetido a toracocentese diagnóstica e evacuadora, com saída de líquido pleural de aspeto leitoso, sugestivo de quilotórax. O estudo citoquímico revelou a presença de um exsudado com níveis elevados de triglicéridos, 486 mg/dL, e baixos níveis de colesterol, 89 mg/dL, confirmando-se a presença de quilotórax. Posteriormente, realizou-se videobroncofibroscopia observando-se lesões eritematosas dispersas na árvore brônquica que foram biopsadas e verificou-se, igualmente, a expressão de HHV8. O utente iniciou quimioterapia, tratamento com octreótido e dieta pobre em gorduras, embora persista a recorrência do quilotórax, com necessidade de toracocenteses de repetição.

Discussão: O diagnóstico de quilotórax neste caso revelou-se interessante por estar associado à infiltração do ducto torácico pelo Sarcoma de Kaposi. Constitui uma complicação rara desta patologia, consequente da progressão da doença e do diagnóstico tardio de infecção a VIH.

Palavras-chave: Sarcoma de Kaposi. HHV8. HIV. Quilotórax.

PO31. NEOPLASIA DE GLÂNDULA SALIVAR E ENVOLVIMENTO PULMONAR - UMA LESÃO PRIMÁRIA OU SECUNDÁRIA?

Filipa Soares Correia, Bruno Silva, Helena Carvalho, Joana Gomes

Unidade Local de Saúde de Santo António.

Introdução: As neoplasias pulmonares de tipo glândula salivar são raras, representando menos de 1% de todos os tumores do pulmão. Ocorrem predominantemente na via aérea central e originam-se de glândulas submucosas existentes no trato respiratório. Contudo, o curso da doença metastática de neoplasias primárias da glândula salivar é pouco conhecido, existindo uma enorme heterogeneidade histológica nestas neoplasias. Alguns estudos sugerem cerca de 20% de metastização à distância, sendo o pulmão o local mais comum. A distinção entre a natureza primária ou secundária de uma lesão de tipo glândula salivar a nível pulmonar é difícil, dada a similaridade morfológica e imunohistoquímica.

Caso clínico: Homem de 62 anos, ex-fumador (25 UMA) e contexto prévio de Adenocarcinoma do Palato. Quadro de hemoptises e epistaxis, com identificação por ORL no serviço de urgência (SU) de lesão no palato comunicante com a fosse nasal superior, com coágulo que se aspirou, sem hemorragia ativa. Por recrudescimento das queixas, recorreu novamente ao SU, com exclusão de novo foco por ORL. Analiticamente queda do valor de hemoglobina, com necessidade transfusional e elevação de parâmetros inflamatórios. Realizada TC torácica, que demonstrou múltiplos nódulos pulmonares, com áreas de vidro despolido e coalescência com bronquiectasias. Iniciada terapêutica antibiótica empírica e ácido aminocapróico, com resolução do quadro. Em ambulatório, realizada broncofibroscopia que revelou lesão tumoral com necrose associada a nível de B9, na pirâmide basal esquerda, que foi biopsada. Foram excluídas outras lesões metastáticas concomitantes. Anatomia patológica confirmou envolvimento brônquico por carcinoma do tipo glândula salivar, com dúvida quanto à origem da lesão. Dados antecedentes, decidido em reunião de grupo multidisciplinar diagnóstico de Adenocarcinoma do Palato com metastização pulmonar.

Discussão: Apesar dos avanços científicos, diferenciação entre lesão tumoral primária ou secundária do tipo glândula salivar permanece um desafio, imperando a correlação com a clínica e restantes exames auxiliares de diagnóstico.

Palavras-chave: Neoplasia. Pulmão. Glândula Salivar. Metastização.

PO32. ALÉM DO CONVENCIONAL: METÁSTASES DO PULMÃO NO INTESTINO DELGADO

Adriana Dias, Pedro Guerreiro, Maria Alcide Marques

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O cancro do pulmão é frequentemente diagnosticado em estágio avançado devido à ausência de sintomas na fase inicial da doença. As áreas mais comuns de disseminação são o cérebro, fígado, ósseo e glândulas supra-renais. A metastização para o intestino delgado é atípica e os sinais e sintomas são comumente negligenciados pela sua baixa especificidade.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente de 78 anos, diagnosticado com adenocarcinoma do pulmão esquerdo, estadio IV, por T4,N3, M1a (metastização pleural), há um ano sob tratamento com pembrolizumab em 1ª linha, com estabilidade dimensional nos controlos imagiológicos realizados. Durante o seu seguimento apresentava anemia, com necessidade transfusional recente, mas sem queixas de perdas hemáticas. Recorreu ao serviço de urgência por agravamento de cansaço generalizado, associado a edemas dos membros inferiores. Analiticamente apresentava anemia microcítica, hipocrômica (Hb de 6,8 g/dL) e trombocitose, sem elevação de parâmetros inflamatórios. Na radiografia do tórax apresentava derrame pleural esquerdo agravado. Durante o internamento apresentou melhoria progressiva do cansaço, no entanto manteve queixas de obstipação, até que ao 7º dia de internamento apresentou dor abdominal intensa, com ventre agudo, tendo sido solicitado estudo complementar que evidenciou pneumoperitoneu, tendo sido orientado para cirurgia urgente. Intra-operatoriamente identificaram-se duas lesões de características metastáticas do intestino delgado, submetidas a ressecção cirúrgica. O exame anatomo-patológico confirmou a presença de duas metástases de carcinoma pulmonar com cerca de 7 cm de maior eixo, ocupando 90% do perímetro do órgão. O doente apresentou agravamento clínico secundário a peritonite, tendo falecido 13 dias após a intervenção cirúrgica.



Discussão: Embora a metastização do cancro do pulmão para o intestino delgado seja rara, já existem vários casos descritos na literatura. A manifestação de sintomas como obstipação associada a anemia ferropénica deve levantar suspeitas clínicas e investigação de forma a permitir uma intervenção programada.

Palavras-chave: Cancro pulmão. Metastização. Intestino delgado.

PO33. UM PROBLEMA NUNCA VEM SÓ: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Torres, Ana Raquel Barreira, Carolina Jardim, Carlos Figueiredo, Sara Alfarroba

Serviço de Pneumologia, Unidade Local Saúde São José- Hospital de Santa Marta.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem, 76 anos, natural da Suécia, a viver em Portugal há 4 anos, sem antecedentes de relevo. Iniciou um quadro de cansaço e tosse seca com 3 dias de evolução e, concomitante perda ponderal no último mês. Realizou uma TC torácica que revelou um derrame pleural direito, espessamento multinodular da pleura homolateral e opacidades em vidro despolido, sobretudo nos lobos superiores, que motivou o internamento para estudo. Realizou toracocentese e biópsia pleural que se revelou positiva para células malignas compatíveis com mesotelioma epitelioide. Adicionalmente, foi detectado SARS-CoV-2 por zargatoa nasal, método PCR, e Pneumocystis jirovecii em secreções respiratórias pelo que iniciou terapêutica com Trimetoprim-Sulfametoxazol. Face a infeção por agente oportunista, realizou pesquisa de VIH que se verificou positivo, apresentando também contagens de CD4+ < 200 células/mm³, cumprindo critérios de SIDA. Durante o internamento, ocorreram várias intercorrências, como dermatite herpética dorsolombar e perineal (confirmada por zargatoa PCR VHS-2), agudização de doença renal crónica e cistite nosocomial. Após alta, iniciou terapêutica anti-retroviral e manteve acompanhamento em consulta de Pneumologia, tendo realizado estadiamento com TC toraco-abdomino-pélvica, que revelou nodularidade tumoral múltipla pleural e aparente invasão tumoral da fáscia endotorácica e do músculo intercostal, não demonstrando doença à distância. A PET-FDG evidenciou captação na lesão pleural direita (SUV máx 7,7) e nodularidades retro-traqueais e para-esofágicas, sem aparente captação à distância. Por necessidade de toracocenteses evacuadoras de repetição, colocou dreno torácico e fez pleurodese química. Foi submetido a mediastinoscopia que não documentou invasão ganglionar. Posteriormente, iniciou terapêutica com Nivolumab com boa tolerância.

Discussão: Com este caso pretendemos demonstrar a necessidade de uma avaliação precoce e completa do doente, assim como o papel da articulação multidisciplinar, que permitiu os múltiplos diagnósticos e o adequado tratamento, bem como, a estabilização clínica das multi-comorbilidades.

Palavras-chave: Mesotelioma. Pneumocystis jirovecii. SIDA.

PO34. HEMOPTISES - ATÉ ROMPER A CORDA

Jorge Montês¹, Mónica Grafino¹, Daniel Ferreira², Miguel Abecassis³, Sofia Tello Furtado¹

¹Serviço de Pneumologia, Hospital da Luz Lisboa. ²Serviço de Medicina Intensiva, Hospital da Luz Lisboa. ³Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, Hospital da Luz Lisboa.

Introdução: A abordagem do doente com hemoptises é desafiante pelo espectro alargado de gravidade, assim como pela etiologia extensa que abarca causas frequentes, raras e apresentações atípicas. **Caso clínico:** Homem, 52 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Recorre à consulta de Pneumologia por quadro de 1 mês de evolução de tosse com expectoração hemoptoica diária (1 colher de café/dia) e agravamento do cansaço habitual para esforços médios. Negou outros sintomas, assim como viagens recentes. Objetivamente hemodinamicamente estável, eupneico em repouso com saturação periférica de oxigénio 98% em ar ambiente, auscultação pulmonar com murmúrio mantido bilateralmente sem ruídos adventícios e à auscultação cardíaca destaca-se sopro sistólico intensidade II/VI foco mitral. Dos exames realizados salienta-se: avaliação analítica sem anemia ou alterações da

coagulação; TC-Tórax com aumento do calibre do tronco pulmonar (33 mm), espessamento dos septos interlobares e das paredes brônquicas principalmente à direita. Pelas alterações na TC-tórax realizou ecocardiograma transtorácico que mostrou prolapso do folheto posterior da válvula mitral com rutura de corda tendínea condicionando regurgitação major, assim como dilatação auricular esquerda e hipertensão pulmonar moderada com a pressão sistólica na artéria pulmonar (PSAP) de 53 mmHg. Assumiu-se hemoptises resultantes de hemorragia alveolar grave secundária a rutura de cordas tendíneas da válvula mitral pelo que, excluída doença coronária foi referenciado para cirurgia cardíaca e submetido a plastia mitral complexa: resseção triangular do folheto posterior e implantação de anel semirrígido. Pós-operatório decorreu sem intercorrências e sem novos episódios de hemoptises. Reavaliação ecocardiográfica com resolução completa da insuficiência mitral. O doente manteve seguimento em consulta, sem novos episódios de hemoptises.

Discussão: Este caso documenta uma causa pouco frequente de hemoptises como a apresentação incomum de rotura de cordas tendíneas da válvula mitral. Salienta-se a importância de uma avaliação global e uma abordagem diagnóstica abrangente perante um quadro de hemoptises.

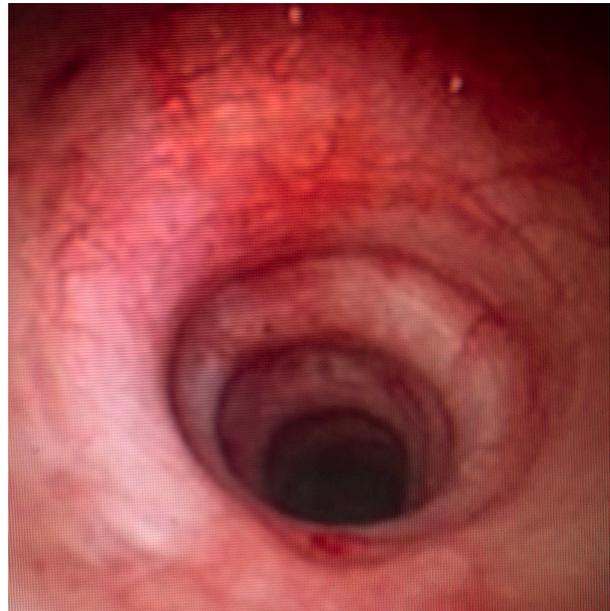
Palavras-chave: Hemoptises. Prolapso válvula mitral. Rotura de corda tendínea.

PO35. ESTENOSE TRAQUEAL CONGÉNITA NA IDADE ADULTA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Duarte, Filipa Canedo, Mário Pinto, Dionísio Maia, Nicole Murinello, António Miguel

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

Introdução: A estenose traqueal congénita (ETC) é rara e tem alta taxa de mortalidade. Associa-se a malformações cardiovasculares e os sintomas dependem da gravidade da estenose. Apresentamos um caso de ETC no adulto.



Caso clínico: Mulher de 20 anos, submetida a correção cirúrgica de Sling da artéria pulmonar congénita aos 3 meses de idade e com história de engasgamentos precoces que motivaram a suspeita de malformação da via aérea. Desde os 5 anos com seguimento em consulta de Pneumologia pediátrica com evidência de redução do lúmen da traqueia por avaliação radiológica. Ao longo da idade

pediátrica, sem infecções respiratórias de repetição mas com episódios de dispneia e estridor progressivamente mais frequentes que aliviavam com aerosolização de dexametasona. Aos 13 anos realizou avaliação complementar com provas de função respiratória (PFR) com padrão obstrutivo sem resposta à broncodilatação e TC com morfologia circular da traqueia, de calibre médio 6-8 mm. A broncofibroscopia (BFO) confirmou a presença de anéis traqueais completos e estreitamento global da traqueia. Pela estabilização clínica, manteve vigilância, sendo encaminhada para Pneumologia de adultos aos 19 anos após ter sido submetida a septoplastia e amigdalectomia. Na consulta, apresentou queixas diárias de estridor e dificuldade respiratória agravadas com o esforço. A reavaliação com PFR demonstrou agravamento do padrão obstrutivo e a TC estenose sobreponível com redução de calibre dos brônquios segmentares. A BFO voltou a identificar estenose traqueal em toda a sua extensão, sem focalizações que permitissem intervenção por esta modalidade. Atualmente aguarda avaliação e orientação cirúrgica.

Discussão: A ETC é tipicamente identificada e abordada na infância, sendo a identificação de anéis traqueais completos em idade adulta extremamente rara. Além da raridade, salienta-se o risco de eventos ameaçadores de vida nestes doentes, tornando-se fundamental a vigilância apertada e a terapêutica otimizada mediante a evolução.

Palavras-chave: Estenose traqueal. Congénita. Adulto.

PO36. PNEUMOMEDIASTINO ODONTOGÉNICO - UMA COMPLICAÇÃO RARA PÓS-INTERVENÇÃO ESTOMATOLÓGICA

João Couto¹, Pedro Ferreira¹, Magda Gonçalves²

¹Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ²Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O enfisema subcutâneo cervico-facial secundário a procedimentos dentários é uma complicação pouco frequente, descrita inicialmente por Turnbull em 1900. O desenvolvimento de pneumomediastino na consequência de procedimento odontogénico é uma complicação rara e potencialmente fatal, com poucos casos descritos na literatura.

Caso clínico: Mulher, 62 anos, fumadora ativa de 20 unidades maço-ano (UMA), sem outros antecedentes de relevo que recorreu ao serviço de urgência (SU) por edema cervico-facial bilateral, 24h após intervenção estomatológica para restauração de peças dentárias da arcada inferior esquerda (peças dentárias 22 e 23) com recurso a broca pneumática de alta velocidade e administração de anestesia local. À observação, apresentava-se eupneica e normoxémica em ar ambiente, hemodinamicamente estável, apresentando crepitações à palpação superficial da região cervico-facial bilateral, compatível com enfisema subcutâneo, sem compromisso da via aérea. Na radiografia torácica, evidência de enfisema subcutâneo cervical e supra-clavicular, bem como área de hipertransparência a delimitar a silhueta cardíaca e hipertransparência compatível com “continuous left hemidiaphragm sign”. Realizou tomografia computadorizada torácica (TC-Tórax) que confirmou a presença de volumoso enfisema cervical bilateral, com extensão ao mediastino superior, pelo espaço retrofaringeo, compatível com pneumomediastino, sem pneumotórax associado. Assumido diagnóstico de pneumomediastino secundário a procedimento odontogénico. Permaneceu em vigilância durante 24h, tendo tido alta posteriormente. Reavaliada 1 mês após a primeira observação, com TC-Tórax comparativa, apresentando já restituiu *ad integrum*.

Discussão: O pneumomediastino secundário odontogénico é uma complicação rara, com manifestações clínicas que vão desde edema e crepitação cervico-facial a disfagia, dispneia e compromisso da via aérea. A utilização de brocas pneumáticas de alta velocidade,

bem como, seringas ar-água associam-se a uma maior probabilidade do aparecimento desta complicação, provocando dissociação de tecidos através dos espaços pterigomandibular, parafaríngeo e retrofaringeo com posterior extensão ao mediastino. Este diagnóstico raro, com possíveis complicações fatais, demonstra a importância do enquadramento anamnésico e da suspeição clínica para esta possibilidade.

Palavras-chave: Pneumomediastino. Enfisema mediastínico. Restauo dentário.

PO37. ANEURISMA MICÓTICO. UMA CAUSA RARA DE HEMOPTISES

Joana Naia, Rita Pedroso, Carla Carvalho, Sofia Sousa, Sara Silva, João Cruz, Rui Rolo

Hospital de Braga.

Introdução: As hemoptises caracterizam-se por emissão de sangue com origem das vias respiratórias inferiores e podem representar situações ameaçadoras de vida. Podem ter várias causas, nomeadamente patologias da via aérea, doenças do parênquima, patologias vasculares, distúrbios da coagulação, fármacos, entre outras. Efetivamente e de forma muito rara, os aneurismas podem causar hemoptises, constituindo uma situação urgente.

Caso clínico: Apresenta-se um homem de 71 anos, não fumador, com antecedentes pessoais de doença de Parkinson, neoplasia maligna da bexiga (realizou instilação intravesical do bacilo Calmette-Guérin (BCG)) e BCGite (em tratamento com isoniazida, rifampicina, etambutol e piridoxina). Recorreu ao serviço de urgência (SU) por hemoptises em grande quantidade com agravamento progressivo nos 3 dias prévios e dispneia. Sem outros sintomas nem alterações ao exame físico ou estudo analítico. A angiotomografia computadorizada de tórax demonstrou “aneurisma micótico da crossa da aorta torácica, com descontinuidade/úlceras da parede superior lateral esquerda, medindo 2 cm, situada após a origem da artéria subclávia esquerda, com extravasamento contido de contraste ao longo de 2,6 cm. Hematoma envolvente supra-hilar esquerdo com 6 cm. Irregularidade do lúmen da crossa da aorta e ligeira densificação da gordura mediastínica adjacente. Coexistem áreas em “vidro despolido” no parênquima pulmonar vizinho do lobo superior esquerdo correspondendo a hemorragia intraparenquimatosa. Foi submetido a tratamento endovascular da aorta torácica com colocação de endoprótese e exclusão do aneurisma, com resolução das hemoptises.

Discussão: A fisiopatologia das hemoptises causadas por aneurismas da aorta é complexa e desconhecida, mas mais frequentemente explicada pela presença de fistula aortopulmonar. No entanto, também podem advir diretamente de lesão parenquimatosa pelo aneurisma. O tratamento destas situações é urgente e consiste na reparação do aneurisma. Apresenta-se este caso, uma vez que se trata de uma causa muito rara e potencialmente grave de hemoptises: um aneurisma micótico decorrente de infecção disseminada por BCG.

Palavras-chave: Hemoptises. Aneurisma micótico.

