



## POSTERS COMENTADOS

## 36º Congresso de Pneumologia EPIC SANA

Algarve, 12-14 de Novembro de 2020

### PC 001. PREVALÊNCIA DA DEFICIÊNCIA DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EM DOENTES COM BRONQUIECTASIAS

L. Gomes, S. Pereira, C. Rodrigues, A.F. Costa

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** A deficiência de alfa 1 antitripsina (DAAT) encontra-se subdiagnosticada. As bronquiectasias (BQ) são achados frequentes na DAAT. No entanto, existe controvérsia na avaliação sistemática de DAAT nas BQ. Enquanto as guidelines da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP) sobre BQ recomendam investigar DAAT na abordagem das BQ, as guidelines internacionais não o fazem, pois os estudos existentes revelam que a prevalência de DAAT nas BQ é sobreponível à população geral.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência de DAAT em doentes com BQ e suas características.

**Métodos:** Análise retrospectiva de dados clínicos de doentes com BQ seguidos em consulta de readaptação funcional respiratória durante 5 anos. Foram pesquisados doentes com DAAT grave e moderada e sua genotipagem.

**Resultados:** Incluídos 65 doentes, com média de idades de  $62,7 \pm 14,8$  anos, 45,2% do sexo masculino. As BQ apresentadas foram do tipo cilíndrico em 77,4% dos doentes, seguido das sacular/quístico em 45,2% e varicoso em 43,5%. Treze (21%) doentes tinham enfisema. Dos 65 doentes, 27 apresentavam doseamento sérico. Nem todos os doentes com enfisema tinham esse doseamento. Nos 27 doentes com BQ rastreados, 9 apresentavam enfisema. Diagnosticou-se DAAT em 3 doentes, obtendo-se uma prevalência de 11% (3/27). Um doente tinha valor sérico inferior a 0,57 g/L, indicando DAAT grave, com genótipo ZZ. Outros 3 doentes apresentavam valor sérico entre 0,57-1,10 g/L, podendo indicar DAAT intermédia: 2 doentes eram SZ (o 3º aguarda resultado). A idade à data de diagnóstico de DAAT foi 66 (ZZ), 56 (SZ) e 62 (SZ) anos; o tempo de seguimento até diagnóstico de DAAT foi 5, 16 e 1 anos, respectivamente. Um dos doentes SZ não apresentava enfisema; o ZZ apresentava enfisema panlobular e o outro SZ enfisema centrilobular, ambos de distribuição apico-caudal bilateral. Os 3 doentes apresentavam BQ cilíndricas, e um dos SZ apresentava ainda BQ sacula-

res que foram excisadas. O ZZ apresentava obstrução ventilatória não reversível e um dos SZ restrição grave, ambos com DLCO diminuída; o outro SZ tinha estudo ventilatório normal.

**Conclusões:** Detectámos DAAT em 11% dos doentes BQ rastreados para DAAT. Se a totalidade da amostra tivesse sido testada, mesmo que todos os doentes que não foram testados fossem negativos, a prevalência seria no mínimo de 4,6% (3/65). Uma vez que na DPOC os estudos revelam prevalência de DAAT de ~2% e as guidelines recomendam o seu doseamento, as recomendações da SPP em avaliar DAAT nas BQ parecem-nos adequadas. Nesta amostra, nem todos os doentes com DAAT tinham enfisema associado, sendo que algumas guidelines internacionais de BQ apenas recomendam rastrear DAAT nas BQ com enfisema associado. Para melhor avaliar a prevalência de DAAT nesta população de BQ e as características destes doentes, pretende-se pesquisar DAAT em todos os doentes desta consulta no futuro.

**Palavras chave:** Deficiência de alfa 1 antitripsina. Bronquiectasias. Enfisema.

### PC 002. AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO DÉFICE DE ALFA-1-ANTITRIPSINA NAS BRONQUIECTASIAS

A.I. Santos, G. Gonçalves, J. Cemlyn-Jones

*Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** A alfa-1-antitripsina (A1AT) é uma glicoproteína cuja função é inibir eficazmente a elastase dos neutrófilos, tendo assim um papel importante na proteção do pulmão contra as lesões proteolíticas. O défice de alfa-1-antitripsina (A1ATD) é definido como uma diminuição da concentração sérica de A1AT e/ou a identificação do genótipo alterado. O inibidor da protease (PI) M é o alelo normal, enquanto que os dois alelos mais frequentemente alterados são PI\*S e PI\*Z. Portugal tem uma das frequências mais elevadas destes genes anormais.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência das bronquiectasias numa coorte de pacientes da consulta de A1ATD do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, e avaliar a sua relação com os dados epidemiológicos, clínicos, radiológicos e funcionais.

**Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo com base na informação dos ficheiros clínicos de um total de 64 pacientes com A1A-TD. Destes, 17 (26,2%) apresentaram evidência imagiológica de bronquiectasias e cumpriram os critérios de inclusão no estudo. Dados demográficos, historial tabágico, nível sérico de A1AT, genótipo, função respiratória, assim como avaliação da TC de alta resolução, foram analisados. As bronquiectasias foram classificadas de acordo com o Bronchiectasis Severity Index (BSI).

**Resultados:** Dos 17 pacientes, 10 eram do género feminino e 7 eram do género masculino, com uma idade média de 63,2 (intervalo 48-88) anos. O valor médio de A1AT foi 0,49 (0,13-0,98). O fenótipo ZZ foi o mais prevalente (9 pacientes; 64,3%). 10 pacientes (58,8%) apresentavam enfisema pulmonar. As bronquiectasias eram bilaterais em 14 pacientes (82,3%). A maioria dos pacientes apresentavam bronquiectasias moderadas, com uma minoria de casos graves. Na análise do estudo funcional, o FEV1 médio foi 72,3%, e o DLCO médio foi 53,2%.

**Conclusões:** Este estudo demonstra a incidência de bronquiectasias no nosso grupo de pacientes com A1ATD. Nos nossos pacientes, a pesquisa de A1ATD é um teste etiológico importante para pacientes com o diagnóstico de bronquiectasias.

**Palavras chave:** Défice de alfa-1-antitripsina. Bronquiectasias. Enfisema pulmonar.

### PC 003. CARACTERIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS DOENTES COM BRONQUIETASIAS SEGUNDO AS ESCALAS DE GRAVIDADE

D. Pimenta, I. Pascoal, I. Sanches, R. Monteiro, A.R. Gigante, S. Conde

Hospital de Braga.

**Introdução:** As bronquiectasias são uma doença respiratória crónica, multifatorial caracterizada por dilatação anormal e irreversível das vias aéreas que se associa a um ciclo vicioso de inflamação, colonização crónica por bactérias, infeção recorrente e lesão brônquica progressiva. São usados vários scores para avaliar a gravidade das bronquiectasias não fibrose quística: o score FACED, o EFACED e o índice de gravidade das bronquiectasias (BSI).

**Objetivos:** Caracterizar e classificar uma amostra de doentes seguidos na consulta de reabilitação respiratória (RR) do CHVNG/E por diagnóstico de bronquiectasias, segundo as escalas FACED, EFACED e BSI.

**Métodos:** Realizou-se um estudo retrospectivo, acedendo aos processos clínicos dos doentes com diagnóstico de bronquiectasias, seguidos na consulta de RR do CHVNG/E durante o ano de 2019. Foram avaliadas as variáveis incluídas nos scores FACED, EFACED e BSI.

**Resultados:** Obteve-se uma amostra de 55 doentes, 70% do género feminino, com média de idades de  $58 \pm 15$  anos e IMC  $25 \pm 5$  kg/m<sup>2</sup>. Relativamente à etiologia das bronquiectasias identificou-se a causa: pós infecciosa (n = 29; 52%), sequelas de tuberculose (n = 9; 16%), idiopática (n = 2; 4%), associada à doença respiratória (n = 5; 9%), discinesia ciliar primária (n = 7; 13%), imunodeficiência primária (n = 1; 2%), síndrome de Kartagener (n = 1; 2%) e pós transplante de medula óssea (n = 1; 2%). As principais comorbilidades registadas foram: asma (35% dos doentes), DPOC (26%), rinosinusite (33%), doença de refluxo gastroesofágico (27%), psicopatologia (ansiedade e depressão) (11%), HTA (31%), cardiopatia isquémica (16%). 46 doentes (84%) apresentaram exacerbações no ano anterior e 11 doentes (20%) necessitaram de internamento. Isolou-se a *Pseudomonas aeruginosa* em microbiológico de expectoração de 31 doentes (56%) e outros microrganismos em 19 doentes (34%). Todos os doentes faziam RR, 31 doentes (56%) terapêutica inalada: antibioterapia (31%) e Soro Hipertónico (25%). Segundo as escalas FACED, EFACED e BSI verificou-se que: de acordo com a escala FACED - 32 doentes (58%) apresentavam BQ leves, (score 0-2); 16 doentes (29%) apre-

sentavam BQ moderadas (score 3-4) e 7 doentes (13%) BQ severas (score 5-7). Por sua vez ao aplicar a escala EFACED verificou-se que 35 doentes (64%) apresentavam BQ leves (score 0-3); 18 doentes (32%) BQ moderadas (score 4-6); 2 doentes (4%) BQ graves (score 7-9). Dado estas escalas apresentarem scores e variáveis diferentes, em determinadas situações o mesmo doente foi categorizado com índices de gravidade diferentes ao aplicar as escalas FACED e EFACED. De acordo com a escala BSI - 20 doentes (36%) apresentavam BSI baixo; 17 doentes (31%) BSI intermédio; e 18 doentes (33%) BSI alto. Verificou-se concordância fraca, mas estatisticamente significativa entre as escalas FACED e BSI e EFACED e BSI através do coeficiente kappa de Cohen, com valor de  $p < 0,001$ ,  $K = 0,336$  e  $p = 0,02$ ,  $K = 0,251$  respetivamente.

**Conclusões:** Verificou-se predominância do género feminino e da etiologia pós infecciosa na amostra estudada. A *Pseudomonas aeruginosa* foi o microrganismo mais frequentemente isolado. A maioria dos doentes foram classificadas com bronquiectasias leves (score FACED e EFACED) e BSI baixo. Existe concordância, apesar de fraca, entre as escalas FACED e BSI e EFACED e BSI.

**Palavras chave:** Bronquiectasias. FACED. EFACED. BSI.

### PC 004. HEMOPTISES EM DOENTES COM BRONQUIECTASIAS - QUAIS OS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À RECORRÊNCIA?