PO38. UMA COMPLICAÇÃO AGUDA INESPERADA NO PÓS OPERATÓRIO DE UM JOVEM

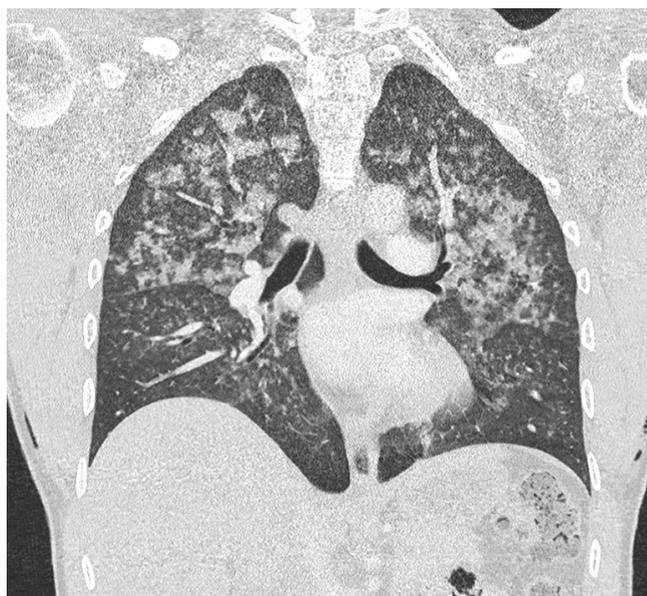
Patrícia Trindade, Daniela Godinho, Henrique Cabrita, Alexandre Almendra, Sara Salgado, Elsa Fragoso, Adélia Lopes, Paula Esteves, Cristina Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: O edema pulmonar de pressão negativa (EPPN) define-se como a instalação aguda de edema pulmonar não cardiogénico associada à expiração contra uma glote colapsada, estando descrita em casos de extubação precoce, parésia das cordas vocais ou

espasmo laríngeo. É uma complicação rara (0,05-0,1%) de procedimentos com ventilação mecânica invasiva e o conhecimento desta entidade e uma atuação precoce são fulcrais para um outcome favorável.

Caso clínico: Homem de 35 anos sem doenças conhecidas ou toma de medicação habitual é submetido eletivamente a lipoaspiração e avulsão das glândulas mamárias por ginecomastia. No pós-operatório imediato documenta-se insuficiência respiratória de novo e a presença de crepitações bibasais à auscultação pulmonar, radiologicamente com infiltrado intersticial bilateralmente. Dado agravamento progressivo com incremento de oxigenoterapia até máscara de alto débito realizou Angio-TC torácica que exclui tromboembolismo pulmonar, revelando “extensa infiltração pulmonar algodonsa dispersa, sem consolidação (...) podendo corresponder a um síndrome de dificuldade respiratória de aspecto atípico”. Analiticamente sem alterações de relevo, nomeadamente NT proBNP, eosinófilos normais. O doente é transferido para Pneumologia e teve uma evolução favorável com suspensão de oxigenoterapia em D3. Dos exames realizados destaca-se: lipidúria ausente, cintigrafia V/Q sem alterações, TC torácica em D7 que revelou “significativa melhoria radiológica das múltiplas opacidades consolidativas nodulares e micronodulares dispersas nos vários lobos pulmonares”. O doente cumpriu ciclo de antibioterapia empiricamente com amoxicilina/ácido-clavulânico.



Discussão: Este caso clínico pauta pela rapidez tanto do agravamento como da melhoria clínica e imagiológica deste doente, típicas do EPPN que ocorre muitas vezes em doentes saudáveis. A identificação precoce desta complicação e o tratamento atempado com oxigenoterapia e, se necessário, suporte ventilatório não invasivo se necessário, contribui para um desfecho favorável.

Palavras-chave: Edema pulmonar pressão negativa. Pós-operatório.

PO39. IMPACTO DO ATINGIMENTO HEPÁTICO NA FUNÇÃO PULMONAR DOS DOENTES COM DAAT

Maria João Moura, Tiago Ramalho, Bárbara Seabra, Rosário Alves, Carlos Soares, Joana Amado

Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Objectivos: A Deficiência de alfa-1 antitripsina (DAAT) é um dos distúrbios genéticos mais prevalente, contudo é frequentemente subdiagnosticado. A DAAT por si só não é uma doença, mas sim uma

predisposição para o desenvolvimento de manifestações clínicas, sendo o pulmão e o fígado os órgãos mais afetados. Doseamentos baixos de AAT combinados com predisposição genética e fatores ambientais contribuem para a variabilidade fenotípica da doença. Pretendeu-se com este trabalho avaliar se os pacientes com alterações hepáticas apresentavam maior gravidade da doença pulmonar. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo, onde se avaliaram todos os pacientes com valores de AAT < 90 mg/dL (limite inferior da normalidade pelo método de turbidimetria), no período entre 2012 e 2022. Foram registados os antecedentes, revistas TC torácicas, provas funcionais respiratórias (PFR) e estudo hepático (dados bioquímicos, ecografia e elastografia).

Resultados: Dos 127 pacientes identificados, 102 (80,3%) foram excluídos - 91 por não apresentarem PFR ou avaliação hepática, 7 por apresentarem exclusivamente envolvimento hepático e 4 por não apresentarem qualquer sinal de doença. Dos 25 pacientes analisados, 9 apresentavam exclusivamente envolvimento pulmonar (grupo 1) e 16 apresentavam concomitantemente atingimento pulmonar e hepático (grupo 2). A tabela 1 resume as variáveis estudadas discriminadas pelos grupos.

	TODOS (N=25)	GRUPO 1 (Atendimento pulmonar exclusivo (N=9))	GRUPO 2 (Atendimento pulmonar e hepático (N=16))	p value
Idade - anos	49.9±16.3	50.7±15.8	49.4±17,0	0.854
Género - n (%)				0.087
Feminino	10 (40.0)	6 (66.7)	4 (25.0)	
Masculino	15 (60.0)	3 (33.3)	12 (75.0)	
A1AT - mg/dL	50.9±25.4	47.2±27.1	53.0±25.1	0.596
Estudo ventilatório - n (%)				0.265
Normal	10 (40.0)	4 (44.4)	6 (37.5)	
AVO ligeira	8 (32.0)	3 (33.3)	5 (31.3)	
AVO moderada	2 (8.0)	0	2 (12.5)	
AVO moderadamente grave	1 (4.0)	0	1 (6.3)	
AVO grave	2 (8.0)	2 (22.2)	0	
AVO muito grave	2 (8.0)	0	2 (12.5)	
Difusão do CO* - n (%)				<0.014
Normal	5 (20.0)	2 (22.2)	3 (18.8)	
Defeito ligeiro	7 (28.0)	6 (66.7)	1 (6.3)	
Defeito moderado	4 (16.0)	0	4 (25.0)	
Defeito grave	3 (12.0)	0	3 (18.8)	
Hábitos tabágicos - n (%)				0.707
Não fumador	6 (24.0)	3 (33.3)	3 (18.8)	
Ex-fumador	10 (40.0)	3 (33.3)	7 (43.8)	
Fumador	9 (36.0)	3 (33.3)	6 (37.5)	
FEV1 (% em relação ao previsto)	79.0±26.4	85.2±29.7	75.6±24.7	0.391
FVC (% em relação ao previsto)	97.±23.5	102.6±29.4	94.6±19.9	0.429
Patologia respiratória - n (%)				0.273
ACO	2 (8.0)	1 (11.1)	1 (6.3)	
Asma	12 (48.0)	6 (66.7)	6 (37.5)	
Bronquiectasias	3 (12.0)	3 (33.3)	0	
DPOC	8 (32.0)	1 (11.1)	7 (43.8)	
Enfisema	13 (52.0)	5 (55.6)	8 (50.0)	
Fibrose	1 (4.0)	1 (11.1)	0	
Doença hepática - n (%)				
Não fibrótica	14 (56.0)	0	14 (87.5)	
Cirrose	2 (8.0)	0	2 (12.5)	
Gentipagem SERPINA 1* - n (%)				
ZZ	9 (36.0)	4 (44.4)	5 (31.3)	
ZMm	1 (4.0)	0	1 (6.3)	
ZMh	1 (4.0)	0	1 (6.3)	
SZ	4 (16.0)	2 (22.2)	2 (12.5)	
SS	1 (4.0)	0	1 (6.3)	
SM	1 (4.0)	0	1 (6.3)	

Conclusões: Com este trabalho, conclui-se que os doentes do grupo 2 apresentam a difusão do CO significativamente mais baixa do que os pacientes do grupo 1 e valores espirométricos inferiores, ainda que esta diferença não seja significativa. Pretende-se também salientar a elevada taxa de subdiagnóstico inferida pelo estudo incompleto, segundo as recomendações nacionais, e o número elevado de fumadores com este distúrbio, que ao combinarem a DAAT com o tabagismo, enfrentam uma sinergia prejudicial, resultando em impactos agravados tanto a nível pulmonar como hepático.

Palavras-chave: DAAT.

PO40. SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD: UM DIAGNÓSTICO INCOMUM EM IDADE ADULTA

Filipa Soares Correia, Helena Carvalho, Dino Mona, Joana Gomes

Unidade Local de Saúde de Santo António.

Introdução: Descrito nos anos 50, o Síndrome de Swyer-James-MacLeod, também conhecido como pulmão hiperlucente, trata-se de uma entidade rara de hipoplasia unilateral da vasculatura pulmonar, com enfisema, podendo estar associado ou não a bronquiectasias. O seu diagnóstico é imagiológico, sendo ainda mais incomum quando realizado apenas na idade adulta. Surge habitualmente como complicação de bronquiólite obliterante na infância.

Caso clínico: Homem de 75 anos, ex-fumador (160 UMA), com fatores de risco cardiovascular e SAOS, sob CPAP. Orientado para a Consulta Externa de Pneumologia por tosse crónica com expectoração mucosa em escassa quantidade. Contexto de infeções respiratórias de repetição, geridas pelo Médico de Família, com realização em ambulatório de TC torácica a demonstrar bronquiectasias cilíndricas com predomínio nos lobos inferiores, com alterações sugestivas de inflamação crónica e nódulo de 5 mm no segmento anterior do lobo superior direito. Em consulta solicitada nova avaliação imagiológica, que confirmou estabilidade do nódulo supracitado e revelou assimetria dos campos pulmonares, por menor volume do pulmão esquerdo, que se apresentava hipertransparente face ao contralateral, com rarefacção vascular concomitante, bronquiectasias cilíndricas no lobo inferior esquerdo e lúgula e menor calibre da artéria pulmonar esquerda, achados enquadráveis no Síndrome de Swyer-James-MacLeod.

Discussão: Apesar de raro, o Síndrome de Swyer-James-MacLeod deve ser um dos diagnósticos a considerar quando se observa uma hiperlucência de um lobo ou de um pulmão em imagem torácica, sendo essencial a sua identificação para uma orientação adequada e evicção de terapêuticas incorretas. Não obstante a sua associação à bronquiólite obliterante na infância, excepcionalmente poderá estar ligada a outras condições que promovam inflamação crónica e posterior alteração estrutural da via aérea.

Palavras-chave: Swyer-James-MacLeod. Hiperlucente. Pulmão. Radiologia.

PO41. EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL BRÔNQUICA NO TRATAMENTO DE HEMOPTISES

Anita Lascasas Trigueira, Luís Filipe Santos Silva, João Marques Macedo, Rita Matos Gomes, Tiago Pereira, Pedro Portugal, Jorge Ferreira

ULS Entre Douro e Vouga.

Objectivos: Caracterizar os doentes com hemoptises submetidos a angiografia e/ou embolização brônquica.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes admitidos no Serviço de Pneumologia da ULS EDV que realizaram arteriografia ou embolização brônquica, de 05/2019 a 08/2023.

Resultados: Foram realizados 20 procedimentos, 16 embolizações e 4 angiografias, em 13 doentes. Oito doentes são mulheres (62%), idade mediana de 55 anos (mín 29, máx 83). Realizaram uma embolização 10 (77%) doentes e, duas ou mais embolizações 2 (15%) doentes. Um dos doentes (8%) apenas realizou angiografia. Sete doentes (54%) não tinham antecedentes de patologia pulmonar, 3 (23%) eram fumadores, 2 (15%) hipocoagulados e 1 (8%) antiagregado. As principais etiologias identificadas para as hemoptises foram: bronquiectasias (não relacionadas com fibrose cística) (n = 4; 31%), sequelas de tuberculose pulmonar (n = 3; 23%), e 1 (8%) doente com ambas as patologias. Após investigação exaustiva, 5 (39%) doentes mantiveram-se sem etiologia identificada. 46% (n = 6) dos doentes apresentaram-se com hemoptises de grande volume, tendo 3 (23%) doentes sido internados na Unidade de Cuidados Intensivos. As alterações encontradas na angiografia foram hipertrofia e tortuosidade

de vascular (n = 8, 62%) e a presença de *shunting* (n = 4, 31%). Relativamente às embolizações, 7 (54%) doentes realizaram embolização em hemoptises crónicas, 5 (39%) num episódio inaugural. Foram usadas partículas de PVA de 300 a 700 micra. Não houve complicações imediatas. Dos 12 doentes que fizeram embolização, 3 (25%) recidivaram, um número total de 5 recidivas. 2 (40%) das recidivas tinham critérios de gravidade. A mediana de internamento foi de 10 dias (mín 1, máx 23). A mediana até novo recurso ao hospital foi de 145 dias (mín 2, máx 480).

Conclusões: As bronquiectasias e as sequelas de tuberculose foram as causas mais frequentes de hemoptises, tendo quase 50% dos doentes hemoptises com instabilidade hemodinâmica. Tal como na literatura, na nossa amostra, a embolização é segura e eficaz no tratamento de hemoptises.

Palavras-chave: Hemoptises. Embolização arterial brônquica.

PO42. ERA UMA VEZ UMA HÉRNIA PULMONAR...

Joana Marques Simões^{1,2}, Magda Alvoeiro^{2,3}, Paula Alves^{1,2,4}, Ana Vilarça^{1,2,4}, Cristina Bárbara^{1,2,5}

¹Serviço de Pneumologia. ²Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. ³Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital Pulido Valente. ⁴Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica. ⁵Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISAMB.

Introdução: A cirurgia torácica vídeo-assistida (VATS) é uma técnica minimamente invasiva associada a menor risco de complicações e recuperação pós-operatória mais curta face à cirurgia aberta. Representa a técnica cirúrgica preferencial no tratamento do cancro do pulmão. As complicações mais frequentes são: fuga aérea prolongada, infeções, hemorragia, dor pós-operatória e recidiva neoplásica no local da porta de entrada.

Caso clínico: Homem de 67 anos, ex-fumador (45 UMA). História de DPOC GOLD 1B e enfisema pulmonar tratado com dupla broncodilação. Diagnosticado com adenocarcinoma do pulmão estágio IB (pT2aN0M0), PDL-1 e estudo molecular negativos, submetido a lobectomia superior direita e esvaziamento ganglionar mediastínico por VATS, seguido de quimioterapia adjuvante com vinorelbina e cisplatina (4 ciclos). Cinco meses após procedimento cirúrgico, desenvolve protrusão da parede torácica anterior direita que agrava com a tosse e manobra de valsalva. Após quadro de infeção respiratória com tosse seca intensa, refere agravamento da protrusão associado a toracalgia esporádica. Admite-se diagnóstico de hérnia pulmonar direita como complicação cirúrgica da VATS. Na TC Tórax salienta-se: mediastino lateralizado à direita com hiper-expansibilidade do pulmão esquerdo, enfisema centrilobular e para-septal. Provas de função respiratória: obstrução brônquica ligeira e diminuição moderada da DLCO. Após discussão multidisciplinar, foi proposta correção cirúrgica. O doente encontra-se em vigilância anual, sem evidência de recidiva da neoplasia após 5 anos de seguimento.

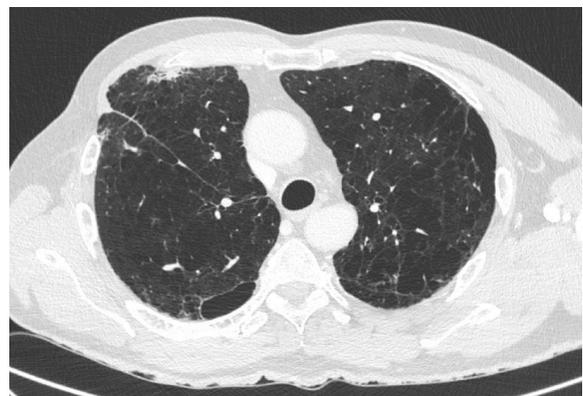


Figura 1. TC de Tórax.

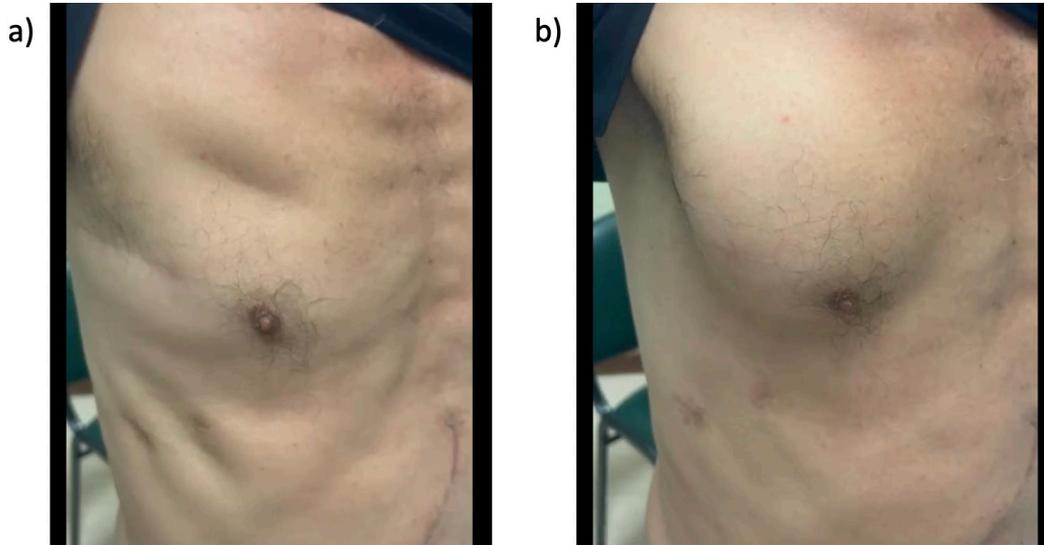


Figura PO42 2. Hérnia pulmonar após reflexo de tosse.

Discussão: A hérnia pulmonar é uma condição rara que surge de forma congénita ou adquirida, sendo o traumatismo torácico a causa mais frequente. As hérnias pulmonares pós-operatórias surgem maioritariamente como complicação da toracotomia anterior, sendo a VATS uma causa rara. Os fatores de risco para hérnia pulmonar após VATS são: abertura do espaço intercostal superior à incisão da pele, tosse crónica e enfisema pulmonar extenso, fraqueza dos músculos torácicos e encerramento não rigoroso dos tecidos. A cirurgia é habitualmente recomendada nas hérnias de grandes dimensões e em doentes sintomáticos.

Palavras-chave: Hérnia pulmonar. VATS. Cancro do pulmão.

PO43. UMA LARANJA NA ÁRVORE ERRADA

Diogo Baptista, Pedro Varandas, Rita Oliveira, Francisco Freitas, Cristina Bárbara

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A atelectasia por impactação de secreções é uma causa frequente de insuficiência respiratória grave no Serviço de Urgência (SU) e apresenta-se como uma das principais indicações para realização de broncofibroscopia.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de um homem de 86 anos, dependente nas AVD, com multicormobilidades. Recorreu ao SU por tosse produtiva com secreções purulentas espessas e dispneia com horas de evolução. Na abordagem, obnubilado com insuficiência respiratória grave com SpO₂ 60% e PaO₂ 46 mmHg sob parâmetros máximos de VNI. A radiografia de tórax demonstrou pulmão branco à esquerda com desvio homolateral da traqueia que sugeria atelectasia total, mais provável no contexto de impactação de secreções brônquicas/rolhão de secreções. Deste modo, o doente foi sedoanalgesiado, foi abordada via aérea através da colocação de máscara laríngea para realização de broncofibroscopia para desimpactação e aspiração de secreções brônquicas. Durante o procedimento, verificou-se a presença de obstrução quase total do brônquio principal esquerdo. Após instilação de soro fisiológico e aspiração de secreções brônquicas, verificou-se a presença de corpo estranho a causar quase total obliteração do lúmen. Dadas as comorbilidades inerentes, que contraindicavam a realização de broncoscopia rígida e pela necessidade de procedimento *life saving*, optou-se pela tentativa de remoção do corpo estranho através de uma pinça de biópsia. O corpo estranho (gomo de laranja) foi removido na totalidade, sem intercorrências. Foi observada resolução imediata da atelectasia, comprovada radiologicamente, e reversão do quadro clínico inicial, nomeadamente, com redução de débito de oxigénio para cânula nasal com mínimo aporte.

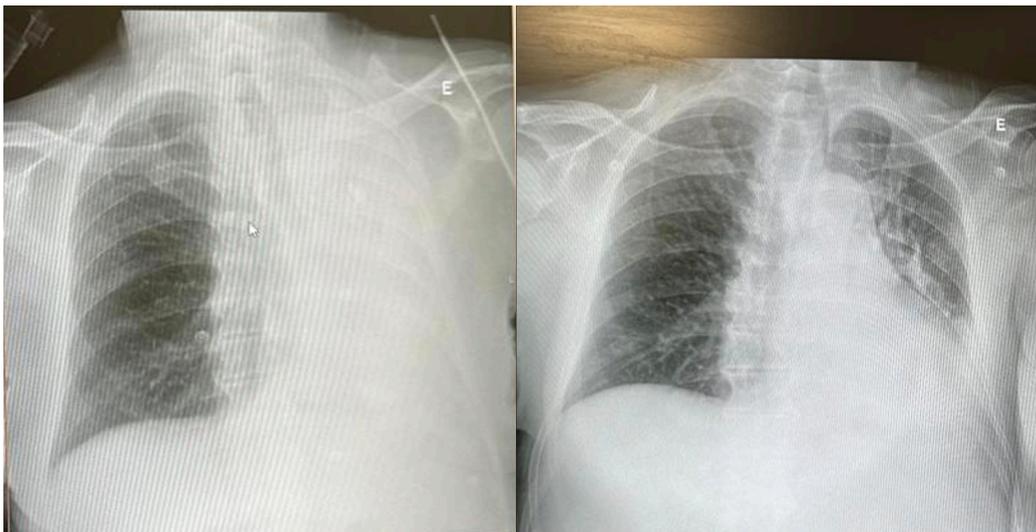


Figura PO43 1. Radiografia de tórax (antes e depois).



Figura 2. Corpo estranho.

Discussão: Salienta-se a importância dos procedimentos de intervenção da Pneumologia, com impacto imediato na sobrevivência do doente. Ressalva-se a importância da colheita minuciosa de história clínica, nomeadamente junto dos familiares, que nem sempre é possível no contexto de SU e no doente crítico e incapaz de fornecer história.

Palavras-chave: Atelectasia. Corpo estranho. Broncoscopia de intervenção.

PO44. METASTIZAÇÃO QUÍSTICA DE ANGIOSARCOMA: UMA CAUSA RARA DE PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO BILATERAL RECIDIVANTE

Daniela Godinho, Inês Barreto, Diana Organista, Francisco Freitas, Ana Cristina Mendes

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte.

Introdução: Pneumotórax espontâneos malignos são raros, com uma prevalência de 0,05-1% no geral, mas correspondendo a 17,5% das complicações de angiossarcoma, primário ou metastático.

Caso clínico: Descrevemos o caso de um doente 72 anos, com diagnóstico de angiossarcoma epitelióide da face localmente avançado, sob quimioterapia, internado por pneumotórax à esquerda, com necessidade de drenagem pleural. Passado um mês, novo episódio, desta vez bilateral, com necessidade inicial de drenagem à esquerda e posteriormente à direita. Em tomografia computadorizada identificaram-se múltiplas imagens quísticas de dimensões variáveis bilateralmente dispersas, com paredes espessadas, com necessidade de exclusão de pneumocistose, sem isolamento microbiológico mas com cumprimento de ciclo de antibioterapia com cotrimoxazol e corticoterapia de 21 dias por presunção da mesma. O doseamento de alfa-1-antitripsina era normal. Embora com realização de pleurodese com talco por método slurry bilateral e desfasadamente, e colocação das drenagens pleurais sob aspiração ativa por fuga aérea persistente, ocorria recidiva dos pneumotórax, bilateralmente, entre um a nove dias após remoção das drenagens pleurais, com necessidade de nova drenagem, por duas vezes à direita e duas vezes à esquerda, durante o internamento. Em Reunião Multidisciplinar, tendo sido assumida provável metastização quística pulmonar de angiossarcoma, foi discutida a possibilidade de biópsia cirúrgica para confirmação histológica, tendo sido considerado o risco/

benefício desfavorável, e foi decidida realização de novo ciclo de quimioterapia em internamento, sob drenagem pleural, perante risco aumentado de recidiva de pneumotórax. Dez dias após o mesmo, já após remoção da drenagem à direita e adaptação de válvula de Heimlich à esquerda, a drenagem respetiva foi retirada previamente à alta por exteriorização da mesma, mantendo evidência de expansão pulmonar bilateral após reavaliação imagiológica. À data, o doente encontra-se sem evidência de nova recidiva de pneumotórax.

Discussão: A deteção precoce desta complicação melhora os *outcomes*, sendo importante a sua inclusão no diagnóstico diferencial de pneumotórax espontâneos recidivantes.

Palavras-chave: Pneumotórax. Angiossarcoma. Metástases.

PO45. TRACHEAL SURGERY: 10-YEARS EXPERIENCE

Patrícia M. Castro, Cátia Silva, Joana Rei, José Miranda, Miguel Guerra

CHVNG/E.

Objectives: Tracheal surgery is a specialised field in which many disciplines work jointly due to the variety of indications and the extended topography. The main indications for surgery include inflammatory (generally post-intubation), congenital or post-traumatic stenoses, benign or malignant neoplasms and tracheal lacerations, whether iatrogenic or traumatic. The purpose of this study is to review the management of one institution's approach to a wide variety of tracheal lesions over the last 10 years.

Methods: We retrospectively analyzed data of all subjects submitted to tracheal surgery in our center, between January 1, 2014 and December 31, 2023. The preoperative and postoperative data were retrospectively evaluated through the consultation of the clinical files and the computer registry system.

Results: We included 24 patients, mean age of 53 years (min 19; max 87), 54% being female. The most frequent indication for surgery was post-intubation tracheal stenosis (16, 67%) followed by tracheal laceration (6, 25%) and pleomorphic adenoma of the trachea (2, 8%). The mean operative time was 148 minutes (min: 80; max: 205). The mean number of tracheal rings resected was 3 (min: 2; max: 5). Postoperative complications included: vocal cord paralysis (3, 12.5%), surgical wound site infection (2, 8%), anastomotic dehiscence (1, 4%) and mediastinitis (1, 4%). Re-stenosis occurred in 1 patient who was treated with prosthesis placement via bronchoscopy and 1 patient required definitive tracheostomy due to vocal cord paresis. Median chin stitch duration and median length of stay was 10 and 15 days, respectively. In-hospital mortality was 8% (2 cases). Overall mortality during mean follow-up time (51 months) was 8% (2 cases).

Conclusions: Tracheal surgery seems a valid and safe technique in selected patients and can be performed safely with low morbidity and mortality, according to our center results.

Keywords: Tracheal surgery. Tracheal stenosis. Post-intubation stenosis. Tracheal laceration.

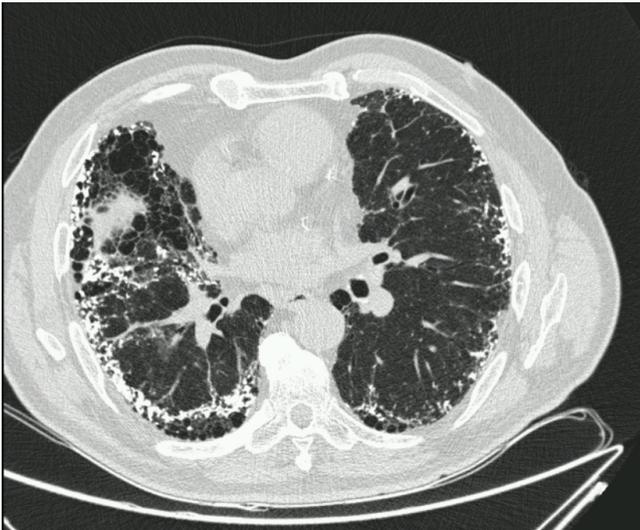
PO46. UM CASO DE OSSIFICAÇÃO PULMONAR EM DOENTE COM FPI

Nuno Barros Ferreira, Ana Castelo Grande, Ivone Gonçalves, Francisco Cadarso Vazquez, João Miguel F Santos

Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa.

Introdução: A calcificação distrófica é definida como a deposição de sais de cálcio em tecidos anormais. Embora vários órgãos possam ser afetados por este fenómeno, os pulmões são particularmente suscetíveis, podendo frequentemente surgir o fenómeno de ossificação pulmonar, sendo este comumente tido como um continuum da doença.

Caso clínico: Homem 73 anos enviado à consulta externa pelo IPO para despiste de pneumonite de hipersensibilidade/fibrose pulmonar idiopática. Como antecedentes destacam-se Neuroblastoma olfativo submetido a excisão cirúrgica, quimioterapia e radioterapia, DM2, HTA e tabagismo passado. Sem queixas respiratórias valorizáveis. Exposto a caturra no domicílio, sem outras de relevo. Realizou TC-Tórax com identificação bilateral dum aspecto reticulado do parênquima, caracterizada por áreas lucentes milimétricas de predomínio subpleural, que esboçam um aspecto em “favo de mel” sobretudo na metade superior de ambos campos pulmonares e mais à direita, a que se associam bronquiectasias de tracção, mais notórias no lobo médio, bem como múltiplas lesões nodulares infracentimétricas de densidade cálcica, algumas de aspecto confluyente. Em PET com captação ligeira a moderada de FDG em alterações fibróticas pulmonares e em gânglios mediastinoilares bilaterais, de provável etiologia inflamatória. Com ANCA positivo 1/320 - padrão P-ANCA atípico (X-ANCA). ANCA-PR3 e MPO negativos. Apresenta alteração ventilatória restritiva moderada e DLCO SB diminuída em pletismografia. Sem esclerodactilia, enfartes periungueais, espessamentos cutâneos ou artrite periférica. LBA com número de células normal, de distribuição: Linfócitos 7%, neutrófilos 3% e eosinófilos 8%, com 94% Linfócitos T CD3+ e 57% CD4+. Discutido em consulta de grupo e assumida Fibrose pulmonar idiopática, com instituição de antifibrótico.



Discussão: Este caso relata uma apresentação imagiológica exuberante de ossificação pulmonar dendriforme, consequência rara de fibrose pulmonar idiopática.

Palavras-chave: FPI. Ossificação. UIP.

PO47. MORE THAN MEETS THE EYE: UM DIAGNÓSTICO DE SARCOIDOSE, OU ALGO MAIS?

Filipe Modesto, David Noivo, Gisela Lage, Lígia Sofia Fernandes, Vânia Caldeira

Hospital São Bernardo.

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória multissistémica de etiologia desconhecida com presença histológica de granulomas não caseosos, sendo um diagnóstico de exclusão. Pode mimetizar ou coexistir com doenças do tecido conjuntivo (DTC), sendo a sua coexistência com esclerose sistémica rara.

Caso clínico: Homem, 69 anos, previamente soldador, ex-fumador de 60 UMA, com cardiopatia isquémica, síndrome de apneia obstrutiva do sono grave, etanolismo e diabetes mellitus 2. Encaminhado à consulta por tosse crónica e dispneia com 10 anos de evolução

(mMRC 3). Associado a estas queixas referia astenia, anorexia, pirose e disfagia para sólidos e líquidos com 1 ano. Exame objetivo com hipocratismo digital, telangiectasias, esclerodactilia, e ferroses subcrepitantes bibasais. Anticorpos antinucleares positivos (1:160, padrão mosqueado); microbiologia negativa; TC torácica com bolhas subpleurais nos andares superiores, espessamento septal inter- e intralobular, áreas em vidro despolido na língula e lobos inferiores, bronquiectasias de tração e adenopatias mediastínicas bilaterais. Provas de função respiratória inconclusivas por dificuldade na colaboração. Durante a investigação, dois episódios de enfarte agudo do miocárdio contraindicaram a suspensão de antiagregação e a realização de broncofibroscopia. Foi discutido em reunião multidisciplinar e assumiu-se o diagnóstico de pneumonia intersticial usual (UIP) provável, não-fibrose pulmonar idiopática (FPI) em contexto de síndrome CREST e proposto para nintedanib. Endoscopia digestiva alta com gastrite crónica e a biópsia gástrica com granulomas crónicos não necrotizantes. Após rediscussão, assumiu-se UIP não-FPI em contexto de sarcoidose com envolvimento pulmonar (estádio IV) e gástrico e doença intersticial associada ao tecido conjuntivo (CTD-ILD). Adicionou-se corticoterapia sistémica, como ponte para início de imunossupressão, com resposta clínica favorável.

Discussão: Com este caso, destaca-se a importância da deteção da sobreposição de sarcoidose e doenças autoimunes, partilhando características fisiopatológicas com as DTC, nomeadamente o aumento da imunidade humoral e diminuição da imunidade celular. O diagnóstico foi essencial para iniciar terapêutica dirigida, com impacto prognóstico.

Palavras-chave: Sarcoidose. Esclerose sistémica. Doença intersticial associada ao tecido conjuntivo.

PO48. NÓDULOS PULMONARES REUMATÓIDES CAVITADOS - UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Andreia Andrade, Catarina Cascais Costa, Vânia Fernandes, Carla Valente

ULS Região de Aveiro.

Introdução: A Artrite Reumatóide é uma doença sistémica que frequentemente apresenta manifestações pulmonares, decorrentes quer da própria doença, quer das terapêuticas instituídas. Os nódulos pulmonares reumatóides são raros, geralmente subpleurais ou justacissurais, com diâmetro variável. Podem, assim, apresentar vários centímetros de diâmetro, por vezes cavitando e mimetizando outras patologias.

Caso clínico: Mulher de 75 anos, não fumadora, referenciada a consulta de Pneumologia por hemoptises, tosse produtiva de expectoração purulenta, cansaço fácil e múltiplos nódulos pulmonares cavitados pericentriméticos, de predomínio subpleural inferior, com captação aumentada de FDG em PET. Antecedentes de artrite reumatóide seropositiva com 40 anos de evolução, sob tratamento com leflunamida e corticóide oral há 10 anos. Previamente ao tratamento imunossupressor, teria iniciado tratamento de tuberculose latente, que não completou por intolerância. Face à suspeita principal de patologia infecciosa, realizou broncoscopia flexível com lavado bronco-alveolar, com pesquisa de micobactérias, cultura de bactérias e fungos, e citologia para pesquisa de células neoplásicas, cujos resultados foram todos negativos. Manteve seguimento em consulta, e por persistência das queixas, associadas a perda ponderal, repetiu estudo endoscópico, novamente inconclusivo. Decidiu-se referenciar para biópsia pulmonar cirúrgica, cujo resultado foi compatível com inflamação inespecífica. Repetiu exame imagiológico de controlo após 1 ano, observando-se aumento do número e tamanho dos nódulos. O caso foi discutido em Reunião Multidisciplinar de Interstício Pulmonar em centro de referência, tendo-se estabelecido como mais provável o diagnóstico de nódulos pulmonares reumatóides. Foi proposta alteração para tratamento imunossu-

pressor com maior ação pulmonar, ainda não efetivada por infecção intra-articular com necessidade de internamento prolongado.

Discussão: Este caso destaca a dificuldade em alcançar um diagnóstico definitivo de nódulos pulmonares reumatóides, dado ser necessário excluir outras patologias, em particular vasculite, neoplasia e infecção. Realça também a importância de alcançar um diagnóstico precocemente, dado existir progressão da doença mesmo sob terapêutica imunossupressora, como demonstrado neste caso e já descrito na literatura.

Palavras-chave: Artrite reumatóide. Nódulos pulmonares múltiplos.

PO49. À TERCEIRA É DE VEZ: NEOPLASIA PULMONAR, DOENÇA PULMONAR DIFUSA OU AMBAS?

Helena Isabel Carvalho¹, Inês Rodrigues¹, Tiago Oliveira^{1,2}, Susana Guimarães³, Maria Inês Costa¹

¹Unidade Local de Saúde de Santo António. ²Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. ³Unidade Local de Saúde de São João.

Introdução: O adenocarcinoma é o subtipo histológico mais comum de cancro do pulmão. A confirmação patológica pós-cirúrgica é importante para determinar o estadiamento patológico, a necessidade de outras estratégias terapêuticas e a sobrevida dos doentes. A bronquiolite folicular (BF) é uma doença linfoproliferativa benigna das pequenas vias aéreas.

Caso clínico: Mulher de 77 anos, com antecedentes de SAOS, diagnosticada, através de biopsia pulmonar transtorácica de nódulo em vidro despolido, com adenocarcinoma do lobo inferior do pulmão direito (cT1bN0M0). Após estadiamento e discussão multidisciplinar, foi submetida a lobectomia por videotoracoscopia. A análise anatomopatológica inicial da peça cirúrgica mostrava aspetos morfológicos de tipo BF/pneumonia intersticial linfoide, porém, não se identificou neoplasia. Estes resultados foram surpreendentes, não só porque não confirmaram o diagnóstico esperado, mas sugeriam um diagnóstico de doença pulmonar difusa numa doente que não apresentava sintomas ou sinais desta, e cuja tomografia torácica não apresentava outras alterações. Neste contexto, colheu estudo de imunodeficiências, que foi negativo, e estudo auto-imune sumário sem alterações. Tendo em conta estes achados, foram efetuadas revisões da peça para melhor esclarecimento, a primeira das quais conduziu às mesmas conclusões (presença de BF e ausência de neoplasia) e a segunda levou finalmente à identificação de adenocarcinoma *in situ* (pTisN0R0), adenocarcinoma “*in situ*” minimamente invasivo (pT1miN0R0) e BF. Dado os achados incidentais de doença pulmonar difusa, a doente foi referenciada para a consulta de doenças difusas do pulmão para estudo etiológico, nomeadamente doença autoimune, cujos resultados mais completos se aguardam.

Discussão: Este caso destaca a necessidade imperativa de uma abordagem criteriosa no diagnóstico de condições pulmonares, especialmente em situações em que os resultados iniciais podem não refletir completamente a complexidade do quadro clínico. Neste caso, salienta-se a discrepância entre a radiologia e histologia.

Palavras-chave: Doença pulmonar difusa. Adenocarcinoma do pulmão. Bronquiolite folicular.

PO50. SÍNDROME BIRT-HOGG-DUBÉ: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Filipa Canedo, Inês Duarte, Carlos Figueiredo, Catarina Antunes, António Miguel

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

Introdução: As doenças pulmonares quísticas constituem um grupo heterogêneo de patologias caracterizadas radiologicamente pela

presença de quistos pulmonares. O diagnóstico diferencial inclui etiologias neoplásicas, infecciosas, inflamatórias e congénitas ou do desenvolvimento. A síndrome Birt-Hogg-Dubé (SBHD) é uma doença autossómica dominante causada por mutações no gene que codifica a foliulina (FLCN), localizado no cromossoma 17p11.2. É uma entidade rara e frequentemente subdiagnosticada. Clinicamente, caracteriza-se pela presença de fibrofoliomas cutâneos, quistos pulmonares e neoplasia renal.