M. Martins, D. Barros Coelho, F. Soares Pires, A. Amorim

Centro Hospitalar e Universitário de São João.

**Introdução:** As hemoptises são uma das principais complicações dos doentes com bronquiectasias (BQ), particularmente durante as exacerbações infecciosas, necessitando de uma intervenção terapêutica rápida e apropriada, podendo ser necessário o recurso à embolização arterial brônquica.

**Objetivos e métodos:** Caracterização da população de doentes com BQ, internados por hemoptises e avaliação de possíveis fatores de risco associados à recorrência das hemoptises. Estudo retrospectivo conduzido num hospital central, terciário e universitário. Foram incluídos doentes adultos admitidos no CHUSJ por hemoptises, entre 01 de Outubro de 2012 e 30 de Setembro de 2017, cuja causa foi atribuída a BQ, com diagnóstico prévio ou estabelecido aquando desse internamento, num total de 57 episódios. Foram excluídos desta análise internamentos repetidos do mesmo indivíduo interpretados como recorrência, perfazendo uma amostra de 48 doentes.

**Resultados:** Na admissão, os doentes (n = 48, média de idades = 64 anos, 25 homens) descreveram hemoptises de pequeno, moderado e grande volume, respetivamente, em 41,7% (n = 20), 52,1% (n = 25) e 6,3% (n = 3) dos casos. Em 39,6% (n = 19) as hemoptises foram a manifestação inaugural das BQ. A etiologia de bronquiectasias mais frequente foi sequelas de tuberculose, em 47,9% (n = 23) dos casos. Em 54,2% (n = 26) dos casos identificaram-se bronquiectasias exclusivamente cilíndricas, sendo a localização mais frequente no lobo médio e língula, em 29,2% (n = 14) dos casos. Uma multiplicidade de agentes microbiológicos foi isolada durante a exacerbação, com destaque para o *Haemophilus influenzae* em 25% (n = 7). A arteriografia foi executada em 58,3% (n = 28) dos casos, sendo que destes, apenas 17,2% (n = 5) não realizou embolização arterial brônquica. A mortalidade foi nula na globalidade, mas houve recorrência de hemoptises em 50% (n = 24) dos indivíduos, dos quais em 66,7% (n = 16) dos casos a recorrência sucedeu nos 2 anos posteriores ao internamento inicial. Embora, a *Pseudomonas aeruginosa* tenha sido o agente colonizador mais frequente, não demonstrou associação com aumento das recorrências, sendo que os agentes com correlação mais próxima de significado estatístico ( $p = 0,074$ ) foram o *SAMS* e a *Serratia marcescens*. Etiologia, tipos morfológicos e localização das bronquiectasias não demonstraram influência na recorrência das hemoptises. A realização de embolização arterial brônquica

também não se revelou como fator com preponderância na recorrência de hemoptises.

**Conclusões:** Salienta-se uma percentagem elevada de casos em que as hemoptises foram causa de diagnóstico das BQ, o que denota, provavelmente, um atraso no diagnóstico desta patologia. Apesar da mortalidade nula, a recorrência de hemoptises foi elevada e na maioria dos casos sucedeu até dois anos. O SAMS e a Serratia marcescens são agentes colonizadores mais associados a recorrência, ainda que seja uma correlação sem significado estatístico. No entanto, a ausência de significado estatístico na análise das variáveis associadas à recorrência das hemoptises poderá dever-se em parte à pequena dimensão da amostra, associada a grande heterogeneidade das características destes doentes.

**Palavras chave:** Hemoptises. Bronquiectasias. Embolização. Recorrência.

### PC 005. OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO NA DPOC ESTÁVEL - CASO CLÍNICO

M.V. Matias, M. Van Zeller, M. Drummond

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

**Introdução:** A oxigenoterapia de alto fluxo nasal (OAFN) foi desenvolvida para a insuficiência respiratória hipoxémica aguda, no entanto está a tornar-se num tratamento emergente para diversas situações. Estudos recentes sugerem que poderá ter um lugar em casos selecionados de insuficiência respiratória global, onde a sua utilização é ainda controversa. A OAFN fornece um fluxo contínuo que funciona como EPAP (máximo 6 cmH<sub>2</sub>O) e poderá permitir a remoção de CO<sub>2</sub>. Tem também como benefícios a redução do esforço respiratório, o maior conforto e melhor qualidade de vida. Nos doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e insuficiência respiratória crónica a oxigenoterapia de longa duração (OLD) e a VMNI têm sido as opções terapêuticas de eleição, porém podem ser mal tolerados por alguns doentes. A OAFN surge então como alternativa inovadora na DPOC.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 75 anos, ex-fumadora desde 2015 (75 UMA), com DPOC de predomínio enfisematoso, com síndrome ventilatório obstrutivo grave (FEV<sub>1</sub> 21%), mMRC-4 e exacerbadora (GOLD grau 4, grupo D), IMC 13,5 kg/m<sup>2</sup> sob terapêutica inalatória tripla. Antecedentes de pneumotórax apical à esquerda em 2012 sem necessidade de drenagem torácica e insuficiência respiratória sob OLD desde 2015. Em 2017 foi verificada insuficiência respiratória global (pCO<sub>2</sub>-55 mmHg, pO<sub>2</sub>-54 em ar ambiente) com indicação para VMNI domiciliária, iniciou sob monitorização laboratorial ventilação binível ST. Três semanas após início de ventilação (EPAP-5, IPAP-16, FR-18) foi admitida no SU com pneumotórax espontâneo secundário à esquerda com necessidade de drenagem torácica e suspensão de VMNI. A doente manteve seguimento em ambulatório, apresentou agravamento da insuficiência respiratória hipercápnica e manteve exacerbações frequentes (3-4/ano) sem necessidade de admissão hospitalar até setembro de 2019. Nessa altura, numa consulta programada apresentava acidémia respiratória (GSA FiO<sub>2</sub> 21%: pH 7,33, pCO<sub>2</sub> 65 mmHg, pO<sub>2</sub> 55,9 mmHg, HCO<sub>3</sub> 34 mEq/L, spO<sub>2</sub> 86%). Foi internada e dado o risco de pneumotórax iatrogénico iniciou-se OAFN com FiO<sub>2</sub> a 31%, fluxo de 45L/min e T 34 °C, com boa tolerância e resolução da acidémia. Pelo risco iatrogénico da VMNI decidida pela equipa assistencial a proposta de OAFN como tratamento de longa duração que foi aceite pela comissão de ética do CHUSJ e pela doente pelo que iniciou Airvo® com fluxo de 60 l/min, 2 a 3 l/min. Após 1 ano sob tratamento com OAFN, a doente apresenta estabilidade clínica e gasométrica: FEV<sub>1</sub> junho 2020 18% - (GSA FiO<sub>2</sub> 21% - pH: pH 7,40, pCO<sub>2</sub> 63 mmHg, pO<sub>2</sub> 62 mmHg, HCO<sub>3</sub> 38 mEq/L, satO<sub>2</sub> 91%). Apresentou 2 exacerbações, 1 com necessidade de internamento, tendo sido efetuado sempre o tratamento com OAFN mesmo nas exacerbações, aumentando o tempo de uso e alterando os parâmetros.

**Discussão:** Uma das principais reservas na utilização de OAFN nos doentes hipercápnicos é a possibilidade de retenção de CO<sub>2</sub>, no entanto de acordo com a literatura e como é possível apurar no caso clínico acima descrito, tal não se verifica. O impacto da OAFN a longo prazo ainda não é claro, mas parece ser uma alternativa viável e altamente promissora para os doentes com DPOC intolerantes a VMNI.

**Palavras chave:** Oxigenoterapia de alto fluxo nasal. DPOC. Insuficiência respiratória crónica. Hipercapnia.

### PC 006. CUIDADOS PALIATIVOS NOS DOENTES COM DPOC UMA ANÁLISE UNICÊNTRICA

B. Cabrita, S. Correia, M. Araújo, S. Dias, A.L. Fernandes, P. Simão, J. Ferreira

Hospital Pedro Hispano.

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é a terceira principal causa de morte a nível mundial. Aproximadamente 100.000 homens e 65.000 mulheres morrem de DPOC na Europa, a cada ano. Os doentes com DPOC e comorbilidades caracteristicamente apresentam um declínio progressivo no estado de saúde e qualidade de vida, com hospitalizações recorrentes e perda de autonomia. Apesar dos benefícios descritos, a referência para os cuidados paliativos (CP) permanece significativamente subutilizada a nível mundial.

**Métodos:** Realizámos uma análise retrospectiva de todos os doentes com DPOC internados e que faleceram, entre 2009 e 2018. Doentes sem provas funcionais respiratórias foram excluídos. Apenas foram utilizadas percentagens válidas.

**Resultados:** Encontrámos 193 doentes, mas apenas 110 elegíveis para análise. Houve uma prevalência de doentes do sexo masculino (n = 82; 74,5%) e a idade média foi 78 ± 11 anos. 19 doentes (29,2%) apresentaram DPOC severa ou muito severa, segundo os critérios da American Thoracic Society (ATS). 20 doentes foram tratados com oxigenoterapia de longa-duração. Um total de 45 doentes (40,9%) tinha cancro, incluindo 9 casos (8,2%) de cancro do pulmão. 35 doentes (32,1%) apresentaram insuficiência cardíaca, 12 (11%) doença cardíaca isquémica, 26 (23,9%) diabetes mellitus tipo 2 e (11,8%) tinham antecedentes de AVC. Estes doentes tinham pelo menos 1 internamento prévio no último mês em 25 casos (22,7%) e em 1 ano em 56 casos (50,9%). A principal causa de morte foi pneumonia com exacerbação da DPOC em 32 casos (29,1%) e a maioria dos óbitos ocorreu na enfermaria (n = 101; 91,8%). Um total de 31 doentes (28,2%) recebeu CP, incluindo 22 doentes com cancro. Contudo, se apenas for analisado o subgrupo de doentes com DPOC muito severa (n = 6; 9,2%), nenhum doente recebeu CP.

**Conclusões:** Os CP devem ser oferecidos a doentes com DPOC avançada e outras comorbilidades. Esta valência contribui para a gestão de sintomas, qualidade de vida e situações de fim de vida. A referência aos CP está a aumentar na última década, especialmente em doentes com cancro, contudo, permanece significativamente subutilizada a nível mundial.