Caso clínico: Homem, 55 anos, ex-fumador (carga tabágica 2UMA), antecedentes de pneumotórax traumático e hipertensão arterial essencial. Sem antecedentes familiares relevantes. Realizou TC torácica, que revelou múltiplas lesões quísticas com dimensão máxima de 2,5cm, com distribuição predominantemente nos dois terços inferiores dos campos pulmonares. Foi referenciado a consulta de Pneumologia para investigação etiológica. Negava dispneia, tosse, pieira, fadiga, febre ou dor torácica. Ao exame objetivo, destacava-se a presença de lesões cutâneas sugestivas de fibromas perifoliculares, na face, região cervical e axilar. Atendendo à elevada probabilidade de SBHD, corroborada em reunião multidisciplinar, efetuou teste genético. Foi identificada uma variante patogénica em heterozigotia no gene FLCN c.573_574delG (p.Lys192ArgfsTer31), confirmando o diagnóstico. Face à elevada incidência de neoplasias renais nesta patologia, realizou RMN renal, que demonstrou lesão nodular sólida com 6mm no rim esquerdo, de natureza indeterminada, que mantém sob vigilância em consulta de Urologia. Foi avaliado em consulta de Genética, com aconselhamento genético ao próprio e aos familiares.

Discussão: A SBHD é uma condição genética rara e subdiagnosticada, em parte devido à variabilidade na apresentação clínica. Os quistos pulmonares e o pneumotórax recidivante constituem frequentemente a forma de apresentação e única manifestação da doença. Por sua vez, os fibromas foliculares são a manifestação mais comum, afetando 82-92% dos doentes. O risco de neoplasia renal é cerca de sete vezes superior ao da população geral, pelo que o rastreio e deteção precoce são fundamentais.

Palavras-chave: Doenças pulmonares quísticas. Birt-Hogg-Dubé. Gene FLCN.

PO51. DOENÇA PULMONAR FIBRÓTICA SOB NINTEDANIB: A REALIDADE DO HOSPITAL DE BRAGA

Ana Rita Pedroso, Emanuel Costa, Rita Matos, Márcio Cunha Rodrigues, Eva Padrão, Joana Sousa-Neves

Hospital de Braga.

Objectivos: O Nintedanib é um fármaco aprovado para o tratamento de algumas doenças pulmonares fibróticas, de forma a atrasar a progressão das mesmas. **Objetivo:** caracterizar os doentes com doença pulmonar fibrótica sob Nintedanib.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo, analisando os processos clínicos de doentes com a patologia supracitada sob Nintedanib entre janeiro de 2015 e outubro de 2023, em seguimento no Hospital de Braga. Para a análise estatística, recorreu-se ao IBM SPSS Statistics®.

Resultados: Foram incluídos 58 doentes: 41 (70,7%) homens e 17 mulheres, com uma idade média de 71,98 anos. Relativamente à patologia que motivou o início do fármaco, 40 doentes tinham Fibrose Pulmonar Idiopática, 10 tinham Pneumonite de Hipersensibilidade e 8 tinham CTD-ILD. À data de início do fármaco, peso médio de 69,8 Kg, altura média de 161,3 cm, perfazendo uma média de índice de massa corporal de 26,5 Kg/m² e de área de superfície corporal de 103,1 m². Em relação aos estádios funcionais ad initio, média do estágio de acordo com National Jewish Health IPF de 1,6 (Md = 1), do índice de GAP de 4,5 (Md = 14,6), do score Du Bois de 23,8 (Md = 21) e estágio de acordo com o valor de FVC de 1,7 (Md = 2). Tendo em conta as provas funcionais respiratórias baseline, média do valor de FVC de 76,6% e de

DLCO de 43%. No que diz respeito ao tratamento com nintedanib, 24 (41,4%) doentes realizaram tratamento de forma continuada, 18 (31%) reduziram a dose por efeitos adversos e 16 (27,6%) suspenderam o tratamento. Os principais motivos de suspensão e/ou redução de dose foram: diarreia, náuseas, vômitos e hepatotoxicidade.

Conclusões: As características da população do hospital de Braga sob Nintedanib são concordantes com as descritas na literatura. Os efeitos adversos e motivos de redução de dose e/ou suspensão do fármaco estão igualmente em concordância.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Fibrótica. Nintedanib.

PO52. HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Raquel Borrego¹, Ricardo Carnevale², João Pereira⁴, Luis Morais², Hugo Moreira², Pedro Fidalgo², Patrícia Moniz^{2,3}, Carolina Paulino^{2,3}, David Nora^{2,3}, Bernardino Valério², Vitor Mendes², Pedro Póvoa^{2,3}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

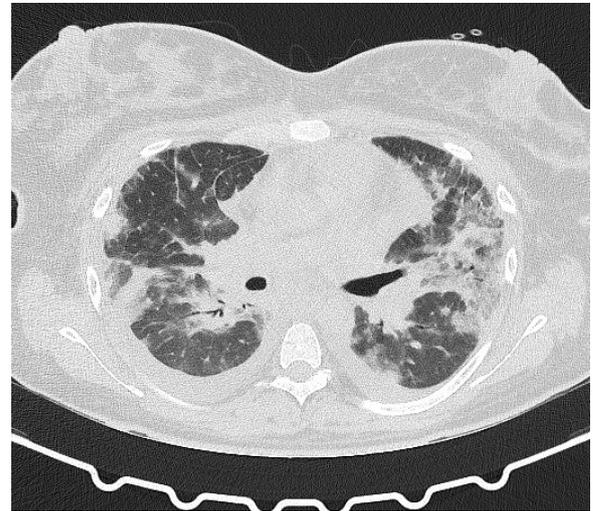
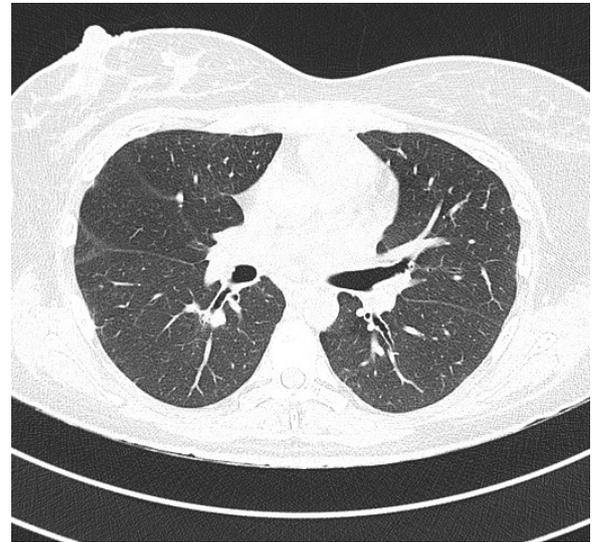
²Serviço de Medicina Intensiva, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. ³Faculdade de Ciência Médicas/Nova Medical School, Universidade Nova de Lisboa. ⁴Serviço de Medicina Intensiva, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Introdução: A granulomatose com poliangeite (granulomatose de Wegener), é uma vasculite granulomatosa de pequenos e médios vasos, multissistémica. A hemorragia alveolar difusa é uma forma de apresentação potencialmente letal, cujo diagnóstico precoce e terapêutica agressiva são fundamentais.

Caso clínico: Mulher de 24 anos, com antecedentes de asma e rinosinusite. Internada por dor abdominal e febre. Diagnosticada apendicite aguda sendo submetida a apendicectomia. Ao 3.º dia de internamento apresentou dificuldade respiratória, febre, tosse, expetoração hemoptóica, hipoxemia de agravamento progressivo e subida de parâmetros inflamatórios. Surgem hipotransparências difusas bilaterais na radiografia torácica. A tomografia computadorizada revelou extensas opacidades em vidro despolido e múltiplas consolidações bilaterais. Assumiu-se pneumonia nosocomial, ficando sob piperacilina-tazobactam, sendo admitida em UCI. Foi submetida a ventilação mecânica evoluindo em ARDS grave. Escalou antibioterapia para meropenem e vancomicina por colonização por ESBL e MRSA. A broncofibroscopia evidenciou apenas pequena hemorragia localizada atribuída a lesão traumática, sem outras alterações. Isolada *Lophomonas* spp no lavado-broncoalveolar, iniciando metronidazole. Sempre em agravamento clínico com PCR máxima de 43 mg/dL, VS máxima de 115 mm/1^h, parâmetros de citocolestase, função renal normal. Estudo imunológico revelando hipocomplementémia (C3 56 mg/dL, C4 3,1 mg/dL) e c-ANCA positivo com anti-PR3 389 UA/mL. Ao 8.º dia de internamento apresentou melenas abundantes, tendo a endoscopia digestiva alta revelado aspetos necróticos da mucosa gástrica e duodenal, com ulcerações sem sangramento ativo. Instituída corticoterapia (inicialmente com pulsos de metilprednisolona), ciclofosfamida e imunoglobulina IV, posteriormente com melhoria clínica e imagiológica, sendo extubada ao 10.º dia. Solicitada revisão da peça cirúrgica: “apendicite aguda granulomatosa, com granulomas necrotizantes, associada a vasculite de pequenos vasos, compatível com granulomatose com poliangeite”. À data a doente continua em remissão.

Discussão: A hemorragia alveolar difusa é uma causa rara de ARDS e quando presente tem de se excluir vasculites ANCA+. Sendo um desafio diagnóstico a precocidade deste é fundamental na sobrevivência dos doentes.

Palavras-chave: Granulomatose de Wegener. Hemorragia alveolar difusa. ARDS.



PO53. ATINGIMENTO PULMONAR COMO 1ª MANIFESTAÇÃO DE SÍNDROME ANTI-SINETASE: CASO CLÍNICO

André Veloso, Vanda Areias, Cláudia Guerreiro, Ulisses Brito, Célia Ribeiro

CHUA.

Introdução: A síndrome anti sintetase é uma doença auto-imune do grupo de miopatias inflamatórias, caracterizada pela presença de anticorpos anti-sintetase e uma constelação de manifestações clínicas incluindo febre, dermatomiosite-polimiosite, doença pulmonar intersticial, artrite e “mãos de mecânico”. A doença pulmonar intersticial associada pode ocorrer simultaneamente, antes ou após o desenvolvimento da dermatomiosite-polimiosite. A pneumonia organizativa é raramente reportada como manifestação inicial.

Caso clínico: Mulher, 53 anos com antecedentes de dislipidemia, rinite alérgica, história familiar de asma e artrite reumatóide. Doente apresenta quadro de dispneia com agravamento progressivo (mMRC 3), tosse seca, dor torácica pleurítica bilateral, febre com náuseas e diarreia associada, com 2 semanas de evolução. Apresenta também lesões aftosas, xerofthalmia, xerostomia, e astenia com mesmo tempo de evolução. Realiza Angio-TAC: identificada presença de densificação intersticial de predomínio basal bilateral, sem poupar zona subpleural, sem padrão de favo mel (sem densificações em vidro despolido) nem bronquiectasias. Realizado estudo auto-

-imune (negativo) e broncofibroscopia com lavado broncoalveolar. Com base no estudo realizado, admitida suspeita de pneumonia organizativa. Iniciou corticoterapia, com melhoria observada e alta clínica com referência para Reumatologia. Durante redução de corticoterapia inicia artralguas, edema e rigidez das mãos, posteriormente punhos, joelhos e pés. Observa-se de novo “mãos de mecânico”, associado a F. Raynaud, sem miosite, com estudo auto-imune alterado: ANA+ 1/640, Jo-1+. Realiza ciclofosfamida por agravamento funcional com indução de remissão do quadro. Assumido síndrome anti-sintetase com S. Sjögren secundário.

Conclusões: A doença pulmonar intersticial é encontrada em 60% dos doentes com síndrome anti-sintetase, sendo causa major de morbidade, por vezes sem miosite associada, como se observou neste caso. A presença de Anti-Jo-1 é associada a pior sobrevivência, resposta diminuída a corticoterapia e maior incidência de *flare-up* aquando diminuição da mesma. Deve-se realizar estudo auto-imune e rastrear este tipo de patologia em doentes com pneumonia organizativa ou outra doença intersticial sem etiologia associada.

Palavras-chave: *Pneumonia organizativa. Síndrome anti-sintetase. Anti Jo1.*

PO54. FIBROSE PULMONAR FAMILIAR. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Chantal Cortesão¹, Maria Joao Cavaco², Ines Farinha¹, Tiago Alfaro¹

¹Serviço de Pneumologia, ULS de Coimbra. ²Serviço de Pneumologia, Hospital de Torres-Vedras, Centro Hospitalar do Oeste.

Introdução: A fibrose pulmonar é a manifestação mais frequente das telomeropatias. Outras manifestações incluem a canície precoce, distrofia ungueal, cirrose hepática, manifestações hematológicas e aumento de risco neoplásico.

Caso clínico: Um homem de 49 anos foi referenciado à consulta de Pneumologia por alterações fibróticas pulmonares. Tratava-se de um doente com doença hepática crónica, em estudo para transplante hepático. Apresentava queixas de cansaço e dispneia para esforços moderados, baqueteamento digital e insuficiência respiratória hipoxémica, sob O₂ a 2L/min em repouso e até 6 L/min em esforço. Relatava tabagismo ativo e antecedente familiar de neoplasia pulmonar (uma irmã, não fumadora). A nível de estudo complementar destaca-se TC-AR com padrão reticular, espessamento dos septos interlobulares, alterações fibróticas subpleurais com bronquiolectasias de tração associadas, de predomínio nos lobos superiores, e

uma síndrome restritiva grave com diminuição grave da DLCO e agravamento progressivo desde 2020. O LBA apresentava celularidade normal. O estudo serológico e da autoimunidade eram negativos, bem como a pesquisa de trombofilias, a electroforese das proteínas séricas era normal e as mutações associadas a mielofibrose primária (JAK2, MPL e CALR) eram negativas. Foi discutido o caso em RMD e assumida fibrose pulmonar progressiva, com indicação para terapêutica antifibrótica, colocando-se a hipótese de fibrose pulmonar familiar. Foi feita avaliação das mutações dos telómeros, sendo identificada a variante TERT c.2911C>T, p. (Arg971Cys) em heterozigotia, uma variante provavelmente patogénica. Atualmente o doente já realizou o transplante hepático, aguarda início de anti-fibrótico e foi também já referenciado para avaliação pré-transplante pulmonar.

Discussão: A variante identificada neste doente tem baixa frequência alélica populacional, previamente associada a encurtamento do tamanho dos telómeros, fibrose pulmonar e cirrose hepática. O tratamento com anti-fibróticos está preconizado nos casos de fibrose pulmonar progressiva, mas o transplante de órgão é o único tratamento curativo nos doentes com telomeropatias.

Palavras-chave: *DPI. Telomeropatias. Fibrose pulmonar familiar.*

PO55. PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE COM APRESENTAÇÃO AGUDA. CASO CLÍNICO GRAVE COM RESTITIO AD INTEGRUM

Chantal Cortesão, Pedro Goncalo Ferreira

Serviço de Pneumologia, ULS de Coimbra.

Introdução: A pneumonite de hipersensibilidade é uma doença intersticial pulmonar complexa que ocorre quando indivíduos suscetíveis apresentam uma resposta imune exacerbada a antígenos inalados.

Caso clínico: Mulher de 25 anos, não fumadora, com pectus excavatum mas sem patologia respiratória previamente conhecida, recorreu ao SU com dispneia para pequenos esforços, com três semanas de evolução e agravamento progressivo, tosse não produtiva, palpitações, anorexia e perda ponderal. A tomografia computadorizada de alta resolução (TC-AR) mostrou um padrão sugestivo de pneumonite de hipersensibilidade não fibrótica, com micronodulação centrilobular de baixa densidade e limites indefinidos de distribuição profusa apico-caudal (fig. 1). Funcionalmente apresentava FVC de 39% e DLCO-SB de 20% do previsto. O LBA evidenciou uma contagem total de 1.280.000 céls/mL, com uma linfocitose de 85% e estudo microbiológico negativa. Apresentava IgG específicas com



Fig.1: Tomografia computadorizada de alta resolução da admissão.

Figura PO55 1

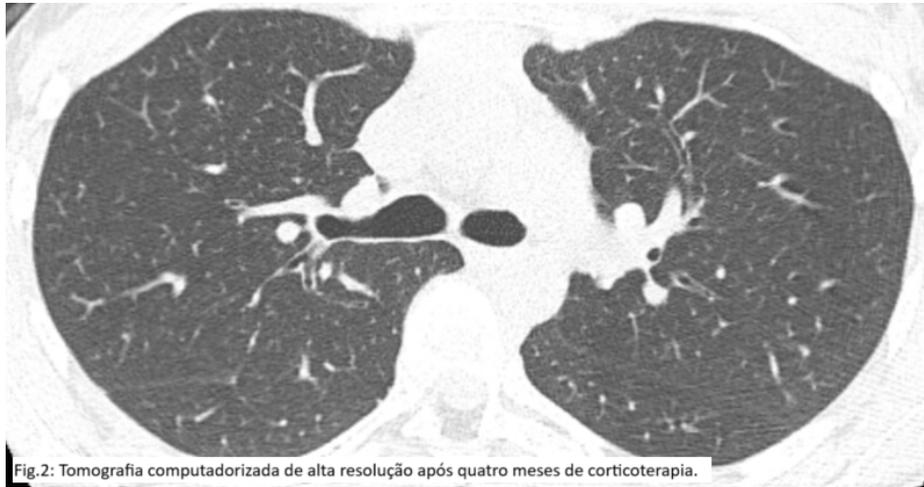


Figura PO55 2

títulos elevados a várias aves, para as quais relatava apenas exposição longínqua em criança, para além de elevação de IgGs para fungos filamentosos, identificando-se em anamnese admissível exposição factual relevante (casa recente e alugada onde habitou). O estudo da autoimunidade revelou-se normal. Foi assumida pneumonite de hipersensibilidade aguda a antigénios aviários ou fungos filamentosos. Dado o rebate funcional e a presença de insuficiência respiratória aguda hipoxémica, a doente foi tratada com três pulsos de 250 mg ev de metilprednisolona em internamento, comutados para curso regressivo lento de prednisolona 30 mg/dia e evicção da exposição a aves e fungos. Veio depois a demonstrar progressiva melhoria clínica, funcional e imagiológica (fig. 2), tendo mantido remissão clínica total da doença mesmo após suspensão da terapêutica imunomoduladora ao fim de 16 meses.

Discussão: Apresentamos um caso de pneumonite de hipersensibilidade não fibrótica de apresentação aguda após provável exposição maciça indoor a fungos, com grave repercussão imagiológica e funcional. Este caso ilustra o potencial de remissão completa das formas de apresentação aguda e não fibróticas da pneumonite de hipersensibilidade.

Palavras-chave: DPI. Pneumonite de hipersensibilidade.

PO56. SARCOIDOSE INTRATORÁCICA: A RELAÇÃO ENTRE O VOLUME RESIDUAL E A IMAGIOLOGIA

Gonçalo Portugal¹, Bruno Von Amann², Santiago Bolívar³, Joan Maña³, Maria Molina-Molina³, Vanesa Vicens-Zygmunt³

¹Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. ²Hospital das Forças Armadas, Pólo de Lisboa. ³Hospital Universitário de Bellvitge, Barcelona.

Objectivos: Com base em uma coorte de doentes com o diagnóstico de sarcoidose intratorácica (SI), observa-se que, em alguns casos, apenas o volume residual (VR) foi afetado nas provas de função respiratória. Assim, os autores tiveram como objetivo investigar a possível relação entre o VR e o padrão radiológico no diagnóstico da IS.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo dos doentes com SI acompanhados durante 10 anos no nosso Serviço. Os achados das PFR e de TC de tórax ao diagnóstico foram comparados por forma a estabelecer relações entre as alterações entre ambos os meios complementares de diagnóstico.

Resultados: Um total de 113 doentes foram recrutados. 50,4% dos doentes apresentaram um padrão de TC nodular, 11,5% um padrão de vidro despolido e 7,96% um padrão fibrótico. 72 doentes (64,9%)

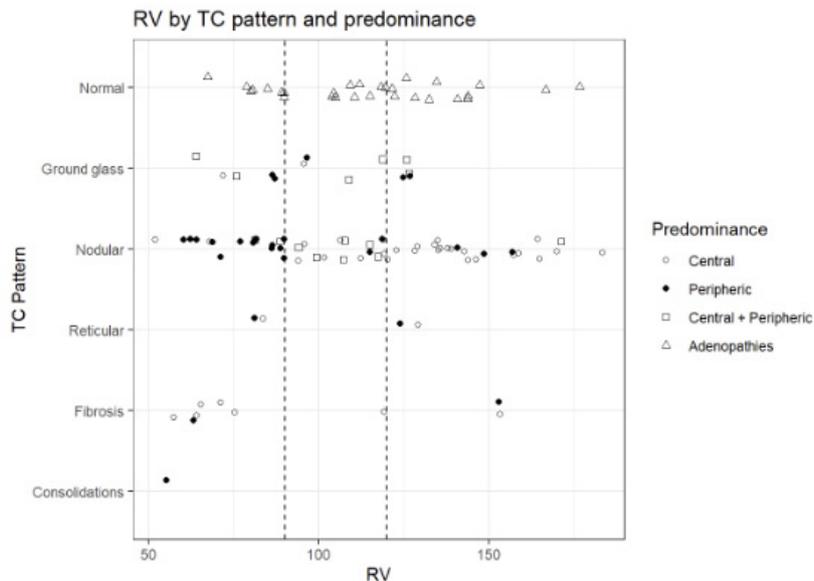


Figura PO56 1

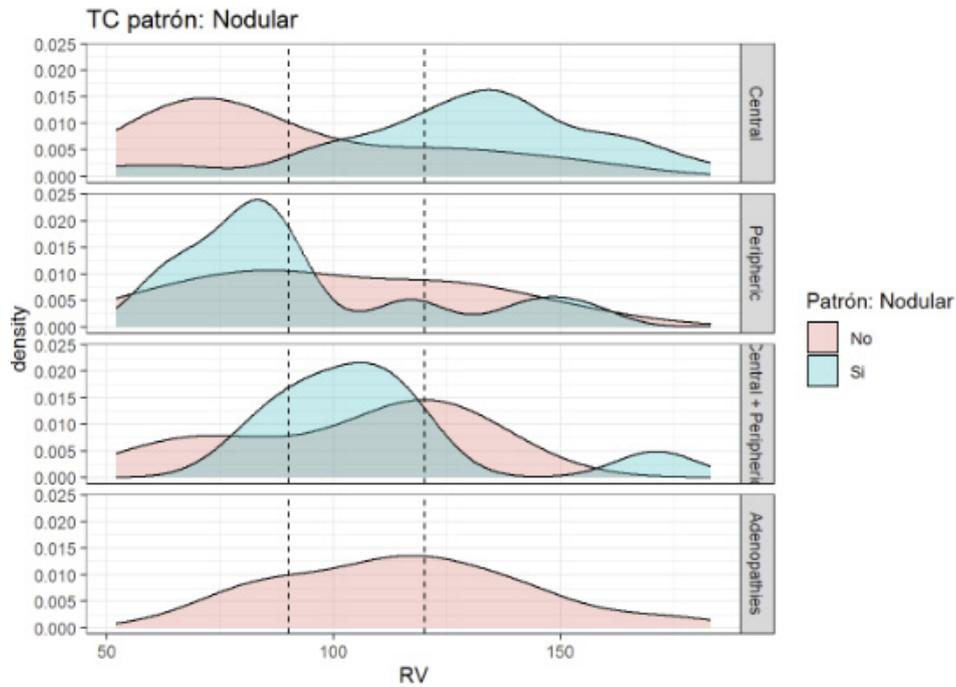


Figura PO56 2

não apresentaram alterações em TLC e FVC, e 38 (34,2%) apresentaram apenas alterações no VR. Em doentes com padrão nodular e função pulmonar normal ($n = 17$), a medição de VR foi diferente entre aqueles com afetação predominantemente central e periférica. Para o grupo sem envolvimento funcional pulmonar, com $W = 42$ e $p = 0,02$, a hipótese de igualdade pode ser rejeitada, sugerindo que a mediana de VR em casos com predominância periférica, 81,4 (66,97; 85,1), não é igual à daqueles com predominância central, 112,6 (95,43; 122,47).

Em suma, entre doentes com padrão nodular e predomínio central, 67,9% dos casos apresentavam valores de VR superiores a 120; enquanto os doentes com padrão nodular e predomínio periférico, 75% dos casos apresentavam valores de VR inferiores a 90.

Conclusões: Os resultados destacam a importância do uso do VR como fator adicional que pode elevar o índice de suspeição de Sarcoidose. O tipo de afecção parenquimatosa e a sua distribuição no pulmão parecem prever o tipo de alteração funcional pulmonar (restrição ou obstrução com *air trapping*).

Palavras-chave: Sarcoidose. Volume residual. Padrão de TC.

PO57. CASO CLÍNICO DE TERATOMA DO MEDIASTINO

Ana Raquel Barreira, Carlos Lopes Figueiredo,
Carlos Seguro Carvalho, Inês Torres, Carolina Jardim

Centro Hospitalar de Lisboa Central-Hospital de Santa Marta.

Introdução: Os tumores de células germinativas que se desenvolvem numa localização anatômica extra-gonadal são raros e afetam mais frequentemente o mediastino. Estes tumores podem classificar-se em seminomas ou não seminomas. Estes últimos, por sua vez, dividem-se em tumores benignos (teratomas maduros) e malignos (teratoma imaturo). O prognóstico destas condições é heterogêneo dependendo da histologia e doseamentos séricos dos marcadores tumorais.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 40 anos, natural do Nepal, sem antecedentes pessoais referidos relevantes. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor torácica direita do tipo pleurítica com cerca de 2 meses de evolução, de agravamento

progressivo e refratária à terapêutica analgésica, com concomitante perda ponderal. Encontrava-se eupneico em ar ambiente e sem alterações à auscultação pulmonar e cardíaca. Analiticamente sem alterações de relevo. Foi realizada radiografia torácica que apresentou uma hipotransparência arredondada ao nível do mediastino anterior, que motivou posterior TC-torácica que confirmou a presença de massa com $54 \times 49 \times 47$ mm de contornos mal definidos e com áreas centrais de provável necrose. Prosseguiu-se com a realização de biópsia transtorácica que foi sugestiva de teratoma maduro (contendo tecido fibroso com revestimento por epitélio pavimentoso estratificado, com células sebáceas, a par de revestimento simples colunar ciliado de tipo respiratório). Os doseamentos séricos de beta hCG e de alfa-fetoproteína foram negativos. A ecografia escrotal não revelou alterações. Foi proposta intervenção cirúrgica para tratamento definitivo.



Radiografia de tórax.



TC torácica.

Discussão: Pretendemos com este caso destacar um tipo de tumor do mediastino pouco frequente, mas relevante sobretudo pelo diagnóstico diferencial com outras patologias, nomeadamente tuberculose pulmonar, neoplasia da tiróide e linfoma, face à diferença marcada de abordagem e tratamento destas condições. Ao contrário do prognóstico menos favorável dos tumores não seminomas do mediastino, o teratoma maduro habitualmente apresenta um bom prognóstico após resseção cirúrgica completa.

Palavras-chave: Tumor de células germinativas. Teratoma. Mediastino.

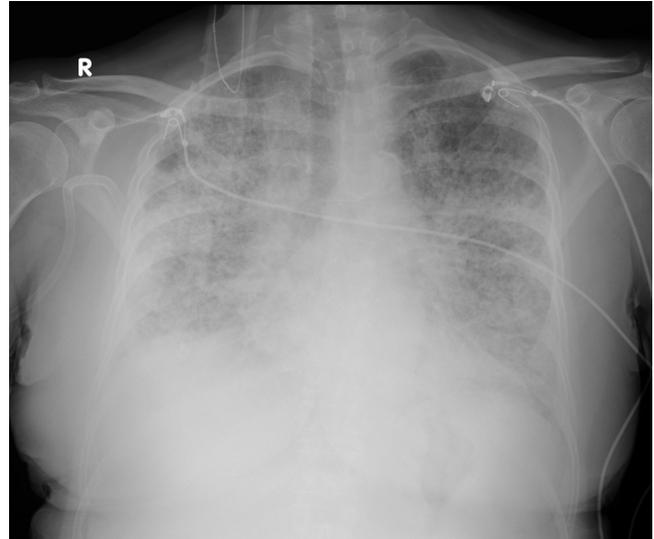
PO58. UM CASO COMPLEXO DE UMA NEOPLASIA DO UROTÉLIO PLURIMETASTAZADA

Patrícia Trindade¹, Inês Marques Macedo¹, Joana Simões¹, Sofia Pinto¹, Diana Organista¹, Miguel Guia^{1,2}, Mónica Pereira², Rita Macedo¹, Ana Cristina Mendes¹, Paula Pinto^{1,2}, Cristina Bárbara^{1,2}

¹Departamento de Tórax, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. ²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISAMB.

Caso clínico: Mulher de 68 anos, parcialmente dependente, com neoplasia do urotélio diagnosticada em 2021 submetida a resseção cirúrgica e quimioradioterapia adjuvantes, sob enfortumab-vedotina (3^a linha terapêutica, último ciclo 72 h pré internamento) por progressão com metastização ganglionar, linfangite carcinomatosa e pulmonar, sob OLD. Recorreu ao SU em maio de 2023 apresentando febre, tosse produtiva e agravamento da insuficiência respiratória crónica (sob FiO₂ 60%). Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios e radiologicamente apresentava heterogeneidade dispersa do parênquima pulmonar, lesões sólidas pulmonares e linfangite carcinomatosa. Admitida na Pneumologia por provável pneumonia do imunossuprimido com necessidade de ONAF, iniciou antibioterapia de largo espectro e antifúngico, com melhoria clínica e laboratorial e teve alta em D20. Em ambulatório, realizou novo ciclo de quimioterapia (QT) e 5 dias depois reinicia quadro semelhante, motivando internamento com os mesmos achados clínicos e analíticos. Realizou novo ciclo de antibioterapia (nunca houve isolamento de agente infeccioso), corticoterapia, ONAF mas assistiu-se a um agravamento progressivo da insuficiência respiratória acabando por falecer no internamento. O caso foi dis-

cutido multidisciplinarmente, tendo sido colocada a hipótese de toxicidade pulmonar ao enfortumab (apoiada na relação temporal, descrições na literatura e melhoria inicial com corticoterapia), bem como uma possível sincronia de tumores pulmonares apoiada pela ausência de resposta à QT de uma lesão pulmonar (sem estabilidade clínica que permitisse biopsar a lesão), ou ainda a progressão da linfangite carcinomatosa, todas com contribuição no desfecho desfavorável.



Discussão: Este caso pauta pela complexidade diagnóstica e terapêutica de uma doente com múltiplos fatores de doença pulmonar e, dada a ausência de possibilidade de realização de exames invasivos, a imagiologia teve um papel fulcral na gestão da doente, reforçando a importância da multidisciplinaridade da medicina atual.

Palavras-chave: Multidisciplinaridade. Neoplasia urotélio metastizada. Toxicidade pulmonar.

PO59. TUMOR BENIGNO DO PULMÃO - UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM.

Inês Filipa Silva, Rita Rodrigues, Sofia Salgueira, Ana Isabel Loureiro

ULS Trás-os-Montes e Alto Douro.

Introdução: Os hamartomas pulmonares são o tumor benigno do pulmão mais frequente (77%). São frequentemente assintomáticos, sendo diagnosticado através de achados imagiológicos acidentais. Quanto à localização, a maioria dos casos (90%) são periféricos sendo a localização endobrônquica uma raridade.

Caso clínico: Homem de 73 anos, ex-fumador, sem antecedentes de relevo. Na sequência de quadro de tosse seca persistente realizou radiografia torácica que não mostrou alterações. Por persistência do quadro fez TC torácica que evidenciou um nódulo pulmonar de 20 × 19 mm na face mediastínica do segmento superior do lobo inferior direito com extensão central e obstrução total do brônquio subsegmentar medial correspondente. Encaminhado para a consulta de Pneumologia, onde apresentava apenas tosse seca irritativa, sem alterações auscultatórias. Negava sintomas constitucionais ou febre. Prosseguiu-se o estudo com a realização de broncofibroscopia que detetou lesão vegetativa, pediculada, no segmento medial do B6, tendo sido realizado biópsias. O exame histológico mostrou “retalho de tecido cartilágneo hialino sem alterações morfológicas e retalhos de mucosa brônquica, todos de epitélio respiratório sem atipia, pontualmente com metaplasia escamosa e de córion subjacente com edema, congestão vascular e leve infiltrado inflamatório polimorfo”. Realizou 2^a broncofibroscopia com anestesia para co-

lheita de mais fragmentos e o resultado histológico foi similar. Para melhor esclarecimento da situação realizou PET- CT sendo de salientar lesão nodular sólida, contornos irregulares, no segmento superior do lobo inferior direito, paramediastínica, 19 × 19 mm, SUV máx de 2,3, sugestiva de malignidade. As provas funcionais eram normais pelo que se discutiu o caso com a Cirurgia Torácica, tendo sido realizada lobectomia inferior direita. A análise histológica mostrou tratar-se de hamartoma condroide endobrônquico.

Discussão: Este caso retrata uma causa rara de lesão endobrônquica e realça a importância do estudo da tosse crônica, assim como da complexidade da sua abordagem diagnóstica.

Palavras-chave: Tumor benigno. Tosse crônica. Hamartoma condroide endobrônquico.

PO60. EXACERBAÇÃO DE PSORÍASE MEDIADA POR PEMBROLIZUMAB EM DOENTE COM DOENÇA PSORIÁTICA EM REMISSÃO HÁ 40 ANOS

Ana Sofia Vilariça, Paula Alves, Inês Marques Macedo

Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: O pembrolizumab é um anticorpo monoclonal pertencente à família dos inibidores dos checkpoint imunitários, cujo alvo é a programmed cell death protein-1 (PD-1). É um dos fármacos

usados em primeira linha no adenocarcinoma do pulmão em estadio avançado. Com a introdução deste grupo de fármacos também uma panóplia de efeitos adversos imuno-relacionados surgiram, sendo os cutâneos os mais prevalentes. São raros os casos descritos de exacerbação psoriática.

Caso clínico: Mulher, 79 anos, autónoma, ex-fumadora desde 1985 (22 UMA), com história pessoal relevante de diagnóstico de psoríase há 40 anos mas em remissão completa e não medicada desde então. Diagnosticada em julho de 2022 com um adenocarcinoma do pulmão estadio IIIc, PD-L1 70-80% e com mutação G13C do KRAS sem terapêutica dirigida disponível. Foi assumida doença avançada e a doente iniciou pembrolizumab em primeira linha. Após o terceiro ciclo de imunoterapia iniciou quadro de toxidermia cutânea grau 3 do CTCAE, com padrão psoriasiforme palmo-plantar e dos antebraços, associado a hiperqueratose e descamação, confirmado como psoríase pela Dermatologia. Foi protelado o ciclo seguinte de imunoterapia e a doente foi medicada com tratamento tópico, corticoterapia oral com esquema de desmame e acitretina. A reavaliação imagiológica objetivou doença estável e a doente melhorou clinicamente, tendo retomado a imunoterapia. Contudo, após a reintrodução do pembrolizumab, verificaram-se períodos de agravamento cutâneo com extensão das lesões para o tronco e necessidade de retomar acitretina, prolongar a corticoterapia e protelar o novo ciclo de imunoterapia.

Discussão: Os agentes anti-PD1 são fator de risco para a exacerbação de psoríase. A manutenção da imunoterapia com este fármaco



Figura PO60

parece dificultar a resolução do episódio de exacerbação psoriático, mesmo quando a doença já se encontra sob tratamento apropriado.

Palavras-chave: Pembrolizumab. Anti-PD1. Psoríase. Exacerbação.

PO61. POSSÍVEL METASTIZAÇÃO TARDIA DE LEIOMIOSSARCOMA DO ANTEBRAÇO COM COMPLICAÇÕES PULMONARES

Diogo Mendonça, Joana Arana Ribeiro, Marcos Oliveira, Gonçalo Samouco, Alcina Vicente Tavares, Luís Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: Leiomiossarcoma é um subtipo de sarcoma de tecidos moles, raro e agressivo, que surge mais frequentemente no abdómen, retroperitônio, grandes vasos e útero, podendo também aparecer nas extremidades. Tem tendência para causar complicações locais por efeito de massa e disseminar à distância precocemente por via hematogénica para os pulmões, fígado, peritônio ou ossos, tendo nesta situação um prognóstico nefasto.

Caso clínico: Mulher, 66 anos, autónoma, não fumadora, reformada (previamente operária fabril), antecedentes de ressecção de leiomiossarcoma do antebraço direito em 2007. Recorre ao SU por hemoptises de pequeno volume, tosse e cansaço. Auscultação pulmonar com MV diminuído à esquerda, restante exame objetivo sem alterações. Rx tórax: massa para-hilar esquerda e atelectasia do LSE. TC tórax: interrupção abrupta do brônquio principal esquerdo com imagem endoluminal, atelectasia do LSE e nódulo na glândula suprarrenal esquerda. Broncofibroscopia: lesão oclusiva com mucosa irregular e necrose (aspirado brônquico - citologia sugere atipia; escovado brônquico - citologia normal; biópsia brônquica - necrose e raras células com atipia). Análises, ecocardiograma, pletismografia, DLCO e RM-CE sem alterações relevantes. PET-CT: volumosa lesão pulmonar hipermetabólica e possíveis metástases pleural costal, subcutânea para-esternal e adrenal esquerdas e na coxa direita. Realizada fotocoagulação a laser e remoção mecânica da lesão pulmonar por broncoscopia rígida (histologia - leiomiossarcoma). Biópsias de nódulos subcutâneo e adrenal: leiomiossarcoma e provável feocromocitoma, respetivamente. Mantém seguimento em Oncologia Médica e Endocrinologia.

Conclusões: Perante leiomiossarcoma localizado pode-se atingir a cura através de ressecção cirúrgica com margens negativas, contudo 40% dos casos terão recorrência local ou à distância. Doença metastática é considerada incurável, sendo o tratamento paliativo. Neste caso clínico não podemos garantir que os nódulos identificados sejam recorrências do leiomiossarcoma do antebraço direito, por não estar disponível peça de 2007 para comparação anátomo-patológica, contudo, apesar de raros, há casos descritos de metastização após longos períodos livres de doença, sendo os pulmões os locais preferenciais.

Palavras-chave: Leiomiossarcoma. Metastização tardia. Atelectasia.

PO62. LUNGS ON FIRE: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Beatriz Cêrca, Maria Alvarenga Santos, Francisco Neri, Sofia Campos Silva, Filipa Todo Bom

Hospital de Loures.

Introdução: A aspiração acidental de hidrocarbonetos em artistas de pirofagia é rara, mas pode causar uma pneumonia lipóide. Os sintomas mais comuns são tosse, toracalgia pleurítica, dispneia e febre, e surgem, habitualmente, nas 12 horas após aspiração.

Caso clínico: Apresentam-se dois casos de artistas circenses de 21 e 24 anos que recorreram ao SU por febre, tosse produtiva, odino-

fagia e toracalgia com instalação 24 e 12 horas, respetivamente, após a aspiração de hidrocarbonetos durante espetáculo de pirofagia. Analiticamente apresentavam elevação dos parâmetros inflamatórios e TC-tórax com consolidação no lobo médio (LM) no caso 1 e bilateral com focos em vidro despolido no lobo médio e ambos os lobos inferiores no caso 2, com broncofibroscopia com sinais inflamatórios nestes locais e sem isolamentos microbiológicos. No caso 1, realizaram-se biópsias com saída de conteúdo hemato-purulento. Neste caso, apesar da antibioterapia com piperacilina-tazobactam, o doente evoluiu desfavoravelmente para abscesso pulmonar com necessidade de realizar lobectomia média (histologia compatível com pneumonia lipóide). No caso 2, o doente evoluiu favoravelmente sob antibioterapia com amoxicilina-ácido clavulânico e corticoterapia sistémica. Após a alta, o 1º doente encontrava-se assintomático, mantendo alterações cicatriciais pós-cirúrgicas na TC-tórax. O 2º doente estava assintomático e com resolução imagiológica completa.