**Palavras chave:** DPOC. Cuidados paliativos. Fim-de-vida. Tratamento. Suporte.

### PC 007. ENSINO E OTIMIZAÇÃO DA TÉCNICA INALATÓRIA NA COMUNIDADE: PROJETO SFVETI

R. Grilo, V. Serra, A. Pereira, C. Caneiras

Serviços Farmacêuticos, Grupo maisfarmácia Portugal.

**Introdução:** A terapêutica inalatória é o pilar do tratamento farmacológico das doenças respiratórias crónicas, como a Asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). No entanto, a sua correta utilização é crítica para o controlo bem-sucedido da doença.

**Objetivos:** O principal objetivo do presente trabalho é a avaliação do impacto da implementação do Projeto SFVETI, um projeto de ensino e otimização da técnica inalatória na comunidade.

**Métodos:** Estudo prospetivo no qual se incluíram durante 1 ano (nov.2018-nov.2019) utentes de 15 Farmácias Comunitárias distribuídas em todo o território de Portugal Continental, que utilizassem ou que fossem iniciar pela primeira vez a utilização de inaladores. Verificou-se se os utentes desempenhavam uma adequada técnica inalatória, com identificação da taxa de erros por modelo de inalador. Quando eram identificados erros, existiu intervenção farmacêutica no ensino e otimização da técnica inalatória.

**Resultados:** Foram incluídas no estudo 175 pessoas, maioritariamente mulheres (n = 111, 63%), com mais de 60 anos (n = 112, 64%) e não fumadores (n = 115, 66%). As prescrições advinham maioritariamente de Asma (n = 45, 26%) e DPOC (n = 45, 26%). Verificou-se que 15% das pessoas (n = 26) possuía prescrição para 2 ou mais inaladores. Foram identificados 17 tipos diferentes de inaladores, sendo que o tipo Turbhaler® (n = 33, 16%) e os pMDI's (n = 34, 16%) foram os mais prescritos, seguindo-se o Diskus® (n = 22, 10%), Ellipta® (n = 21, 10%) e Respimat® (n = 19, 9%). Foram realizadas 211 demonstrações iniciais da técnica inalatória sendo que 59 dessas (59/211, 28%) tiveram erros e foram repetidas. Em 51 demonstrações verificou-se uma melhoria da técnica após intervenção farmacêutica (51/59, 86%) e 8 (8/59, 14%) mantiveram os erros, necessitando de nova intervenção. O dispositivo Diskus® foi o que apresentou a maior percentagem de erros cometidos (9/22, 41%) durante a primeira demonstração da técnica inalatória.

**Conclusões:** O conhecimento por parte dos pneumologistas dos dispositivos inalatórios associados a maiores taxas de erro por parte das pessoas com doença respiratória poderão ser relevantes no momento de prescrição. Adicionalmente, a intervenção farmacêutica na comunidade através de um programa estruturado como o SFVETI pode atuar de forma complementar com o ensino hospitalar e nos cuidados de saúde primários, contribuindo para uma adequada execução da técnica inalatória por parte da pessoa com doença respiratória crónica, com consequente impacto na eficácia terapêutica.

**Palavras chave:** Técnica inalatória. DPOC. Asma. Ensino. Adesão à terapêutica.

#### PC 008. O PAPEL DO ESTUDO FUNCIONAL RESPIRATÓRIO NA AVALIAÇÃO DO RISCO CIRÚRGICO: A IMPORTÂNCIA DA CURVA DÉBITO-VOLUME

D. Noivo, J. Patrício, A. Alfaiate, L.S. Fernandes, V. Caldeira, M. Castanho, M. Silva, P. Duarte

Hospital São Bernardo.

**Introdução:** A curva débito-volume representa graficamente a relação entre o débito (L/s) e o volume pulmonar (L) durante a realização de manobras inspiratórias e expiratórias forçadas. O formato da curva débito-volume fornece dados sobre o diagnóstico da alteração ventilatória, nomeadamente obstrutiva, e a sua localização. O objetivo da avaliação pré-anestésica é reduzir a morbi-mortalidade associada à anestesia e ao procedimento cirúrgico.

**Caso clínico:** Relata-se o caso de um homem de 74 anos, referenciado à Consulta de Pneumologia por perda ponderal de 10% em três meses e dispneia de esforço com agravamento recente. Tratava-se de um doente com os diagnósticos prévios de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) de etiologia tabágica (> 60 unidades-maço-ano) e neoplasia da laringe. Realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax em que se observava nódulo parcialmente cavitado, de contornos espiculados, localizado no lobo superior esquerdo. A tomografia de emissão de positrões (PET-TC) delimitava lesão nodular de 15 milímetros ao nível do lobo superior esquerdo, com valor padronizado de captação (SUV) máximo = 7,6, e assimetria de captação nas cordas vocais. A lesão pul-

monar suspeita de malignidade não era abordável por biópsia transtorácica, pelo que o doente foi proposto para cirurgia de ressecção pulmonar diagnóstica, com eventual lobectomia superior esquerda, dependendo do resultado histopatológico. Foi solicitado estudo funcional respiratório pré-operatório para referência à Consulta de Cirurgia Torácica. A relação volume expiratório forçado no primeiro segundo (FEV1)/capacidade vital forçada (FVC) era inferior a 70% após broncodilatação. Estes achados espirométricos eram compatíveis com DPOC. Na curva débito-volume, objetivava-se um plateau inspiratório menor do que o esperado, com formato em retângulo, indiciando obstrução extratorácica variável da via aérea superior. Os índices de obstrução da via aérea superior mostravam fluxo inspiratório forçado a 50% da capacidade vital forçada (FIF50) de 1,39 L/s (inferior ao normal), relação entre fluxo expiratório forçado a 50% da capacidade vital (FEF50) e FIF50 de 1,71 (superior ao normal), relação entre FEV1 e o pico de fluxo expiratório de 0,65 (superior ao normal) e relação entre o FEV1 e o volume expiratório forçado no primeiro meio segundo de 1,39 (dentro da normalidade). A análise da curva era corroborada pela análise dos índices de obstrução de via aérea superior, comprovando obstrução extratorácica variável.

**Discussão:** A obstrução da via aérea superior deste doente é consequente a cordectomia esquerda e radioterapia a que foi submetido em contexto de carcinoma pavimento-celular da laringe. A captação assimétrica nas cordas vocais evidenciada em PET-TC suporta este status pós-cirúrgico. Esta obstrução torna este doente um desafio anestésico pelo risco potencial de obstrução grave e difícil abordagem da via aérea, com probabilidade elevada de necessidade de traqueostomia urgente. A curva débito-volume influencia, assim, de modo decisivo a abordagem pré-operatória e o risco anestésico inerentes. O doente necessitará da avaliação conjunta pela Otorrinolaringologia, Cirurgia Torácica e Anestesiologia para a definição da abordagem preferencial da via aérea.

**Palavras chave:** Curva débito-volume. Espirometria. Obstrução da via aérea. Neoplasia.

#### PC 009. AFERIÇÃO DE DÉBITO DE OXIGENOTERAPIA DE DEAMBULAÇÃO POR PROVA DE MARCHA - UM PROTOCOLO DIFERENTE

M.F. Guia, J. Carvalho, A. Pinto, C. Tapada, F. Cruz, R. Bolas, P. Pinto, C. Bárbara

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

**Introdução:** A oxigenoterapia de deambulação é fundamental em doentes com dessaturação durante o esforço, no entanto a melhor forma de proceder à sua aferição durante a prova de marcha de 6 minutos (PM6M) ainda não está completamente definida.

**Métodos:** Análise prospetiva de um protocolo clínico desenhado para reduzir o número necessário de PM6M para uma correta aferição do débito de oxigenoterapia de deambulação. Se a saturação periférica de oxigénio (SpO2) se mantivesse  $\geq 88\%$  durante todo o teste, a prova terminaria aos 6 minutos. Se em algum momento, a SpO2 fosse inferior a 88%, a prova era suspensa temporariamente, o débito de oxigénio era aumentado em 1 L/min e o doente repousava pelo menos durante dois minutos, retomando a prova se, entretanto, a SpO2 ficasse  $\geq 90\%$ . Sempre que houvesse dessaturação para valores inferiores a 88%, a prova era novamente suspensa de forma temporária. A prova ficava concluída quando a duração total fosse de pelo menos seis minutos e o débito de oxigénio não tivesse sido alterado nos últimos três minutos da prova (SpO2  $\geq 88\%$  durante três minutos consecutivos). Para além dos critérios habituais, a prova era interrompida se houvesse incapacidade de manter SpO2  $\geq 88\%$  com débito de oxigénio de 15 L/min durante três minutos.

**Resultados:** 66 doentes realizaram PM6M de acordo com o protocolo, tendo sido realizadas alterações de débito de oxigénio em 27 deles. Desses 27 doentes, a maioria (56%) era do sexo masculino,

com média de idades de 72 anos (mínimo 60, máximo 89 anos). O diagnóstico principal mais frequente foi DPOC, presente em 12 doentes (44%). Quinze doentes (56%) apresentavam também síndrome de apneia obstrutiva do sono. Em 15 doentes foi utilizado concentrador de oxigénio portátil (COP) e em 12 foi utilizado oxigénio líquido. No grupo que usou COP, o débito inicial médio foi de 1 L/min (mínimo 0, máximo 3 L/min), sendo o débito final médio de 3 L/min (mínimo 1, máximo 5 L/min), enquanto que no grupo que utilizou oxigénio líquido, o débito inicial médio foi de 3 L/min (mínimo 0, máximo 6 L/min) e o débito final médio de 4 L/min (mínimo 1, máximo 7 L/min). Nos 27 doentes nos quais se procedeu a alteração do débito de oxigénio, verificou-se que a PM6M teve de ser suspensa temporariamente por uma vez em 19 deles, duas vezes em cinco deles e três vezes em três doentes. O tempo total de prova foi de seis minutos em 19 doentes; em quatro doentes a duração foi superior a seis minutos e inferior ou igual a sete, em três doentes foi superior a sete minutos e inferior ou igual a oito minutos e num doente foi superior a oito minutos (duração máxima nove minutos). Não se verificaram complicações, nomeadamente nos doentes que tiveram tempo total de prova superior a seis minutos.

**Conclusões:** A utilização deste protocolo pode permitir a redução do número de PM6M necessárias para aferir o débito de oxigenoterapia de deambulação, sem condicionar um aumento significativo do tempo total de duração da prova.