Discussão: Após aspiração de hidrocarbonetos, a gravidade da apresentação clínica depende da quantidade de líquido aspirada, que nestes casos era desconhecida. Na TC-tórax é comum observar opacidades em vidro despolido e consolidações, localizadas frequentemente no LM ou lobos inferiores. A complicação mais frequente é a sobreinfecção bacteriana. Não existe consenso acerca da abordagem terapêutica, estando recomendada antibioterapia na suspeição de sobreinfecção bacteriana e havendo controvérsia relativamente à corticoterapia. A evolução clínica destes casos é concordante com o descrito na literatura, salientando-se a importância de uma história clínica completa, incluindo a história ocupacional. A vigilância clínica apertada torna-se essencial na identificação precoce de complicações com eventual indicação cirúrgica.

Palavras-chave: Pneumonia. Aspiração de hidrocarbonetos. Pirofagia.

PO63. HEMORRAGIA PULMONAR DE PRESSÃO NEGATIVA: UMA COMPLICAÇÃO RARA DA ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Joana Marques Simões^{1,2}, Raquel Silva^{1,2}, Diana Organista^{1,2}, Miguel Guia^{1,2,3}, Rita Macedo^{1,2}, Ana Cristina Mendes^{1,2}, Paula Pinto^{1,2,3}, Cristina Bárbara^{1,2,3}

¹Serviço de Pneumologia. ²Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. ³Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISAMB.

Introdução: A hemorragia pulmonar é uma condição potencialmente fatal associada a múltiplas causas, nomeadamente infeções, coagulopatias, doenças autoimunes, fármacos e trauma.

Caso clínico: Mulher, 35 anos, submetida eletivamente a quistectomia paraovárica direita por via laparoscópica sob anestesia geral balanceada. Após suspensão de desflurano ocorre episódio de desaturação periférica após mordedura do tubo orotraqueal (TOT), pelo que se procedeu a re-sedação com propofol. À extubação orotraqueal observa-se conteúdo hemático no interior do TOT. Seguidamente, inicia quadro agudo de dessaturação periférica e tosse incoercível associada a hemoptises moderadas, sem repercussão hemodinâmica, com necessidade de aspiração orotraqueal constante. Iniciado oxigenoterapia, ácido tranexâmico e corticoide endovenosos. Nasofibroscopia: sem evidência de ponto hemorrágico. AngioTC tórax: infiltrado centrolobular/peribroncovascular bilateral difuso em vidro despolido, sem tromboembolismo pulmonar. Após abordagem inicial houve resolução da insuficiência respiratória e hemoptises. Foi internada no Serviço de Pneumologia para estudo etiológico e vigilância. Videobroncofibroscopia: múltiplas sufosões hemorrágicas da mucosa subglótica sem hemorragia ativa; LBA hemático (eritrócitos 34.327/uL). Analiticamente: anemia crónica estável, sem elevação de parâmetros inflamatórios, coagulação normal, estudo de autoimunidade e serologias virais negativos. Virus respiratórios no exsudado nasofaríngeo e exame microbiológico do LBA negativos. Admitiu-se hemorragia pulmonar de pressão

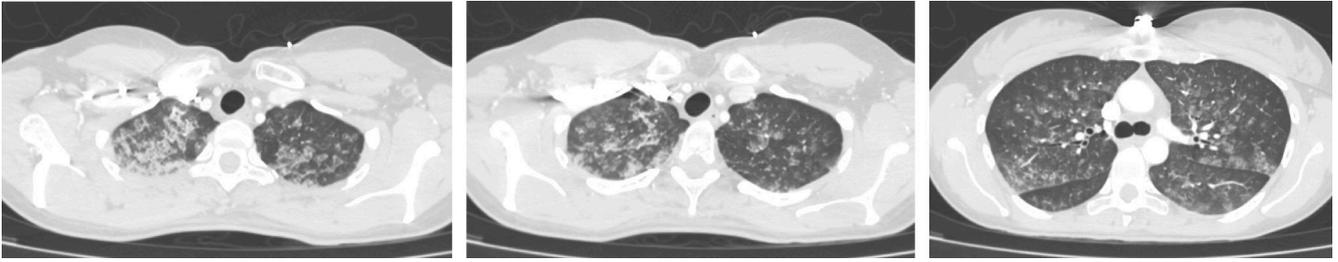


Figura PO63 1. TC torácica realizada no internamento.

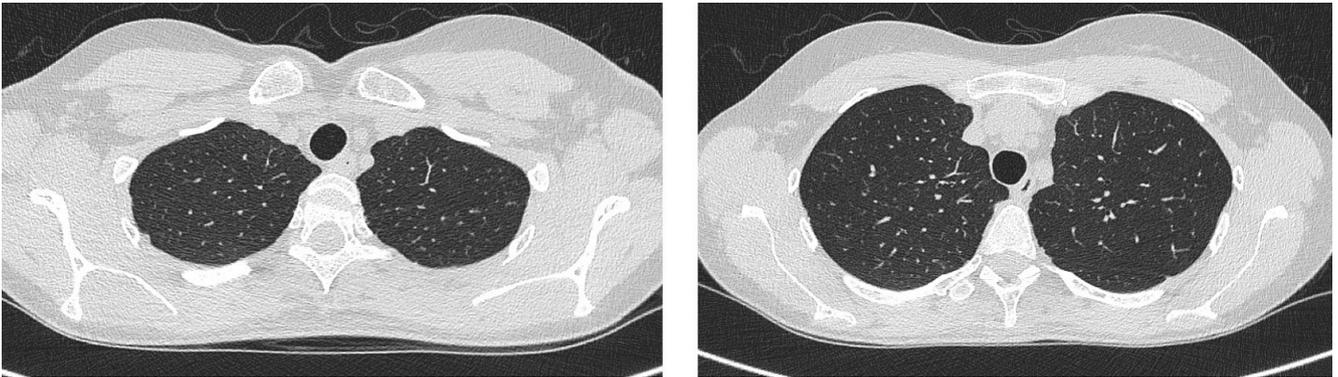


Figura PO63 2. TC torácica um mês após alta hospitalar.

negativa como complicação do procedimento anestésico. Durante o internamento a doente permaneceu hemodinâmica e clinicamente estável, sem necessidade de suporte cardiorrespiratório. Um mês após alta hospitalar foi realizada TC torácica com resolução completa dos infiltrados pulmonares.

Discussão: A hemorragia pulmonar de pressão negativa representa uma complicação rara da entubação orotraqueal. Surge após obstrução aguda das vias aéreas superiores, que gera uma pressão intratorácica negativa e aumento da pressão hidrostática capilar pulmonar, com conseqüente disrupção da membrana-alvéolo capilar. A mordedura do TOT durante a cirurgia ocorre devido à redução do efeito anestésico, representando a causa da obstrução da via aérea. Torna-se fundamental reconhecer os riscos anestésicos, por forma a evitar complicações e atuar de forma célere.

Palavras-chave: Hemorragia pulmonar. Entubação orotraqueal. Hemoptises.

PO64. UM CASO RARO DE DISFONIA NUM JOVEM ADULTO

Vera Figueiredo, Catarina La Cueva Couto, Marisa Anciães, Fernando Rodrigues

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: Sarcoidose é uma doença granulomatosa inflamatória sistêmica que envolve maioritariamente os gânglios linfáticos torácicos e os pulmões, sendo infrequente, mas clinicamente relevante a afeção das vias aéreas superiores.

Caso clínico: Homem de 48 anos, natural do Brasil. Sem antecedentes relevantes, não fumador. Em 2012, iniciou quadro de disфония, odinofagia, dispneia e pieira. À auscultação pulmonar, com sibilância. Nos exames de imagem, apresentava lesões infiltrativas e espessamento da orofaringe, epiglote e fibrose intensa com sinéquia do cavum e obliteração da nasofaringe. Por isso, foi internado eletivamente para realização de traqueostomia. Anatomopatologicamente com infiltrado inflamatório e granulomas tipo sarcóide. Analiticamente, ECA elevada 95 U/L. Admitiu-se Sarcoidose do trato respiratório su-

perior e iniciou corticoterapia, com melhoria clínica e posterior remoção da traqueostomia. Em 2022, por quadro de estridor e dispneia, foi internado, comprovando-se agravamento endoscópico da sarcoidose laríngea. Iniciou novamente corticoterapia e terapêutica com metotrexato, com melhoria sintomática e gasimétrica. Em 2023, de novo internado por quadro de dispneia e exaustão respiratória com hipoxemia grave, a condicionar entubação endotraqueal e ventilação invasiva. Objetivou-se obstrução da via aérea por granulomas, motivando nova traqueostomia. Dado extensão da doença, realizou pulsos de metilprednisolona, tendo alta traqueostomizado com esquema de desmame de prednisolona e início de terapêutica imunossupressora com infliximab. Mais tarde, por queixas de febre vespertina, realizou TAC tórax para exclusão de tuberculose, revelando apenas achados de natureza inflamatória. Realizou videobroncofibroscopia com progressão de sarcoidose traqueal e endobrônquica. A PCR do lavado broncoalveolar para *Mycobacterium tuberculosis* foi negativa, contudo positiva para CMV. Assumiu-se Pneumonite a CMV e iniciou terapêutica com valganciclovir, suspendendo infliximab.

Discussão: Este caso retrata um desafio terapêutico, num doente com sarcoidose grave do trato respiratório superior, com necessidade de traqueostomia life saving e refratária a terapêutica com corticóide e metotrexato, complicada de infeção por agente oportunístico após troca para Infliximab.

Palavras-chave: Sarcoidose. Disфония.

PO65. ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA E PATOLOGIA RESPIRATÓRIA PRÉVIA - O QUE ESPERAR?

Maria João Lúcio¹, Margarida Redondo², Joana Borges², Filipa Carriço², Tiago Pinto², Miguel Gonçalves², Marta Drummond²

¹Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. ²Centro de Responsabilidade Integrado Sono e VNI-Centro Hospitalar São João.

Objectivos: Avaliar a influência da patologia respiratória na evolução da doença e prognóstico dos doentes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).

Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo, entre 2021 e 2023, onde se incluíram todos os doentes com ELA avaliados em consulta de Pneumologia de Doenças Neuromusculares neste período. Foram analisados dados relativos ao diagnóstico e evolução da doença dos doentes com ELA e patologia respiratória.

Resultados: Foram incluídos 69 doentes, com uma média de idade ao diagnóstico de 59 anos [20;85]. 24,6% dos doentes apresentavam patologia respiratória nos antecedentes pessoais - 10% DPOC, 10% asma brônquica, 2% tuberculose pulmonar, 1,4% polipose nasal, 1,4% fibrose quística (sob kaftrio), 1,4% com patologia intersticial e 1,4% síndrome do lobo médio. Estes doentes apresentavam, ao diagnóstico, maior compromisso da função respiratória, com diminuição significativa dos valores das pressões máximas inspiratória (PIM) e expiratória (PEM) ($p < 0,05$) e não significativa do FEV1 e CVF ($p > 0,05$). Observou-se uma implementação mais precoce de ventilação mecânica não invasiva (VMNI) nestes doentes (6,9 vs. 17,7 meses após o diagnóstico, $p < 0,05$), assim como de *cough assist* (6 vs. 39 meses após o diagnóstico, $p < 0,05$). A média de sobrevivência nos doentes com patologia respiratória prévia é significativamente inferior, comparando com os doentes com ELA sem patologia respiratória (31,25 vs. 48 meses, $p < 0,05$) (fig.).

	Patologia Respiratória	Sem Patologia Respiratória
Idade ao diagnóstico (anos)	59	59
FEV1 (%)	64,54±16,7 $p > 0,05$	89,95±20,2
CVF (%)	68,3±21,4 $p > 0,05$	88,13±20,31
PIM, cmH2O	61,8 $p < 0,05$	74,60
PEM, cmH2O	73,98 $p < 0,05$	85,49
Implementação VNI após o diagnóstico (meses)	6,9 $p < 0,05$	17,7
Início VNI de forma agudo	5,8%	7,7%
IPAP, cmH2O	16,59±3,79	15,67±2,42
EPAP, cmH2O	6,12±1,96	5,86±1,39
IAH	17,47	14,06
Tempo até início do <i>cough assist</i> (meses)	6 [0; 27] $p < 0,05$	39 [1; 242]
Morte (%)	23,53	28,85
Média sobrevivência (meses)	31,25 [4; 73] $p < 0,05$	48 [10; 149]

Figura 1 – Doentes com ELA com e sem patologia respiratória

Conclusões: Os dados demonstram que estes doentes apresentaram maior compromisso da função respiratória, apresentando PIM e PEM significativamente diminuídas. A VMNI e o *cough assist* foram implementados mais precocemente, e com necessidade de pressões mais elevadas. Verificou-se também que estes doentes tiveram, em média, uma sobrevida mais curta. Neste grupo de doentes com ELA, a existência prévia de patologia respiratória teve um impacto negativo na evolução da doença neuromuscular.

Palavras-chave: Esclerose lateral amiotrófica. Patologia respiratória. Ventilação mecânica não invasiva.

PO66. OSSIFICAÇÃO PULMONAR NODULAR: DIAGNÓSTICO E GESTÃO MULTIDISCIPLINAR DE MÚLTIPLOS ACHADOS IMAGIOLÓGICOS

Diogo Mendonça, Mariana Tavares, Sara Braga, Alcina Tavares Vicente, Luís Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: Ossificação pulmonar é uma doença rara, caracterizada pela formação heterotópica de tecido ósseo no parênquima dos pulmões. Classifica-se nos tipos nodular (forma arredondada ou lobulada) ou dendriforme (forma ramificada ou coral-like). Geralmente está associada a patologia pulmonar, cardíaca ou sistémica. Tipicamente surge em homens assintomáticos ou com sintomatologia relacionada com a doença subjacente.

Caso clínico: Homem, 72 anos, autónomo, não fumador, reformado de trabalho na construção civil e como sapateiro, antecedentes de insuficiência cardíaca. Referenciado a consulta de Pneumologia por TC tórax com múltiplos nódulos em todos os lobos pulmonares, a maioria parcialmente calcificada ou ossificada. Assintomático. Edema ligeiro dos membros inferiores, restante exame objetivo sem alterações. Análises e provas funcionais respiratórias sem alterações relevantes. Ecocardiograma: disfunção ventricular moderada. TC-AP: espessamento parietal inespecífico do cólon ascendente. 18FDG-PET: múltiplos nódulos calcificados com captação ligeira ou sem captação de radionucléido, em relação com ossificação pulmonar difusa nodular e espessamento parietal do cólon ascendente, intensamente hipermetabólico, com incremento de captação em aquisição tardia, suspeito de neoplasia. Colonoscopia total: volumosa lesão séssil no cólon ascendente (biópsia: adenoma túbulo-viloso com displasia de alto grau). Em reunião multidisciplinar considerado que nódulos pulmonares não têm correlação clínica com lesão cólica e é proposta hemicolecotomia direita. Pela ausência de sintomatologia e função respiratória preservada opta-se por não se realizar diagnóstico histológico de nódulos pulmonares, mantendo vigilância em consulta de Pneumologia.

Discussão: Ossificação pulmonar nodular está associada a congestão venosa pulmonar crónica, desencadeada por insuficiência cardíaca ou patologia valvular esquerda, que condiciona extravasamento e lise eritrocitária, cuja deposição de hemossiderina atrai sais de cálcio e células gigantes para os espaços alveolares. Neste caso destaca-se a importância da identificação imagiológica da ossificação pulmonar para evitar os riscos associados à biópsia pulmonar e a relevância da discussão multidisciplinar dado que a presença de múltiplos achados imagiológicos num mesmo doente não implica que estejam correlacionados.

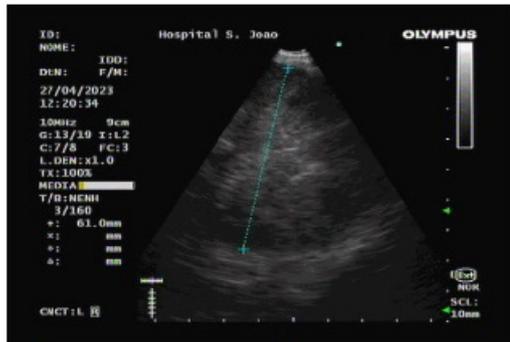
Palavras-chave: Ossificação pulmonar. Nódulos pulmonares. Insuficiência cardíaca. Discussão multidisciplinar.

PO67. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA APÓS BIÓPSIA DE MASSA SUPRARRENAL POR EUS-B: UM ALERTA PARA PNEUMOLOGISTAS

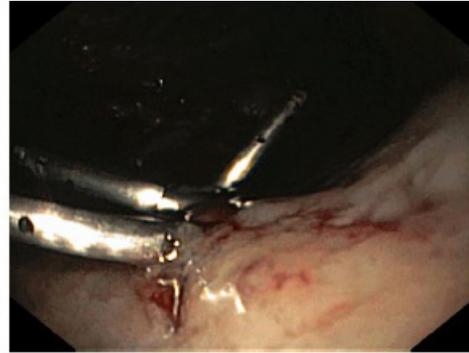
Inês Carvalho¹, André Terras Alexandre¹, Hélder Novais-Bastos^{1,2,3}

¹Centro Hospitalar e Universitário de São João. ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ³Instituto de Investigação e Inovação em Saúde.

Introdução: Nos últimos anos, a adoção da abordagem transesofágica com recurso ao ecoendoscópio brônquico (EUS-B) por pneumologistas tem permitido otimizar o estadiamento do cancro do pulmão e diagnosticar lesões inacessíveis por outras técnicas. Apesar de ser considerado um procedimento seguro, com escassos relatos de complicações, trata-se de uma técnica invasiva com riscos que devem ser reconhecidos. Apresentamos o caso de um doente com suspeita de neoplasia pulmonar e metastização suprarrenal submetido a EUS-B para avaliação diagnóstica.



Massa suprarenal



EDA a revelar hemorragia

Figura PO67

Caso clínico: Trata-se de um doente de 63 anos, com antecedentes pessoais de infeção VIH-1 sob terapêutica anti-retrovírica, VHC curada e hipertensão arterial medicada. Foi encaminhado para a consulta de Pneumologia por alterações imagiológicas em tomografia computadorizada toraco-abdominal, onde se observava massa pulmonar localizada no segmento apicoposterior do lobo superior esquerdo (LSE) com 39 × 34 mm, bem como lesão nodular de 37 mm na glândula suprarenal esquerda. Foi submetido a broncoscopia flexível com biópsia da lesão pulmonar com auxílio de ultrassonografia endobrônquica (EBUS) radial. A avaliação anatomopatológica revelou apenas necrose, sem evidência de malignidade. Optou-se pela tentativa de biópsia da massa suprarenal com recurso a EUS-B, cuja análise anatomopatológica revelou carcinoma do pulmão de não-pequenas células pleomórfico. Apesar da ausência de complicações no imediato, dois dias depois da intervenção, o doente recorre ao serviço de urgência por hematemeses com compromisso hemodinâmico e anemia aguda. Foi submetido a endoscopia digestiva alta (EDA), que revelou laceração com vaso visível na parede posterior do corpo gástrico proximal com hemorragia em toalha, laqueada com clipe hemostático.

Discussão: Este caso ilustra a necessidade de uma investigação exaustiva e invasiva em doentes com cancro do pulmão em estadiamento. Apesar de crucial para diagnóstico e abordagem de massas suprarenais, a realização de EUS-B deve ser feita por profissionais experientes e em instituições preparadas para o tratamento de possíveis complicações, realçando-se a necessidade da estreita vigilância após o procedimento.

Palavras-chave: HDA. EUS-B. Neoplasia pulmão.

PO68. TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO ENDOBRÔNQUICO: UM CASO RARO EM IDADE ADULTA

Carlos Mendes Araújo

Unidade Local de Saúde Almada-Seixal-Hospital Garcia de Orta.

Introdução: O Tumor Miofibroblástico Inflamatório (TMI) do pulmão é uma entidade rara, mais frequente na faixa etária pediátrica, correspondendo a menos de 1% dos diagnósticos de neoplasias do pulmão na idade adulta. A apresentação endobrônquica destes tumores é extremamente rara.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 46 anos, fumador, 74 UMA, referenciado à consulta de Pneumologia por tumor endobrônquico do brônquio principal esquerdo (BPE), sem possibilidade de caracterização anatomopatológica após duas videobroncofibroscopias com biópsia brônquica. A avaliação por TC-Tórax mostrou lesão obstructiva central com oclusão luminal do BPE, e a caracterização por PET-TC mostrou intensa atividade metabólica (SUV máximo 17) ao nível da lesão, sem outros focos. À observação, o doente apresentava murmúrio vesicular diminuído no hemitórax esquerdo, com

sibilo expiratório fixo a esse nível. Foi submetido a broncoscopia rígida (BR), que documentou, a 2,5 cm da carina, lesão a condicionar oclusão total do brônquio. Foi realizada destruição parcial da lesão com sonda de eletrocoagulação, e posterior remoção mecânica com pinça de biópsia rígida, com permeabilização do BPE. O exame anatomopatológico revelou a presença de células fusiformes num estroma com linfócitos e plasmócitos, com marcação positiva para quinase de linfoma anaplásico (ALK) e deteção da expressão imbalance do gene ALK, permitindo o diagnóstico de Tumor Miofibroblástico Inflamatório. Após discussão em reunião multidisciplinar, o doente foi submetido a pneumectomia esquerda por toracotomia. Atualmente encontra-se eupneico, sem limitação das atividades.

Discussão: O presente caso clínico descreve um tumor do pulmão raro na idade adulta, demonstrando algumas características da sua apresentação: os TMI podem apresentar-se como lesões endobrônquicas com potencial de obstrução brônquica; a biópsia da lesão geralmente não é suficiente para caracterização anatomopatológica, sendo necessário maior amostra tecidual; o tratamento cirúrgico é considerado definitivo. Pretende-se ainda salientar a importância da BR no diagnóstico e como parte da estratégia terapêutica, como ponte para a ressecção cirúrgica completa.

Palavras-chave: Tumor miofibroblástico inflamatório. Broncoscopia rígida. Ressecção cirúrgica.

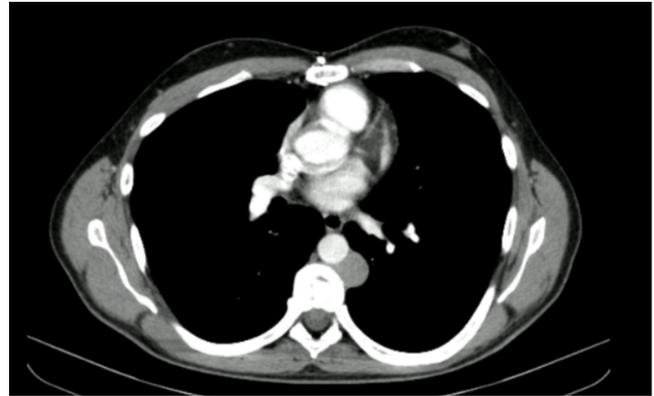


Lesão BPE. Broncoscopia rígida.



BPE pós eletrocoagulação.

mediastino posterior com cerca de 2 cm. Ambas as lesões apresentavam hipercaptação na PET. O doente foi submetido a VATS esquerda para exérese das lesões em bloco. Durante a inspeção da cavidade torácica foi ainda identificado um nódulo na porção posterior do diafragma que foi também removido. O exame anatomopatológico revelou a presença de timoma B1 nas 3 lesões removidas.



Lesão paravertebral.

PO69. RECIDIVA DE TIMOMA 19 ANOS APÓS EXÉRESE CIRÚRGICA COMPLETA

Cátia Araújo Silva, Patrícia Castro, Joana Rei, Fátima Neves, José Miranda

CHVNG/E.

Introdução: As neoplasias com origem no timo são raras e caracterizam-se pelo seu comportamento indolente na maioria dos casos. Segundo a literatura a taxa de recidiva do timoma após a resseção cirúrgica pode variar de 5 a 30%. Fatores como a baixa incidência, a diversidade histológica, as recidivas tardias e ao seu padrão variável, perpetuam o desafio que esta neoplasia representa para a prática clínica. Assim como na doença primária, nas recidivas o fator de prognóstico com maior impacto na sobrevivência é também a resseção cirúrgica completa.

Conclusões: De acordo com a literatura após resseção cirúrgica completa, os timomas B1 têm uma taxa de recorrência de cerca de 10%. As recidivas podem ocorrer 10 a 20 anos após a cirurgia, iludindo o carácter imprevisível desta neoplasia. A vigilância clínica a longo prazo é crucial, uma vez que o diagnóstico precoce das recidivas é determinante para possibilitar uma resseção cirúrgica completa e evitar a morbilidade associada à radioterapia e quimioterapia.

Palavras-chave: Timoma. VATS. Recidiva.

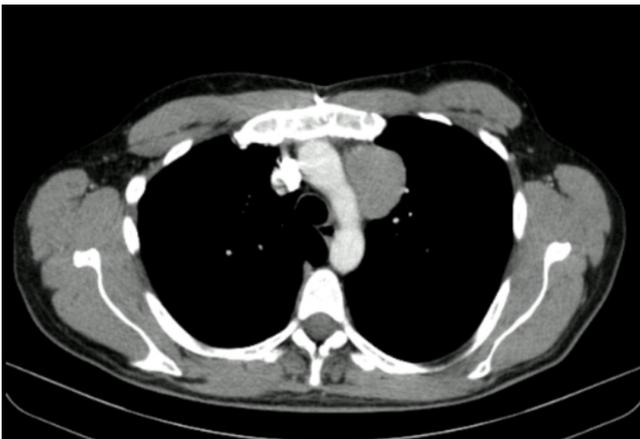
PO70. BLOQUEADOR BRÔNQUICO PARA TRATAMENTO DE HEMOPTISES MACIÇA

Catarina Giesta¹, Maria João Santos², Francisco Freitas²

¹Centro Hospitalar Médio Tejo. ²Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: Estima-se que 20-60% dos doentes com carcinoma pulmonar não pequenas células (CPNC) desenvolverão hemoptise, sendo 5-10% dos casos considerados graves. Sem tratamento, a hemoptise maciça está associada a uma taxa de mortalidade superior a 50%, o que torna imperativo uma atuação rápida e eficaz.

Caso clínico: Mulher de 68 anos, autónoma e fumadora activa com carga tabágica de 50 unidades maço/ano. Antecedentes pessoais de estenose aórtica grave com hipertrofia ventricular esquerda, aneurisma septo interauricular com possível shunt, hipertensão arterial e enfisema pulmonar panlobular. A doente recorreu ao serviço de urgência (SU) por tosse e hemoptises moderadas com início no mesmo dia, sem outra sintomatologia. Realizou angio-TC, que mostrou lesão suprahilar no segmento anterior lobo superior esquerdo (LSE), com aparente obliteração do brônquio e vidro despolido. Por hemoptises mantidas realizou broncoscopia rígida, onde se verificou grande quantidade de sangue no brônquio principal esquerdo. Observou-se, lesão sangrante que obliterava o BLSE. Realizou-se biópsias da lesão e tentou-se controlar a hemorragia com soro frio, ácido tranexâmico, laser e tampão surgicel, sem sucesso. Dada a hemorragia incontrolável com as medidas anteriores procedeu-se à sedação, curarização e ventilação invasiva da doente. De seguida foi colocado um bloqueador brônquico ao nível da entrada LSE, com controlo da hemorragia. A doente apresentou uma evolução favorável, tendo sido removido o bloqueador brônquico às 72 h e sem nova hemorragia. A doente foi extubada dois dias após da remoção de bloqueador e durante o internamento não apresentou novos epi-



Lesão mediast.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 43 anos com antecedentes pessoais de timoma em 2004. Foi submetido a exérese do timoma por esternotomia mediana. O exame anatomopatológico revelou a presença de um timoma B1 (resseção R0) e estadio I (segundo a classificação de Masaoka-Koga). Em novembro de 2022 inicia quadro miasténico com ptose palpebral, diplopia e disfagia. Os exames de imagem revelaram a presença de uma massa de novo com cerca de 5 cm no mediastino anterior e uma outra lesão paravertebral no

sódios de hemoptises. O exame anatomopatológico da lesão endobronquial revelou adenocarcinoma pulmonar PDL-1 > 90%, KRAS +. **Conclusões:** O uso de bloqueadores endobrônquicos têm sido descrito em casos clínicos no controlo de hemorragia grave. Destacamos neste caso clínico o controlo da hemorragia e a permanência do balão por 3 dias com a possibilidade de ventilar ambos os pulmões.

Palavras-chave: Bloqueador brônquico. Hemoptises. Adenocarcinoma.

PO71. EOSINOFILIA PLEURAL. E AGORA?

David Silva Gomes, João Cravo, Lília Andrade

ULSRA - Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introdução: O derrame pleural eosinofílico define-se por uma contagem de eosinófilos superior a 10% das células nucleadas presentes no líquido pleural. As principais causas são a presença de ar no espaço pleural, infeções e malignidade. Cerca de 25% dos casos são idiopáticos.

Caso clínico: Um homem de 61 anos, ex-fumador, transplantado hepático há 4 meses por cirrose alcoólica, foi avaliado por pneumologia por derrame pleural esquerdo de novo, assintomático. Medicado com terapêutica imunossupressora (tacrolimus e micofenolato de mofetilo) e isoniazida, por tuberculose latente. Do estudo analítico requisitado a salientar apenas uma eosinofilia de 610 e autoimunidade negativa. Foi realizada ecografia torácica, constatando-se derrame pleural esquerdo com 5 espaços intercostais, livre, anecogénico. Foi efetuada toracocentese diagnóstica, a destacar: líquido pleural citrino, bioquímica compatível com exsudado, pH 7,44, ADA de 7,7 U/L, eosinofilia de 19,2% e 40,6% de linfócitos, microbiologia e citologia negativas. Dado tratar-se de um derrame pleural eosinofílico, sem presença de ar no espaço pleural e com quadro clínico infecioso pouco provável, decidiu-se realizar uma tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, que não revelou sinais suspeitos de malignidade. Após exclusão das principais causas, decidiu-se suspender a isoniazida por suspeita de reação adversa medicamentosa, tendo iniciado rifampicina em substituição. 3 meses após suspensão da isoniazida verificou-se redução do derrame pleural, ocupando apenas 2 espaços intercostais, e com toracocentese diagnóstica a revelar apenas 1.8% de eosinófilos no líquido pleural. Observou-se resolução completa do derrame pleural em reavaliação aos 9 meses pós suspensão do fármaco, pelo que se assumiu um derrame pleural eosinofílico secundário a isoniazida.

Discussão: A ocorrência de um derrame pleural eosinofílico semanas a meses após o início de um fármaco possivelmente implicado, como a isoniazida, deve levar a pensar numa reação adversa medicamentosa. No entanto, é sempre importante a exclusão de malignidade, dado ser uma das principais causas de eosinofilia pleural.

Palavras-chave: Eosinofilia pleural. Tuberculose latente. Isoniazida. Reação adversa medicamentosa. Derrame pleural.

PO72. FÍSTULA ENTRE A ARTÉRIA MAMÁRIA INTERNA E A ARTÉRIA PULMONAR: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Anita Paiva, Bruno Couto, Carlos Pinto, Rita Costa, Pedro Fernandes, Paulo Pinho

Centro Hospitalar e Universitário São João.

Introdução: A fístula entre a artéria mamária interna (AMI) e a artéria pulmonar é rara. A etiologia é congénita ou adquirida (trauma, patologia inflamatória, infeção, neoplasia ou após cirurgia de revascularização miocárdica). A maioria é assintomática, mas poderá manifestar-se como um sopro cardíaco ao exame objetivo ou como dispneia, hemoptises, angina de peito, insuficiência cardíaca ou rotura. A angiografia seletiva da AMI confirma a presença e a loca-

lização da fístula. Até à data não existem normas de orientação terapêutica. O tratamento deverá ser individualizado dependendo da apresentação clínica e severidade dos sintomas e poderá incluir tratamento conservador ou percutâneo/cirúrgico se sintomas ligeiros ou severos, respetivamente.

Caso clínico: Reportamos o caso de uma mulher de 71 anos sem antecedentes de relevo. O exame objetivo era normal. Por queixas de dorsalgia, realizou uma tomografia computadorizada torácica que revelou uma densificação nodular polilobulada, na vertente mediastínica anterior do lobo superior direito (LSD), com 2,5 centímetros e sem captação em PET. Foi proposta para biópsia que não foi realizada por suspeita de malformação vascular. A arteriografia confirmou a presença de uma fístula arterio-arterial entre a artéria do segmento anterior do LSD e a AMI direita. Dado o elevado risco de circulação colateral e hemorragia, a doente foi submetida a cirurgia de laqueação da fístula arterial e resseção em cunha do segmento anterior do LSD por toracoscopia. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e a doente teve alta ao segundo dia.

Discussão: Dado que o conhecimento acerca da abordagem e gestão desta condição está dependente sobretudo de relatos de casos clínicos, a partilha de casos como este permite auxiliar a abordagem a casos semelhantes no futuro. O tratamento deve ser individualizado consoante a apresentação clínica.

Palavras-chave: Fístula arterio-arterial. VATS. Shunt sistémico-pulmonar.

PO73. ABORDAGEM MINIMAMENTE INVASIVA DE TUMORES DA TRAQUEIA: RELATO DE UM CASO DE HAMARTOMA ENDOBRÔNQUICO TRATADO ENDOSCOPICAMENTE

Inês Carvalho¹, Diva Ferreira², Hélder Novais-Bastos^{1,3,4}

¹Centro Hospitalar e Universitário de São João. ²Centro Hospitalar do Médio Ave. ³Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ⁴Instituto de Investigação e Inovação em Saúde.

Introdução: Os hamartomas pulmonares são os tumores pulmonares benignos mais comuns (com incidência entre 0,025% e 0,32%), normalmente diagnosticados entre a quinta e sétima década de vida, sendo a sua localização endobrônquica mais rara. Atendendo ao seu carácter benigno, as manifestações clínicas habitualmente decorrem do seu crescimento local com ocorrência de obstrução brônquica e consequente atelectasia ou infeção recorrente.

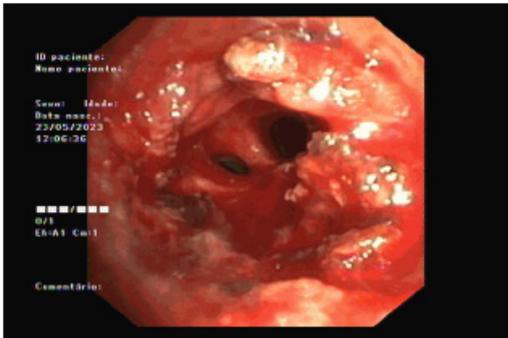
Caso clínico: Relatamos o caso de um homem de 49 anos, ex-mecânico e serralheiro, enviado a consulta de Pneumologia por alterações radiológicas. Os antecedentes pessoais incluem tabagismo cessado há 10 anos, hiperuricemia, e dislipidemia mista. Clinicamente o paciente não reportava qualquer sintoma. Realizou tomografia tórax que revelou uma lesão endobrônquica no brônquio principal direito com 25 mm de extensão máxima e 11 mm de maior eixo axial, a condicionar atelectasia parcial do lobo superior direito. Após avaliação com broncoscopia flexível, confirmando a lesão, foi submetido a broncoscopia rígida, tendo sido removida parte da lesão com ansa de eletrocoagulação, permitindo obter patência do segmento apical e anterior e saída de secreções purulentas provenientes de ambos os subsegmentos. Posteriormente, com recurso a eletrocoagulação e pinça de biópsia foi possível remover praticamente toda a lesão, com obtenção de patência brônquica. O exame histológico confirmou hamartoma lipomatoso endobrônquico. O doente foi reavaliado endoscopicamente 1 mês depois, tendo sido confirmada patência brônquica e boa cicatrização da mucosa, sem evidência de recidiva da lesão.

Discussão: Em síntese, este caso destaca a eficácia da abordagem endoscópica para hamartomas pulmonares endobrônquicos. A resposta favorável, confirmada por reavaliação após um mês, reforça a viabilidade e benefícios dessa intervenção minimamente invasiva.

Palavras-chave: Hamartoma endobrônquico. Broncofibroscopia rígida.



BLSD

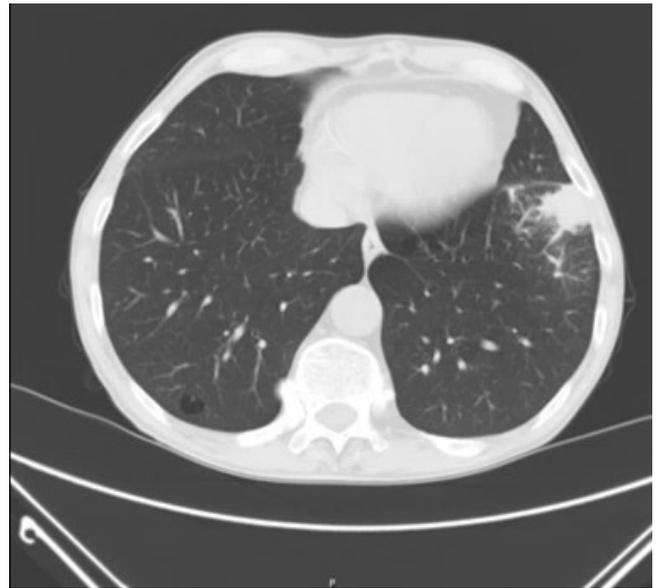


Final do procedimento: segment



Final do procedimento: BLSD

gia, realizou exames de imagem que identificaram: discreto enfisema centrilobular, uma lesão sólida no lobo inferior esquerdo e uma pequena lesão quística no lobo inferior direito. Uma TAC subsequente mostrou resolução da lesão sólida, levando a uma presunção diagnóstica de etiologia infecciosa. Seis anos depois, apresenta-se com um quadro consumptivo. Uma nova TAC de tórax revelou enfisema centrilobular e panlobular e uma bolha na base posterior direita, multisseptada, que cresceu em relação ao estudo anterior. Foi considerado, em reunião multidisciplinar, que a lesão não era abordável por biópsia transtorácica devido à espessura inadequada das suas paredes, e que a broncofibroscopia era inviável devido à localização periférica da lesão. A PET-FDG evidenciou captação com SUV de 5 na lesão mencionada. Aos 68 anos, foi submetido a ressecção pulmonar atípica com exame extemporâneo compatível com adenocarcinoma, subsequentemente submetido a lobectomia e esvaziamento ganglionar por toracoscopia. O exame histológico definitivo confirmou tratar-se de um adenocarcinoma pulmonar (pT1c-NOR0). Na presente data, o doente permanece assintomático.



Conclusões: Este caso sublinha a relevância da vigilância rigorosa de lesões quísticas pulmonares em doentes com fatores de risco dada a possibilidade de neoplasia, enfatizando a sua complexidade

PO74. LESÕES QUÍSTICAS PULMONARES: UMA RARA MANIFESTAÇÃO COM IMPLICAÇÕES NA VIGILÂNCIA CLÍNICA

Matilde Ferreira De Almeida¹, João Eurico Reis², Catarina Moita², Zenito Cruz², Catarina Figueiredo², Marta Duarte Silva², Ana Rita Costa², João Maciel², Paulo Calvino²

¹Hospital Garcia de Orta. ²Hospital Santa Marta-Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Introdução: A neoplasia do pulmão associada a espaços aéreos quísticos, uma manifestação rara, caracteriza-se por uma área quística com consolidação e/ou vidro despolido, cuja primeira descrição remonta a 1940. A ausência de uma definição clara pela sociedade de Fleischner, contribui para a complexidade do seu diagnóstico, não devendo ser confundida com uma cavitação. Há uma evidente associação ao tabagismo e enfisema. O adenocarcinoma é o tipo histológico predominante.