**Palavras chave:** Prova de marcha. Oxigenoterapia de deambulação. Insuficiência respiratória.

#### PC 010. ETIOLOGIA E IMPACTO DA LINFOPENIA EM DOENTES SUBMETIDOS A IMUNOTERAPIA NO TRATAMENTO DO CANCRO DO PULMÃO

M. Araujo, M. Louro, C. Silva, M. Amorim, A.L.Vieira, L. Ferreira  
*Hospital de Braga.*

**Introdução:** Dados recentes sugerem que a linfopenia pode estar associada a piores resultados terapêuticos em doentes com carcinoma pulmonar não pequenas células (CPNPC) tratados com imunoterapia (IT) e que a radioterapia (RT) se apresenta como uma causa frequente de linfopenia.

**Objetivos:** Analisar a sobrevida global (SG) e a sobrevida livre de progressão (SLP) de doentes com CPNPC sob IT, analisar o impacto da linfopenia na SG e SLP durante o tratamento com IT e determinar a relação entre a ocorrência de linfopenia e o tratamento com RT. **Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva dos doentes com CPNPC de um hospital universitário submetidos a IT. Dados clínicos e demográficos, SG e SLP foram analisados.

**Resultados:** Foram incluídos 41 doentes (88% do sexo masculino, idade média de 64 ± 8 anos), maioritariamente fumadores/ex-fumadores (81%) com ECOG 0 ou 1 (95%). O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma (63%). A IT foi o tratamento de primeira linha em 17% dos doentes, tendo sido o pembrolizumab o mais utilizado (68%). A linfopenia durante o tratamento ocorreu em 68,3% (n = 28) dos doentes. A realização de RT durante ou até 6 meses antes da IT (34%, n = 14) não mostrou correlação com o desenvolvimento de linfopenia. Doentes com linfopenia durante ou no início da imunoterapia mostraram uma SLP significativamente maior (SLP 16,6 vs 7,4 meses, p < 0,05), sem diferenças significativas na SG (SG 17,8 vs 14,9 meses, p = 0,258).

**Conclusões:** Embora se saiba que os linfócitos têm um papel importante na eficácia terapêutica da IT, a presença de linfopenia não se associou a um pior prognóstico dos doentes. Pelo contrário, observamos que os doentes com linfopenia apresentaram melhor prognóstico. Também não foi observada uma associação entre a realização de RT e o desenvolvimento de linfopenia.

**Palavras chave:** Cancro do pulmão. Imunoterapia. Linfopenia. Radioterapia.

#### PC 011. MENINGITE ASSÉPTICA - UM EFEITO ADVERSO RARO DO PEMBROLIZUMAB

J. Barata, M. Baptista, S. Martins, D. Pimenta Rocha, M. Afonso, J. Parreira, I. Vicente, M.J. Valente, E. Magalhães, M. de la Saete Valente, A. Craveiro

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.*

**Introdução:** Os avanços no tratamento do cancro do pulmão em estadio avançado têm sido desafiadores e a imunoterapia veio trazer uma nova esperança a estes doentes. O pembrolizumab foi associado a uma variedade de efeitos adverso relacionados com o sistema imunológico, mas a ocorrência de meningite asséptica é rara.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de uma senhora de 66 anos de idade, fumadora de 35 unidades-maço-ano, com antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial e carcinoma epidermóide do pulmão (expressão de PD-L1 > 50%) já em estadio IVB à data do diagnóstico em janeiro de 2018. A doente iniciou pembrolizumab em primeira linha com resposta parcial e sem efeitos secundários significativos. Em junho/2020 recorreu ao serviço de urgência por quadro clínico com 6 dias de evolução caracterizado por agravamento da dispneia basal, tosse produtiva de expectoração mucosa, hipertermia (38 °C) que cedia a paracetamol, náuseas, cefaleias e alterações comportamentais face ao habitual. Analiticamente sem leucocitose, neutrofilia e a procalcitonina e proteína-C reactiva eram negativas. A tomografia computadorizada craneo-encefálica não mostrava alterações de relevo e a punção lombar era caracterizada por líquido cristalino sem aumento de pressão, hiperproteínorráquia, 91 células com predomínio de mononucleares e glicose normal. A doente iniciou terapêutica empírica com ceftriaxone, vancomicina, ampicilina e aciclovir. Durante o internamento a doente apresentou agravamento das queixas de dispneia basal associadas a insuficiência respiratória parcial sendo transferida para os cuidados intensivos. A tomografia computadorizada de tórax revelou tratar-se de uma pneumonite intersticial grave secundária ao pembrolizumab sendo iniciada corticoterapia em altas dose e infliximab. Como o exame cultural bacteriano, micológico e micobacteriano e o painel para pesquisa de meningite/encefalite foi negativo, o diagnóstico de meningite asséptica secundária à imunoterapia foi assumido. A doente apresentou melhoria clínica e imagiológica após início de terapêutica com corticoterapia contudo acabou por falecer.

**Discussão:** Dada a raridade da meningite asséptica como efeito secundário ao pembrolizumab, os autores consideram pertinente o seu relato, para o seu rápido reconhecimento e rápida introdução de corticoterapia.

**Palavras chave:** Pembrolizumab. Meningite asséptica. Pneumonite.

#### PC 012. MUTAÇÕES KRAS/NRAS COMO MARCA DOS ADENOCARCINOMAS DO PULMÃO

L. Carvalho, A.F. Ladeirinha, A. Alarcão, M. Reis Silva, T. Ferreira, A.I. Rodrigues, C. Vilasboas, A. Figueiredo, F. Barata, V. Sousa

*Instituto de Anatomia Patológica e Patologia Molecular. CIMAGO-Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** O gene RAS está frequentemente mutado no cancro, sendo responsável por 30% das mutações, e varia consoante os diferentes tipos histopatológicos. No cancro do pulmão, as mutações do gene KRAS ocorrem em 20-40% dos adenocarcinomas, principalmente nos codões 12 e 13. Biópsia líquida e NGS são fundamentais na decisão terapêutica, em doentes em estágio não cirúrgico.

**Métodos:** Uma série de 16 doentes com adenocarcinoma avançado submetidos a terapia dirigida/imunoterapia foram submetidos a estudo mutacional em biópsia líquida, após recidiva tumoral. Após a recolha de sangue em tubo Streck e extracção de cfDNA com o kit DNA MagMAX™ Cell-Free DNA Isolation Kit utilizou-se o painel OncoMine™ Lung cfDNA Assay (11 genes) (Thermo Fisher Scientific, Waltham, MA, EUA), de acordo com as instruções do fabricante, para a análise das alterações genéticas por Sequenciação de Nova Geração (NGS, do inglês Next Generation Sequencing) no sistema Ion S5™.

**Resultados:** Das 16 amostras, 5 casos apresentaram mutações KRAS/NRAS; em dois casos, as mutações no gene KRAS estavam em concomitância com os genes TP53 e EGFR ou NRAS. Os restantes 3 casos apresentaram isoladamente mutações nos genes KRAS ou NRAS. Todas as mutações no gene KRAS ocorreram nos codões 12 ou 13.

**Conclusões:** O KRAS está a tornar-se um biomarcador preditivo de resposta à quimioterapia/alvo e os dados pré-clínicos precoces mostraram que a presença da mutação KRAS induziu uma maior sensibilidade nos modelos com pemetrexed. Após biópsia líquida nos adenocarcinomas não cirúrgicos, o KRAS/NRAS desempenha um papel precoce no acompanhamento terapêutico dos casos de carcinomas pulmonares avançados, uma vez que a imunoterapia beneficia a sobrevivência quando estas alterações moleculares estão presentes.

**Palavras chave:** Cancro do pulmão. KRAS. NRAS. Biópsia líquida.

### PC 013. INSERÇÃO NO EXÃO 20 DO GENE EGFR IDENTIFICADA EM BIÓPSIA LÍQUIDA - CASO CLÍNICO

L. Carvalho, A. Alarcão, A.F. Ladeirinha, M. Reis Silva, T. Ferreira, A.I. Rodrigues, C. Vilasboas, A. Figueiredo, F. Barata, V. Sousa

*Instituto de Anatomia Patológica e Patologia Molecular. CIMAGO-Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** No Catalog of Somatic Mutations in Cancer (COSMIC) estão descritas cerca de 100 inserções no exão 20, e dada a sua raridade, estas mutações e respectivos resultados clínicos não estão totalmente estabelecidos. No entanto, a inserção no exão 20 do gene EGFR é a mais prevalente das mutações pouco frequentes do gene EGFR e pode encontrar-se em aproximadamente 1,5-2,5% dos adenocarcinomas pulmonares, no género feminino, etnia asiática e em doentes não fumadores.

**Métodos:** A biópsia pulmonar de mulher de 61 anos de idade, não fumadora, com Adenocarcinoma Pulmonar (expressão de CK7/TTF1/napsina e sem expressão de CK20/vimentina/CD10/receptores de estrogénio/CCR/CD10) em estágio clínico T2bN0M1c - IVB, correspondia a tecido tumoral fixado em formol e embebido em parafina, do qual se seleccionou tecido neoplásico por macrodissecção, verificando-se a presença de 10% de células tumorais. A pesquisa de mutações no gene EGFR foi efectuada com recurso ao teste Idylla™ EGFR (exões 18/19/20/21). O sangue foi colhido em tubo Streck e a extração do cfDNA foi efectuada com kit DNA MagMAX™ Cell-Free DNA Isolation Kit. A preparação da biblioteca para a Sequenciação de Nova Geração (NGS) foi efectuada com o painel OncoMine™ Lung cfDNA Assay, de acordo com as instruções do fabricante para Sistema Ion S5™.

**Resultados:** Em ambas as amostras, biópsia (Idylla) e biópsia líquida (NGS), e com um ano de intervalo, identificou-se no exão 20 do gene EGFR a inserção, c.2319\_2320insCAC; p. (His773\_Val774insHis). Após terapêutica com afatinib, foi introduzido osimertinib devido à detecção de metástases no rim esquerdo; o acompanhamento foi efectuado durante 2 anos e meio.

**Conclusões:** Estudos mostraram que diferentes inserções no exão 20 conduzem a diferentes respostas aos TKIs EGFR, dependendo da

localização que afectam no domínio cinase do EGFR. A inserção no exão 20 está associada à perda de sensibilidade aos TKIs EGFR de primeira geração (erlotinib/gefitinib), a uma resposta parcial ao de segunda geração (afatinib) e terceira geração (osimertinib/rociletinib). Estão em curso resultados promissores para o nazartinib e poziotinib.

**Palavras chave:** EGFR. Inserção exão 20. Biópsia líquida.

### PC 014. MUTAÇÃO NO PI3KCA EM EPITÉLIO BRÔNQUICO ATÍPICO INTRA-TUMORAL

L. Carvalho, A.F. Ladeirinha, A. Alarcão, M. Reis Silva, T. Ferreira, A.I. Rodrigues, C. Vilasboas, A. Figueiredo, F. Barata, V. Sousa

*Instituto de Anatomia Patológica e Patologia Molecular. CIMAGO-Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** A detecção de alterações moleculares presentes nas lesões pré-neoplásicas e pré-invasivas que acompanham os carcinomas pulmonares poderão auxiliar no desenho do rastreio precoce do cancro do pulmão. Em casos de adenocarcinomas bronco-pulmonares e de AIS/MIA, foi empreendido um esforço de comparação dos resultados de NGS obtidos, após aplicação de procedimentos técnicos uniformes aplicados ao epitélio atípico do tipo brônquico (ABTE) reconhecido próximo da neoplasia.

**Métodos:** A partir de três adenocarcinomas pulmonares e respectivo epitélio atípico do tipo brônquico distinto, recolheram-se áreas representativas por macrodissecção manual independente de blocos FFPE; adenocarcinoma in situ (1 caso) e adenocarcinoma minimamente invasivo (2 casos) foram também incluídos no estudo. O NGS (Ion AmpliSeq™ Colon and Lung Cancer Research Panel v2.) foi realizado na plataforma ION-PGM, e a análise por FISH dos genes ALK, ROS1 e MET foi também efectuada em cortes de 4 µm de espessura.

**Resultados:** Em dois adenocarcinomas e respectivo epitélio atípico do tipo brônquico encontraram-se mutações somáticas nos genes KRAS, FGFR2 e DDR2; os genes PI3KCA, EGFR e MET representaram outro dueto, enquanto o gene ERBB2 se manifestou num caso. Por FISH não se encontraram rearranjos nos genes ALK e ROS1 nem amplificações no gene MET. O caso AIS apresentou mutações somáticas nos genes ERBB2/4, EGFR e SMAD4, enquanto nos dois casos MIA não se encontraram mutações na sequenciação com o painel aplicado.

**Conclusões:** O estado mutacional no epitélio atípico do tipo brônquico é idêntico ao dos adenocarcinomas concomitantes, fornecendo provas de que vários eventos genéticos precoces estão presentes na carcinogénese do adenocarcinoma pulmonar, diferente da carcinogénese AIS/MIA. O ABTE necessita de mais estudos focados nas lesões pré-invasivas de forma a permitir a orientação clínica precoce através da identificação de doentes de alto risco de carcinoma bronco-pulmonar por rastreio, nomeadamente em fumadores.

**Palavras chave:** Pulmão. Lesões pré-neoplásicas. Lesões pré-invasivas. Adenocarcinoma.

### PC 015. IMUNOTERAPIA E HIPOFISITE - QUANDO A HIPOTENSÃO TEM OUTRA RAZÃO...

A. Craveiro, S. Martins, J. Barata, D. Pimenta, E. Magalhães, I. Vicente, M. Valente, S. Valente, M. Afonso, M. Baptista

*Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.*

**Introdução:** As novas terapêuticas anticancerígenas apresentam, globalmente, um perfil de segurança e conforto superior ao da quimioterapia clássica. Não obstante o seu inquestionável valor (no-

meadamente no tratamento do Cancro Pulmonar), a imunoterapia pode associar-se a vários efeitos secundários, de frequência e gravidade muito dispares, implicando, por isso, adequada monitorização (clínica, analítica e imagiológica) de forma seriada. A Insuficiência Supra-Renal, na sua forma secundária, embora mais comumente decorrente de iatrogenia à corticoterapia, apresenta-se como um possível e importante efeito adverso da imunoterapia. **Caso clínico:** Apresenta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, de 69 anos, ex-fumador (carga tabágica de 60 UMA), seguido em Pneumologia por Enfisema pulmonar e Adenocarcinoma pulmonar - estadio IIIA (com pesquisa de EGFR, ALK e ROS-1 negativa; PD-L1 negativo). Previamente alvo de cirurgia e radioterapia estereotáxica fracionada, iniciou terapêutica com vinorelbina. Por progressão após 2 ciclos, começou 3ª linha de tratamento com nivolumab, apresentando estabilidade clínica aos 56 ciclos de tratamento. De antecedentes a destacar: carcinoma gástrico e microcarcinoma medular da tiróide (abordados cirurgicamente), fibrilhação auricular (sob anticoagulação crónica), hipertensão arterial e dislipidemia (ambas controladas por terapêutica médica). Sem queixas respiratórias, desenvolveu - ao longo de semanas e com agravamento progressivo - quadro clínico de cansaço para mínimos esforços, astenia, perda de apetite, emagrecimento (estimado em 10 Kg) e hipotensão sintomática (mesmo após suspensão de terapêutica anti-hipertensiva), com lipotimia e síncope associadas. Sem alterações de relevo ao exame objetivo e com estabilidade nos exames de imagem, apresentava-se, analiticamente, com linfopenia relativa (sem outras alterações do hemograma), função renal, hepática e tiróidea normais, hiponatremia discreta e acentuada diminuição do doseamento sérico das hormonas Cortisol e Adrenocorticotrófica (ACTH). Assumindo-se provável Hipofisite secundária a imunoterapia, o Nivolumab foi suspenso e o doente iniciou corticoterapia sistémica em altas doses (em esquema regressivo lento, até manutenção a longo-prazo com Hidrocortisona oral). Ao longo do seguimento em consulta quinzenal, verificou-se progressiva melhoria clínica, com resolução da hipotensão sintomática e gradual recuperação do apetite, vitalidade e habituais níveis de atividade do doente. A Insuficiência Supra-Renal central, assumindo distintos níveis e implicando opções terapêuticas mais ou menos urgentes, é reconhecida enquanto potencial efeito adverso de várias classes farmacológicas - nomeadamente da Imunoterapia.

**Discussão:** Apresenta-se o caso clínico acima descrito a fim de realçar a gravidade potencialmente associada a quadros de hipofisite (com decorrente prejuízo do eixo hipotálamo-pituitária-glândulas supra-renais), bem como a necessidade de considerar a imunoterapia como uma arma terapêutica valiosa mas, simultaneamente, capaz de comportar riscos não desprezíveis.

**Palavras chave:** Cancro pulmonar. Imunoterapia. Insuficiência supra-renal central. Cortisol.

#### PC 016. QUISTOS PULMONARES - DIVERSIDADE E RISCO - A PROPÓSITO DE UM CASO

A. Craveiro, D. Pimenta, M. Baptista, M. Valente, S. Valente, S. Martins, M. Afonso

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

**Introdução:** Quistos pulmonares, enquanto áreas delimitadas por parede de espessura variável, podem ser únicos ou difusos e a sua formação resultar de vários. O seu diagnóstico diferencial é amplo, reconhecendo-se, cada vez mais, a existência de neoplasias pulmonares tardiamente diagnosticadas associadas à presença de pequenos quistos pulmonares.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 68 anos de idade, autónoma nas atividades de vida diária. Reformada da indústria têxtil e nunca fumadora. Como antecedentes pessoais a destacar: hipertensão arterial e úlcera gástrica (medicamente controlados) e, a nível familiar, filha com neoplasia pulmo-

nar. Recorreu ao serviço de urgência por quadro clínico, com duas semanas de evolução, caracterizado por cansaço fácil e dispneia para esforços progressivamente menores, tosse seca acessual, astenia e anorexia. Associadamente, e com agravamento progressivo, queixas álgicas na região torácica inferior direita, de características pleuríticas, com irradiação dorsal homolateral. Ao exame objetivo, bom estado geral. Eupneica em repouso a ar ambiente (SatO<sub>2</sub> 93%) e, na auscultação pulmonar, acentuada diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do hemitórax direito; sem alterações à esquerda. Analiticamente, sem alterações de relevo. Gasometria arterial com insuficiência respiratória parcial ligeira. Telerradiografia torácica com hipotransparência homogénea nos 2/3 inferiores do campo pulmonar direito, com concavidade superior, sem desvio do mediastino, sugestiva de volumoso derrame pleural à direita. Iniciou-se a sua abordagem diagnóstica e terapêutica com Toracocentese evacuadora (líquido pleural citrino com características bioquímicas de exsudado, ADA normal, pesquisa de DNA M. tuberculosis negativa) e Tomografia Computorizada do Tórax pós-toracocentese - confirmando a presença de derrame pleural direito volumoso, condicionando colapso parcial dos lobos superior, médio e inferior, traços de fibrose e a existência de lesão quística, com estrutura nodular no seu interior, ao nível do lobo superior direito. Adicionalmente, fez videobroncoscopia em bloco operatório (mostrando colapso infundibular dos brônquios segmentares na pirâmide basal direita) e toracoscopia médica (com realização de biópsias de pleura densamente preenchida por infiltrado de aspeto “granitado”). A citologia de ambas as amostras (líquido pleural e pleura biopsiada) veio revelar alterações compatíveis com envolvimento pleural de Adenocarcinoma do Pulmão. Para estadiamento, fez PET/CT (com hiper captação de radiofármaco em espessamentos pleurais diafragmáticos, costais e mediastínicos à direita - SUV<sub>máx.</sub> tardio de 9,4 e captação inicial em formação ganglionar na cadeia mamária interna direita - Q. SUV<sub>máx.</sub> 4,7, sugestiva de lesão secundária) e, após estudo molecular do tumor (identificando-se apenas mutações nos exões 21 e 3 do gene EGFR e no exão 10 do gene PIK3CA), com neoplasia pulmonar estadio IV-A por metastização pleural, iniciou tratamento com Erlotinib 150 mg.

**Discussão:** Existem vários subtipos morfológicos de neoplasias associadas a quistos no parênquima pulmonar, com padrões de evolução também variáveis, mas tendem a predominar os Adenocarcinomas (conforme verificado no caso apresentado). No caso em análise, a coexistência de volumoso derrame pleural e a clínica da doente, facilitou a realização de estudo etiológico. Contudo, estudos demonstram que continua a ser frequente o subdiagnóstico de neoplasias pulmonares em associação a lesões quísticas, pelo que se destaca a necessidade de manter sempre alta a suspeição diagnóstica.