Caso clínico: Homem, ex-fumador, com consumos etanólicos prévios e pancreatite crónica. Aos 61 anos apresentou-se com toracal-

diagnóstica. O reconhecimento precoce de apresentações raras de neoplasias impacta o seu prognóstico, exigindo, por conseguinte, uma atenção especial, multidisciplinar e diligente na condução da devida vigilância.

Palavras-chave: Neoplasia. Lesão quística. Vigilância.

PO75. BIÓPSIA PLEURAL CEGA - QUAL O SEU PAPEL NA ERA DA TORACOSCOPIA?

S.P. Ferreira, M. D'Almeida, C. Giesta, J.C. Duarte, T. Câmara, O. Santos

Centro Hospitalar do Médio Tejo.

Objectivos: O derrame pleural é frequentemente encontrado na prática clínica da pneumologia. O seu diagnóstico etiológico pode ser um desafio, sendo necessários, por vezes, procedimentos diagnósticos mais invasivos. A toracoscopia é o gold standard para o diagnóstico de derrame pleural inexplicável. No entanto, o seu acesso pode ser limitado, sobretudo, em hospitais periféricos. A biópsia pleural cega consiste numa técnica mais simples e económica, que pode ser realizada regularmente em hospitais de diversos níveis. Apesar da sua inferioridade relativamente ao rendimento diagnóstico, a taxa de complicações é inferior à da toracoscopia. O objetivo deste estudo foi avaliar a rentabilidade diagnóstica da biópsia pleural cega.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de todos os doentes submetidos a biópsia pleural cega nos últimos 10 anos, entre junho de 2013 e junho de 2023, num Centro Hospitalar, em Portugal.

Resultados: Foram contabilizadas 127 biópsias pleurais cegas, realizadas maioritariamente em doentes do sexo masculino (64,6%), com idade mediana de 76 anos. A taxa de complicações de foi de 4,7%. 34,6% de todas as biópsias pleurais cegas realizadas permitiram estabelecer um diagnóstico, sobretudo de patologia oncológica (90,9%), seguindo-se a tuberculose pleural (6,8%). Relativamente ao derrame pleural maligno, as biópsias pleurais cegas permitiram diagnosticar 73,3% dos casos, com 11,7% dos doentes a necessitar de ser submetido a biópsia pleural cirúrgica. Quanto à tuberculose pleural, o diagnóstico foi estabelecido por biópsia pleural cega em 60% dos casos.

Conclusões: Este estudo vem demonstrar que a biópsia pleural cega continua a desempenhar um papel importante no diagnóstico etiológico do derrame pleural, sobretudo nos locais onde a toracoscopia está menos acessível. Dado o baixo custo, a fácil disponibili-

dade e as baixas taxas de complicações, a biópsia pleural cega deve ser sempre considerada como uma ferramenta disponível, sobretudo perante a suspeita de malignidade ou de tuberculose pleural.

Palavras-chave: Biópsia pleural cega. Diagnóstico. Derrame pleural maligno. Tuberculose pleural.

PO76. FIBROTÓRAX. DOIS CASOS CLÍNICOS COM ABORDAGENS DISTINTAS

Inês Spencer, Tiago Abreu, Daniel Cabral, Cristina Santos

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.

Introdução: O fibrotórax caracteriza-se pelo espessamento acentuado do espaço pleural, com ou sem calcificação, decorrente do processo inflamatório causado por empiema, doenças auto-imunes, hemotórax, reações medicamentosas, entre outros. Associa-se frequentemente a redução volumétrica do hemitórax homolateral. O tratamento varia entre correção da causa subjacente, vigilância clínica ou cirurgia.

Caso clínico: Caso 1: sexo masculino, 39 anos, antecedentes de cirurgia ao pé direito após acidente de viação aos 16 anos, nega exposições ambientais de relevo. Em novembro de 2022, no estudo de dispneia de agravamento progressivo, é identificado espessamento marcado do hemitórax direito com calcificações e desvio homolateral do mediastino. É realizada toracocentese diagnóstica e evacuadora e biópsias pleurais por videotoracoscopia que revelam exsudado fibrino-granulocitário inespecífico, realçando-se estudo microbiológico negativo. Em julho de 2023 foi submetido a descorticação por toracotomia direita. Realizou reabilitação respiratória com enfoque em exercícios de expansão pulmonar estando presentemente assintomático. Caso 2: sexo masculino, 88 anos, ex-fumador. Antecedentes de tuberculose pleural (1995) com fibrotórax sequelar e DPOC GOLD 3A. Refere em março de 2023 episódios de expectoração hemoptóica de novo, verificando-se em TC de tórax aumento dimensional da loca pleural com conteúdo líquido e gasoso bem como aspectos compatíveis com bronquiolite nos lobos médio e inferior direito e áreas de consolidação nodular no lobo superior esquerdo. Foi realizada toracocentese diagnóstica com achados inconclusivos e cumpriu antibioterapia com levofloxacina, seguindo-se resolução das queixas e das consolidações parenquimatosas. Atualmente o doente mantém-se sob vigilância clínica.

Discussão: Apresentamos dois casos de fibrotórax com abordagens distintas. A descorticação é considerada em casos selecionados,

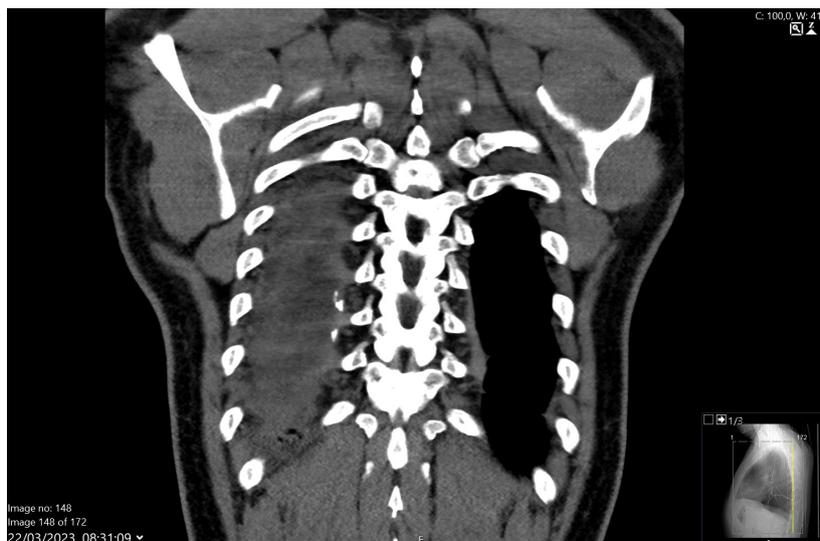


Figura PO76 1. Caso clínico 1.



Figura PO76 2. Fibrotórax -Caso clínico 2.

nomeadamente quando a fibrose é extensa condicionando restrição pulmonar com impacto clínico a longo prazo. A abordagem conservadora é geralmente adequada quando não existem sintomas associados e após consideração do risco de iatrogenia.

Palavras-chave: Fibrotórax. Tuberculose. Descorticação.

PO77. METASTAZÃO ENDOBRÔNQUICA POR NEOPLASIA EXTRA-TORÁCICA

Mariana Marçal¹, Inês Macedo², João Cardoso², Francisco Freitas², Paula Monteiro²

¹Unidade Local de Saúde Arrábida. ²Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O pulmão é um órgão frequentemente alvo de disseminação de neoplasias extra-torácicas, mas a metastização endobrônquica é rara (2-28%), mais frequente nas neoplasias do cólon, mama e rim. O diagnóstico diferencial com neoplasia primária pulmonar é essencial para o tratamento e prognóstico.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 56 anos, não fumador, com apneia do sono sob CPAP e carcinoma dos ductos salivares (pTxN3bM0) submetido a parotidectomia total, esvaziamento ganglionar cervical e quimioterapia/radioterapia adjuvante em 2019. Sem sinais de recidiva até 2022 quando são detetadas duas lesões pulmonares, a maior no lobo inferior esquerdo (LIE) (33 × 20 mm). Submetido a videobroncoscopia (VBFC), posteriormente convertida a broncoscopia rígida por lesão hipervascularizada que ocluía o segmento lateral do LIE. Realizadas biópsias com diagnóstico anatomopatológico de metástase de carcinoma de ductos salivares. Proposto para início de quimioterapia, mas com progressão rápida da doença culminando no falecimento do doente. Paralelamente, apresenta-se o caso de um homem de 62 anos, ex-fumador (50 UMA), com insuficiência cardíaca e hipertensão arterial. Quadro clínico com meses de evolução de tosse, cansaço e perda ponderal. TC toraco-abdomino-pélvica com massa pulmonar no lobo superior direito (LSD) (54 × 43 mm) com envolvimento brônquico, ganglionar mediastínico, supraclavicular e nódulo pulmonar no LIE e supra-renal direita. Submetido a VBFC e ecoendoscopia brônquica com oclusão do segmento posterior do LSD por lesão tumoral e adenopatias que se biopsaram. Exame anatomopatológico compatível com metástase de carcinoma de origem pancreato-biliar. Evoluiu com progressão rápida da doença, tendo falecido sem possibilidade de início de terapêutica.

Discussão: A metastização endobrônquica de neoplasia extra-torácica, apesar de rara, pode ser um sinal de recidiva de doença neoplásica ou manifestação inicial da mesma. É importante a inclusão desta hipótese diagnóstica na presença de lesão endobrônquica em doente com antecedentes de neoplasia, uma vez que apresenta impacto no prognóstico e sobrevida.

Palavras-chave: Metastização endobrônquica. Neoplasia extra-torácica.

PO78. VARIAÇÕES NAS CISURAS PULMONARES. CASOS CLÍNICOS

Sofia Salgueira, Inês Filipa Silva, Maria Braz, Ana Loureiro

ULSTMAD.

Introdução: As cissuras acessórias correspondem a variantes anatómicas pleurais. As mais frequentes são a cissura ázigos, cissura acessória inferior, cissura acessória superior e a cissura acessória horizontal esquerda. A cissura mais frequentemente ausente é a cissura horizontal direita.

Caso clínico: O primeiro caso trata-se de um homem de 54 anos, seguido em consulta de Cessação Tabágica, com antecedentes de esclerose sistémica (ES) limitada. Realizou em contexto de despiste de envolvimento pulmonar por ES uma TCAR, com imagem de uma cissura acessória inferior direita. Também numa radiografia torácica prévia, identifica-se imagem de cissura acessória inferior direita. O segundo caso é referente a uma mulher de 49 anos, referenciada à consulta de Pneumologia Geral por tosse crónica e com TC tórax com enfisema centrilobular e nódulo subpleural 4 mm. Neste contexto, realizou uma TCAR que identificou “cissura acessória parcial na língula, onde se identifica nódulo de morfologia ovalada, bem delimitado, medindo 10 × 6 mm, em relação com gânglio intra-pulmonar”. O terceiro caso corresponde a uma mulher de 34 anos, referenciada à consulta de Pneumologia Geral para estudo de provável asma. Realizou uma TC tórax, objetivando-se ausência da cissura horizontal direita.

Discussão: Este trabalho pretende divulgar exemplos de variantes anatómicas pleurais e evidenciar a importância da sua identificação, dado que podem ser erradamente interpretados como processos patológicos, além de ditar estratégias cirúrgicas futuras.

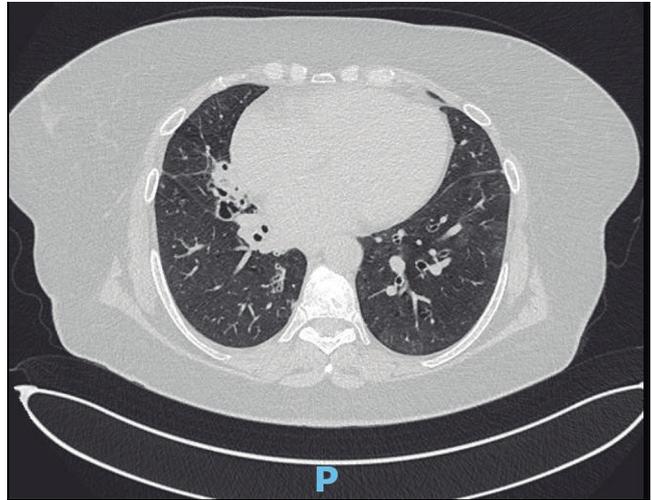
Palavras-chave: Variante anatómica. Cissuras acessórias.

PO79. LIPOMA BRÔNQUICO: UMA SÉRIE DE CASOS

Ricardo Petinga Fortes, Vera Figueiredo,
Catarina Figueiredo Roquete, José Pedro Boleo-Tomé,
Laura Santos, Fernando Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: A maioria dos tumores da árvore traqueobrônquica são malignos. O lipoma brônquico representa apenas 0,1-0,5% dos tumores brônquicos. Apresentamos dois casos de lipoma brônquico. **Caso clínico:** Caso clínico 1: homem de 65 anos, fumador (50 UMA), com DPOC e história de duas pneumonias à esquerda, é referenciado a Pneumologia por massa sólida (36 × 45 × 43 mm) no lobo inferior esquerdo (LIE). Referia tosse com expectoração mucopurulenta e dispneia com duas semanas de evolução. À observação, destacava-se diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda. Analiticamente, apresentava PCR de 7,3 mg/dL. Fez videobronfibroscopia (BFO), que revelou massa endobrônquica ovalada, de contornos lisos e consistência elástica, a ocluir o brônquio do LIE (BLIE) e secreções purulentas abundantes. A revisão da TC permitiu identificar uma lesão endobrônquica (17 × 12 × 12 mm) com densidade de gordura (-88 HU), não descrita previamente, no BLIE. Foi realizada broncoscopia rígida, com remoção da massa, repermeabilizando o brônquio. Caso clínico 2: mulher de 53 anos, fumadora (30 UMA), com DPOC e história de pneumonia aos 20 e 50 anos, ambas à direita, é referenciada por bronquiectasias no lobo médio. Durante o seguimento, apresentou novo quadro de pneumonia ipsilateral, sem isolamentos em microbiologia e com PCR M. Tuberculose negativa. Fez BFO, que mostrou lesão endobrônquica de aspeto polipóide, contornos lisos e superfície regular a ocluir B5 à direita. Foram feitas biópsias, com hemorragia moderada, e foi aplicado argon plasma, seguido de excisão em bloco da lesão com pinça de biópsia, repermeabilizando o brônquio. Após a BFO, manteve-se assintomática e sem novos episódios de pneumonia. Em ambos os casos, a análise anatomopatológica documentou proliferação de tecido adiposo maduro, compatível com lipoma.



Discussão: Com estes casos, pretendemos aumentar o índice de suspeição para esta patologia e realçar o papel da BFO para um diagnóstico e intervenção terapêutica precoce, evitando pneumonias de repetição e atelectasia/bronquiectasias resultantes da obstrução brônquica.

Palavras-chave: Lipoma brônquico. Broncofibroscopia. Obstrução brônquica.

PO80. QUILOTÓRAX - “WHO ELSE?”

Mafalda Pais, Maria João Oliveira, Ana Cristina Ferreira, Eloisa Silva,
Carla Ribeiro, Sara Conde, Teresa Shiang, Manuela Vanzeller

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Objectivos: Caracterização dos doentes internados com o diagnóstico de quilotórax.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes internados, num hospital terciário, com diagnóstico de quilotórax, entre janeiro de 2017 a dezembro de 2023.

Resultados: Identificaram-se 11 doentes com o diagnóstico de quilotórax, 54,5% do sexo feminino, com uma mediana de idade de 53 [0;92] anos. Em 6 doentes (54,5%) a etiologia do derrame foi não-traumática: por quilotórax congénito, malformação linfática, linfoma não-Hodgkin, invasão linfática por sarcoma de Kaposi e efeito lateral de fármacos (dasatinib). Os restantes casos, traumáticos, ocorreram na sequência de perfuração esofágica por corpos estranhos e no contexto pós-cirúrgico por traumatismo do ducto torácico. Todos os doentes foram submetidos a toracocentese, sendo que em todos eles o líquido pleural (LP) cumpria critérios de exsudado. Em 7 doentes (63,6%) o LP foi descrito macroscopicamente como leitoso e o doseamento mediano de triglicéridos foi de 190 mg/dL - todos com valores > 110 mg/dL, exceto nos quilotórax congénitos (Tabela 1). Todos os doentes necessitaram de colocação de dreno torácico. Os 11 doentes foram submetidos a dieta hipolipídica e 4 estiveram sob nutrição parentérica. O tratamento com octreótido foi usado em 5 doentes; 1 doente foi submetido a embolização do ducto torácico e em 2 foi feita pleurodese química (Tabela 2). Objetivou-se recidiva do derrame no doente com quilotórax não-traumático, que não havia sido submetido a tratamento etiológico. Verificou-se um óbito, no doente mais idoso, com perfuração esofágica.

Discussão: O quilotórax é uma entidade rara, com múltiplas etiologias, que ocorre numa ampla faixa etária, desde a idade fetal a idosos. Apesar de estar descrito, na literatura, que existe sucesso terapêutico com toracocentese evacuadora, todos os doentes necessitaram de dreno torácico, sobretudo para controlo sintomático. O tratamento da etiologia de base é fundamental para resolução definitiva do quilotórax não-traumático.

Palavras-chave: Quilotórax. Drenagem Torácica.

Sexo	Idade	Classificação do Quilotórax	Etiologia subjacente	Macroscopia do LP	Critérios de Light do LP	Valor de Tg do LP	Recidiva do derrame pleural	Tratamento da Causa
F	0	Não-traumático	Quilotórax congênito (linfangioma)	Hemático	Exsudado	16	Não, em 4 anos de seguimento	Não aplicável
M	0	Não-traumático	Quilotórax congênito (S. Noonan)	Hemático	Exsudado	8	Não, em 3 anos de seguimento	
F	11	Não-traumático	Malformação linfática microcística	Leitoso	Exsudado	1951	Sim, após 5 meses	Não
M	23	Traumático	Pós VATS LSE, por PEP	Leitoso	Exsudado	2200	Não, em 4 anos de seguimento	Não aplicável
M	26	Não-traumático	Invasão de gânglios linfáticos por Sarcoma de Kaposi	Leitoso	Exsudado	549	Não, em 1 anos de seguimento	Sim
F	53	Traumático	Pós-Linfadenectomia	Leitoso	Exsudado	190	Não, em 2 anos de seguimento	Não aplicável
M	55	Não-Traumático	Efeito lateral de Dasatinib em contexto de LMC	Leitoso	Exsudado	391	Não, em 1 anos de seguimento	Sim
F	56	Não-traumático	Linfoma NH tipo B de baixo grau	Leitoso	Exsudado	202		
M	64	Traumático	Pós-VATS LSD, por hamartoma	Leitoso	Exsudado	135	Não, em 3 anos de seguimento	Não aplicável
F	72	Traumático	Pós esofagectomia parcial por ADC	Seroso	Exsudado	130	Não, em 5 anos de seguimento	
F	92	Traumático	Perfuração esofágica por espinha de peixe	Espesso/opaco	Exsudado	170	Óbito	

Tabela 1 – Caracterização dos casos de quilotórax. LP: líquido pleural, F: Feminino, M: Masculino, Tg: triglicérides, ADC: Adenocarcinoma, LSE: lobo superior esquerdo, LSD: lobo superior direito, VATS: *video-assisted thoracoscopic surgery*, PEP: pneumotórax espontâneo primário, NH: não-Hodgkin, LMC: Leucemia Mielóide Crônica.

Figura PO80