**Palavras chave:** Quisto pulmonar. Derrame pleural. Adenocarcinoma pulmonar.

#### PC 017. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM ÉPOCA DE PANDEMIA DE COVID-19 - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

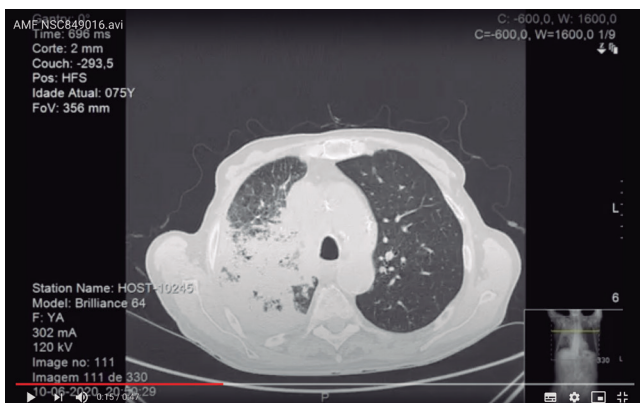
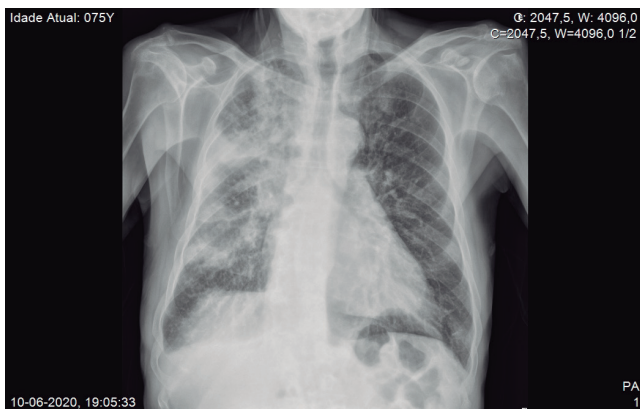
M. Dias, L. Duarte, C. Canelas Mendes, J. Madeira Lopes

Serviço de Medicina 2, Hospital de Santa Maria.

**Introdução:** O neoplasia do pulmão permanece a principal causa de mortalidade por cancro em todo o mundo. O carcinoma de pequenas células do pulmão (CPCP) é o subtipo histológico mais agressivo, representando 15 a 25% de todas neoplasias pulmonares. Apesar de todos os avanços terapêuticos, os resultados permanecem desanimadores dada a alta taxa de crescimento tumoral. Apesar de apresentar inicialmente boa resposta à quimioterapia, a maioria dos doentes irá apresentar recidiva com doença extensa e pouco responsiva à terapêutica. Com o envelhecimento da população aumenta o número de casos de CPCP com aproximadamente 50% dos doentes com doença limitada a terem mais de 70 anos de idade. Este

tumor neuroendócrino pode apresentar variada sintomatologia paraneoplásica, nomeadamente hiponatremia e disfunção tiroideia imunomediada.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de um homem de 75 anos com antecedentes de hipertensão arterial sistémica, cardiopatia isquémica e tabagismo ativo (90 UMA) que recorreu ao serviço de urgência solicitando realização de teste para pesquisa de SARS-CoV-2 por quadro de tosse com 2 meses de evolução com agravamento na semana prévia. Ao questionário dirigido mencionava queixas inespecíficas de cansaço e anorexia com semanas de evolução e perda ponderal não quantificada. Analiticamente com leucocitose neutrofílica, hiperbilirrubinemia, proteína C reativa elevada e hiponatremia. A radiografia de tórax apresentava infiltrado heterogêneo mal definido multifocal no campo pulmonar superior direito. O estudo histológico da amostra colhida por broncofibroscopia revelou CPCM. Destaca-se ainda aumento da FT4 com TSH normal, anticorpos anti-tiroperoxidase negativos, anticorpos anti-recetor de TSH (TRAb) normais e calcitonina elevada, sugerindo hipertiroidismo de provável etiologia paraneoplásica. Apresentou ainda hiponatremia grave com necessidade de restrição hídrica e reposição endovenosa em provável relação com SIADH. Assume-se diagnóstico de CPCM com doença de Graves e SIADH paraneoplásica, tendo iniciado quimioterapia com Carboplatina e Etoposido. Dada a elevada probabilidade de metastização do SNC neste subtipo histológico, realizou TC-CE que não mostrou lesões. Realizou PET-scan que mostrou extensão de doença aos gânglios hilares contralaterais assumindo-se CPCM em estágio avançado.



**Discussão:** Destaca-se a importância do diagnóstico diferencial em tempos de pandemia COVID-19. A hiponatremia é o distúrbio eletrolítico mais comumente associado ao CPCM e está associada a aumento de morbidade e mortalidade. A doença de Graves, apesar de descrita na literatura, é menos comum, já que estes doentes apresentam mais frequentemente hipotiroidismo. A presença de síndromes paraneoplásicas do foro endocrinológico confere também pior

prognóstico. Dado o exposto anteriormente, atendendo à idade do doente, comorbilidades, extensão de doença neoplásica e presença concomitante de síndromes paraneoplásicas, podemos inferir que a probabilidade de remissão de doença é baixa e a probabilidade de progressão é muito alta, conferindo-lhe um mau prognóstico vital.

**Palavras chave:** Carcinoma pequenas células do pulmão. COVID-19. Paraneoplásico. Hiponatremia. Hipertiroidismo.

### PC 018. ADENOCARCINOMA PULMONAR COM MUTAÇÕES H1047R E L858R NOS GENES PIK3CA E EGFR EM BIÓPSIA LÍQUIDA - CASO CLÍNICO

L. Carvalho, A. Alarcão, A.F. Ladeirainha, M. Reis Silva, T. Ferreira, A.I. Rodrigues, C. Vilasboas, A. Figueiredo, F. Barata, V. Sousa

*Instituto de Anatomia Patológica e Patologia Molecular. CIMAGO-Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** A presença das mutações no gene PIK3CA varia entre 1,5% a 7,7%, a jusante da via de sinalização do EGFR e corroboram a oncogénese/progressão no Adenocarcinoma Pulmonar. As mutações no gene PIK3CA coexistem frequentemente com outras mutações do EGFR relacionadas com a resistência aos inibidores da tirosina-cinase (TKIs), ainda não bem compreendidas/interpretadas.

**Caso clínico:** Mulher de 65 anos de idade com adenocarcinoma pulmonar estágio IVb (expressão de CK7/TTF1/vimentina e negatividade para CK20/mamaglobina) apresentava metástase hepática aquando do diagnóstico que foi biopsada. No tecido de biópsia, seleccionou-se área com 80% de células tumorais para pesquisa de mutações no gene EGFR com recurso ao teste IdyllaTM EGFR (exões 18/19/20/21) e no sangue - biópsia líquida (colhido em tubo Streck), extração do cfDNA foi efectuada com kit DNA MagMAX™ Cell-Free DNA Isolation Kit. Utilizou-se o painel OncoPrint™ Lung cfDNA Assay (Thermo Fisher Scientific, Waltham, MA, EUA), de acordo com as instruções do fabricante, para análise genómica do cfDNA por Sequenciação de Nova Geração (NGS, do inglês Next Generation Sequencing) no Sistema Ion S5™. Nas células da metástase hepática não se detectaram mutações no gene EGFR, enquanto que na biópsia líquida, se identificaram as mutações c.2573T > G;p.(Leu858Arg) e c.3140A > G;p.(His1047Arg) nos genes EGFR e PIK3CA, respectivamente.

**Discussão:** As mutações c.2573T > G;p.(Leu858Arg) no gene EGFR e c.3140A > G;p.(His1047Arg) no gene PIK3CA estão associadas à resposta aos TKIs EGFR e à resposta aos inibidores da via PI3K/AKT/mTOR, respectivamente. Nos carcinomas pulmonares, para além do resultado clínico independente, ainda não são conhecidas as interacções entre mutações dos genes PIK3CA/EGFR. Este caso enfatiza a actual discussão sobre a heterogeneidade tumoral e a correlação da expressão da Vimentina com neoplasias da via da activação da transição epitélio - mesénquima, com potencial metastático reconhecido.

**Palavras chave:** EGFR. PIK3CA. Leu858Arg. His1047Arg.

### PC 019. CARCINÓIDES BRÔNQUICOS E PULMONARES: MORFOLOGIA E CARCINOGENESE

A. Lai, M.B. Pimentão, L. Carvalho

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** As neoplasias neuroendócrinas do pulmão, divididas em quatro subtipos histopatológicos principais: carcinóide típico, carcinóide atípico, carcinoma neuroendócrino de células grandes e carcinoma do pulmão de células pequenas, permitem considerar tumores neuroendócrinos bem diferenciados e carcinomas neuroen-



dócrinos pouco diferenciados, estes propensos a combinar com outros subtipos morfológicos, em que os primeiros, tumores carcinóides, apresentam características morfológicas, imunohistoquímicas, contagem de mitoses/mm<sup>2</sup> e presença ou ausência de necrose, para diferenciar carcinóide típico de atípico. A subclassificação histopatológica dos tumores carcinóides pode ainda não incluir características relevantes para estratégias terapêuticas e follow-up.

**Objetivos:** A histopatologia dos tumores carcinóides, através de características morfológicas subtis e particulares, não consideradas na Classificação da OMS/2014, será enriquecida de forma consistente com a sua descrição nos relatórios histopatológicos. Apresentam-se três casos exemplificativos.

**Métodos:** Caso 1: carcinóide típico - doente do género feminino, 81 anos de idade, antecedentes de adenocarcinoma gastrointestinal e aparecimento de um nódulo no lobo superior esquerdo durante o follow-up. Procedeu-se a biópsia cirúrgica, identificando-se um nódulo brônquico com 1,4 × 1,4 × 0,8 cm, com escasso parênquima pulmonar envolvente. Caso 2: carcinóide típico - doente do género feminino, 49 anos de idade, com tosse persistente e perda de peso, que foi submetida a lobectomia superior do pulmão direito, por nódulo brônquico com 1,5 cm de diâmetro. Caso 3: carcinóide típico - doente do género feminino, 35 anos de idade, com provável hamartoma por TAC. Procedeu-se a biópsia cirúrgica do lobo inferior direito, onde se identificou um nódulo medindo 4,5 × 4 × 3,5 cm, peri-brônquico, que em secção apresentava consistência óssea.

**Resultados:** Os casos descritos correspondem a doentes do género feminino, idade entre os 35-81 anos e diagnóstico de carcinóides típicos, dois localizados nos lobos superiores e um no lobo inferior. A dimensão das lesões variava entre 1,4 cm e 4,5 cm de eixo maior. Os três tumores apresentavam padrões típicos das neoplasias neuroendócrinas: sólido, trabecular e em pequenos ninhos, conjuntamente com expressão de TTF1 nos casos 1 e 2 (excepção no caso 3); CD56 e cromogranina A. Para além destas características, o caso 2 tinha dois padrões morfológicos bem distintos, diferenciados com a imunomarcagem para CK7 no padrão sólido e ausência dessa expressão no padrão trabecular. O caso 3, o tumor maior e com matriz óssea, descrita na literatura - actualmente pouco observada, tinha doença metastática num gânglio linfático hilar.

**Conclusões:** Os carcinóides brônquicos/pulmonares representam um grupo de neoplasias com espectro amplo de morfologias, diferentes expressões dos marcadores neuroendócrinos com valor prognóstico ainda não esclarecido, e onde as citoqueratinas citoplasmáticas são também variáveis. A revisão deste tema correlaciona-se com a interpretação do significado clínico e prognóstico, quer da diferenciação epitelial, quer ao nível da matriz, que poderão correlacionar-se com a carcinogénese/prognóstico, neste grupo de tumores. Os casos 2 e 3 reforçam este comportamento, respectivamente, no que respeita a heterogeneidade tumoral e diferenciação da matriz óssea.

**Palavras chave:** Carcinóide brônquico e pulmonar. Expressão de CK7. Matriz óssea.

## PC 020. UMA CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

I. Barreto, F. Godinho Oliveira, P. Falcão, C. Teles Martins, I. Claro, E. Fragoso, C. Lopes, P. Azevedo, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

**Introdução:** As reacções cutâneas pela processionária ou lagarta do pinheiro (*Thaumetopoea pityocampa*) são comuns na população do sul da Europa, onde esta espécie é endémica, podendo ocorrer, menos frequentemente, reacções oculares, respiratórias ou gastrointestinais. A resposta imune é predominantemente IgE-mediada, ocorrendo geralmente 1-12 horas após o contacto com os pelos irritantes das larvas, por efeito da proteína taumetopoina.

**Caso clínico:** Mulher, 55 anos, fumadora (20 UMA), com infecção VIH-1 (estado imunológico desfavorável por incumprimento tera-

pêutico) e esquizofrenia paranoide. Admitida no Serviço de Urgência por angioedema exuberante após ingestão de processionárias, com episódio de vômitos e dor abdominal. Exame objectivo: vigil, eupneica, sem estridor, com edema exuberante da língua e lábios, SpO<sub>2</sub> 97%; TA 133/79 mmHg, FC 82/min; auscultação pulmonar com murmúrio vesicular rude, sem ruídos adventícios. Nasofibroscoopia: edema da parede posterior da nasofaringe, epiglote e ambas as cordas vocais, que são móveis, com lúmen glótico permeável. Foi medicada com hidrocortisona 200 mg, metilprednisolona 80 mg, clemastina 2 mg e adrenalina 0,5 mg intramuscular. Apesar de optimização terapêutica com corticoterapia em dose máxima, anti-histamínico e terapêutica adicional com ácido aminocapróico e icatibant, verificou-se evolução desfavorável, com paragem respiratória e bradicardia extrema por obstrução da via aérea, motivando entubação orotraqueal e admissão em Unidade de Cuidados Intensivos. Por persistência de angioedema, foi mantida ventilação mecânica invasiva (total de 7 dias) para protecção da via aérea, assim como metilprednisolona 40 mg 8/8h e clemastina 2 mg 12/12h. Avaliação do complemento (C3, C4, CH50), C1 inibidor e tiroxina livre (fT4) sem alterações. Verificou-se quadro de gastroparésia/íleus associado a edema da mucosa gastrointestinal, confirmado em TC abdomino-pélvica - significativo espessamento difuso da parede gástrica e discreto espessamento parietal de ansas do delgado. Foi documentada emissão de várias lagartas nas fezes, bem com presença de múltiplas lagartas na sonda nasogástrica. Avaliação por broncofibroscopia ao 7º dia de admissão sem evidência de edema da via aérea, tendo sido extubada para ventilação espontânea, com subsequente evolução clínica favorável, progressiva remissão do angioedema e restabelecimento do trânsito gastrointestinal. Teve como intercorrência traqueobronquite por *Haemophilus influenzae*, tratada com beta-lactâmico. Protelado início de tratamento anti-retroviral para após conclusão da antibioterapia, pelo risco de síndrome inflamatória de reconstituição imunológica. Foi iniciada profilaxia de pneumocistose com cotrimoxazol, atendendo à situação imunológica, e optimizada a terapêutica psiquiátrica. Foi transferida para a enfermaria ao 8º dia, mantendo programa de reabilitação respiratória e motora, tendo sido realizado progressivo desmame de corticoterapia e oxigenoterapia. Teve alta ao 14º dia, medicada prednisolona 20 mg em desmame e anti-histamínico, clinicamente melhorada.

**Discussão:** Trata-se de um caso raro de envolvimento respiratório e gastrointestinal por ingestão de lagarta-do-pinheiro em doente com patologia psiquiátrica, manifestado por angioedema a condicionar obstrução da via aérea superior e angioedema da mucosa gastrointestinal. Atendendo à má resposta ao tratamento convencional do angioedema alérgico mediado por IgE, poderá tratar-se de um quadro de hipersensibilidade ou angioedema tóxico. Considerando a história clínica, parecem menos prováveis o angioedema associado ao VIH, ingestão de outros tóxicos ou edema associado a patologia tiroideia.

**Palavras chave:** Angioedema. Obstrução da via aérea. Processionária. Lagarta do pinheiro.

## PC 021. UMA CAUSA RARA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÓNICA NO ADULTO

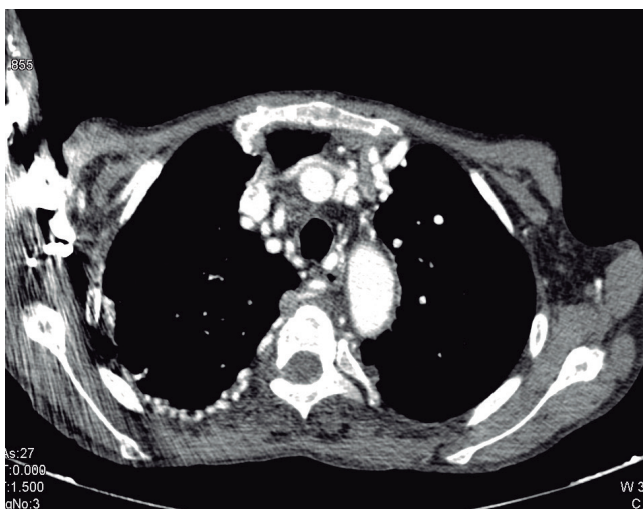
R. Ferro, S. Guerra, M. Conceição, Â. Dias Cunha, A. Campos, A. Simões Torres

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

**Introdução:** A tetralogia de Fallot é a cardiopatia congénita cianótica mais comum, caracterizada por defeito do septo interventricular, artéria aorta que se sobrepõe ao defeito do septo interventricular, estenose pulmonar e hipertrofia ventricular direita.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 61 anos, caucasiano, comerciante de fruta, ex-fumador de 10 unidades maço-ano, com antecedentes de tetralogia de Fallot não corrigida cirurgicamente e mielo-

ma múltiplo. Internado no Serviço de Pneumologia por dispneia de esforço agravada na última semana. Ao exame objetivo, apresentava saturação arterial periférica de oxigénio de 58% e exuberante hipocratismismo digital. À admissão, a gasimetria arterial revelou acidemia respiratória (pH 7,31, pO<sub>2</sub> 28, pCO<sub>2</sub> 49, HCO<sub>3</sub>- 24,7) e o estudo analítico poliglobulia e trombocitopenia. Sem alterações na radiografia tórax. Durante o internamento, o doente manteve-se eupneico, apesar de gasimetricamente manter acidemia respiratória com ventilação não invasiva binível e nunca apresentar pO<sub>2</sub> superiores a 40 mmHg com diferentes valores de FiO<sub>2</sub>. Realizou TC tórax, que confirmou a presença de malformação vascular complexa, com artéria pulmonar de pequeno calibre e exuberante circulação colateral na região pleural do LSD e no interior da cisura do pulmão esquerdo. Observou-se ainda uma massa paravertebral direita e alguns nódulos paravertebrais esquerdos, sugestivos de hematopoiese extramedular. O ecocardiograma transtorácico apresentou alterações compatíveis com tetralogia de Fallot com possível shunt D-E pela CIV e ventrículo direito dilatado e hipertrofiado. À data de alta, mantinha insuficiência respiratória global com FiO<sub>2</sub> 26% (pH 7,33, pO<sub>2</sub> 33, pCO<sub>2</sub> 59, HCO<sub>3</sub>- 31,1) e recusou ventilação domiciliária.



**Discussão:** Este caso clínico ilustra uma causa rara de insuficiência respiratória crónica no adulto, sem melhoria relevante com oxigenoterapia ou ventiloterapia. Destaca-se, ainda, por se tratar de um doente que recusou tratamento cirúrgico e que apresenta uma sobrevivência superior à descrita na literatura.

**Palavras chave:** Cardiopatia congénita. Hipocratismismo digital. Insuficiência respiratória.

## PC 022. CLASSIFICAÇÃO DOS TIMOMAS - EM MEMÓRIA DE JUAN ROSAI

A. Lai, M.B. Pimentão, L. Carvalho

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** Em 1976, Juan Rosai e Gerald Levine estabeleceram a natureza epitelial do “timoma” e pouco depois, propuseram uma classificação que englobava a morfologia e o comportamento clínico da neoplasia, correlacionando com o grau de invasão da cápsula do timo, aquando da cirurgia. Estas conclusões foram fundamentais para as classificações subsequentes, principalmente a desenvolvida por Masaoka et al em 1981, actualmente ainda a mais usada no estadiamento dos timomas. A Classificação Histogenética de Müller-Hermelink (1999) continua a ser a base para a classificação de 2014 da OMS, orientada para a designação dos subtipos dos timomas em A e B. A sobrevivência global para os tipos AB e B1 é excelente, com uma sobrevivência global de 80-100% aos 5 e 10 anos, ao passo que para o tipo B2, a sobrevivência global é de 70-90% aos 10 anos.

**Objetivos:** Em memória de Juan Rosai (20 de Agosto 1940-7 de Julho 2020) chamamos a atenção para a classificação de 2014 da OMS para os timomas, ao aplicar-se um reconhecimento amplo da morfologia com a apresentação de um caso de timoma AB, com componentes B1 e B2.

**Métodos:** Doente do género feminino, com 65 anos de idade, internada por suspeita de infecção por Rickettsia, tendo-se objectivado na TAC, uma massa sólida com 11,3 × 7 cm, no andar antero-superior do mediastino, proposta para remoção cirúrgica.

**Resultados:** A peça cirúrgica correspondia a timo pesando 329 g e medindo 12 × 9 × 7 cm, delimitado por cápsula fina e brilhante. Em secção, estava presente neoplasia vagamente lobulada, castanho-rosada e de consistência mole. No exame microscópico observaram-se dois componentes diferentes: timoma A com padrão nodular de feixes de células fusiformes, monomórficas, interceptado por padrão B composto por áreas com população variável de células T sobre-epiteliais, definindo padrões do tipo B1 e tipo B2.

**Conclusões:** Na generalidade, os timomas são neoplasias malignas raras, contudo são as mais comuns na região do mediastino anterior, em adultos acima dos 40 anos, sendo o tipo AB o mais comum, seguido pelos tipos B2 e B1. O timoma AB apresenta o componente epitelial pobre em linfócitos T, à custa de células fusiformes (tipo A), para além de um outro componente epitelial com presença de linfócitos T em intensidade variável (tipo B). A idade dos doentes para o tipo AB pode variar entre os 11 e os 89 anos, mas a idade média é 57 anos. Ainda não existe um factor etiológico atribuível à fisiopatologia destas neoplasias, mas existem algumas descrições de possíveis células epiteliais tímicas precursoras. No caso apresentado foi possível subclassificar o componente do timoma B em B1 e B2, através da aplicação das recomendações da classificação da OMS de 2014. Tendo em conta que o timoma tipo B2 tem pior prognóstico comparativamente aos timomas tipo AB e tipo B1, é importante diferenciar e subclassificar o componente B, quando presente, uma vez que poderá ter implicações na previsão terapêutica e de follow-up.

**Palavras chave:** Timomas. Juan Rosai. Timomas A e B.

## PC 023. “BLOOM” E O PULMÃO: UMA CAUSA POSSÍVEL DE HEMOPTISES

C.S. Figueira de Sousa, R. Branquinho Pinheiro, P. Mendes

*Serviço de Pneumologia, Hospital Central do Funchal.*

**Introdução:** As catinonas sintéticas são psicoestimulantes semelhantes às anfetaminas que surgiram como alternativas às drogas ilícitas como o ecstasy, cocaína e anfetaminas. Estas substâncias são vendidas dissimuladas como “sais de banho” e “fertilizantes de

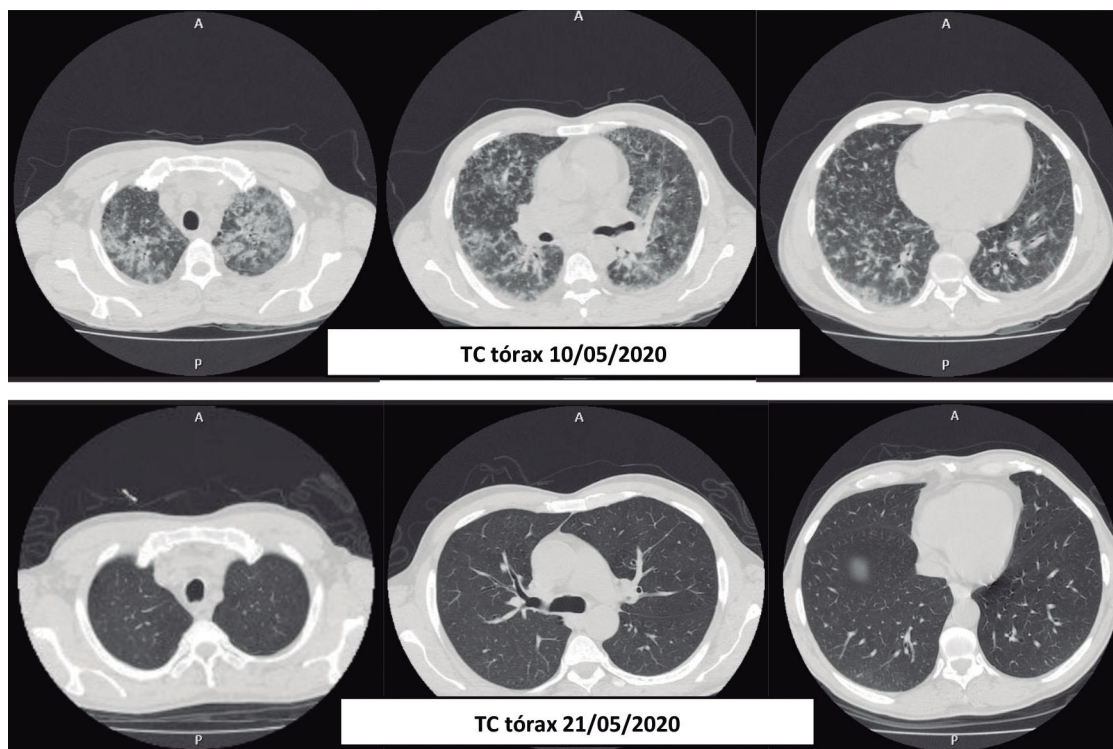


Figura PC 023

plantas” e são conhecidas pelos seus nomes de rua “Bloom”, “Cloud nine”, “Vanilla sky”, etc. A associação entre o consumo de cocaína e anfetaminas e a ocorrência de hemorragia alveolar difusa (clínica e subclínica) está bem documentada na literatura. Já no caso das catinonas sintéticas existem escassos relatos dos efeitos pulmonares causados pela sua intoxicação.

**Caso clínico:** Os autores relatam um caso de um doente de 47 anos, com antecedentes pessoais de tabagismo, alcoolismo e toxicofilia, sem outras comorbidades. Recorre ao serviço de urgência (SU) na sequência de tosse, hemoptises moderadas e toracalgia. À admissão foi detetada hipotensão e queda de quatro gramas de hemoglobina no hemograma. A gasimetria de sangue arterial não revelava hipoxémia numa fase inicial, mas durante a estadia no SU verificou-se agravamento franco, com pressão arterial de oxigénio (PaO<sub>2</sub>) que desceu progressivamente até 49 mmHg em ar ambiente. Realizou tomografia computadorizada (TC) torácica onde se detetaram opacidades alveolares, mal definidas, em ambos os campos pulmonares, mais expressivas nos lobos superiores, aparentemente correspondentes a focos de hemorragia alveolar. Do restante estudo analítico realizado, destacava-se aumento dos parâmetros inflamatórios, trombocitopenia, eosinofilia, lesão renal aguda, hiperbilirrubinémia e aumento dos parâmetros de colestase hepática. Nessa sequência foi internado para estudo e terapêutica. Realizou Broncofibroscopia ao 4º dia de internamento, que não documentou evidência de conteúdo hemorrágico ou quaisquer outras alterações visualmente identificáveis. O estudo microbiológico não isolou qualquer agente. De forma semelhante, o estudo de autoimunidade foi negativo e o screening serológico para leptospirose também foi negativo. Durante o internamento o doente admitiu ter consumos esporádicos de “Bloom” e que no dia anterior à sua admissão hospitalar terá consumido estas substâncias em quantidade quatro vezes superior ao habitual. Verificou-se melhoria gradual da sintomatologia apenas com terapêutica de suporte (fluidoterapia, antibioterapia, ácido aminocapróico e oxigenioterapia), sem recurso a corticoterapia. Os infiltrados presentes nos exames imagiológicos apresentaram uma evolução favorável com regressão completa ao fim de onze dias de internamento.

**Discussão:** Neste caso, assume-se como causa provável para as hemoptises e infiltrados presentes na tomografia computadorizada o consumo de catinonas sintéticas. Na literatura há pelo menos um caso de hemorragia alveolar difusa associada ao seu consumo destas substâncias. As alterações analíticas encontradas também podem ser enquadradas nestes consumos.

**Palavras chave:** Hemorragia alveolar difusa. Bloom. Hemoptises.

#### PC 024. SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS DO TIPO IV - HEMOPTISES E MORTE POR COMPLICAÇÃO NÃO HEMORRÁGICA

L. Almeida, C. Sousa, P. Morgado, P. Fernandes, J. Amado, J.A. Paiva, A. Marinho, J.P. Oliveira

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário São João.*

**Introdução:** A síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV associa-se a mutação do gene COL3A1 do colagénio tipo III, conferindo fragilidade das paredes vasculares e viscerais. Os doentes morrem frequentemente na terceira década de vida por ruturas vasculares ou de víscera oca, espontâneas. As complicações pulmonares mais descritas são o pneumotórax, seguindo-se as hemoptises. Descreve-se o caso de um doente com hemoptises que teve um desfecho fatal devido a evento trombotico.

**Caso clínico:** Paciente do sexo masculino com Síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV, diagnosticado por estudo genético durante a adolescência, motivado por história familiar sugestiva. Sem complicações da patologia ao longo da infância e adolescência. Aos 17 anos, teve internamento por hemoptises, verificando-se na tomografia computadorizada (TC) do tórax após administração de contraste endovenoso algumas opacidades dispersas em vidro despolido e de distribuição periboncovascular sugestivas de hemorragia alveolar. Não foram observadas outras alterações valorizáveis. Manteve episódios esporádicos de hemoptises de pequeno volume. Aos 19 anos, foi internado por hemoptises de grande volume. Na TC torácica (em

fase arterial tardia) identificavam-se múltiplas opacidades bilaterais em vidro despolido sugestivas de traduzirem hemorragia alveolar difusa, predominantemente no lobo inferior direito. No lobo inferior direito observavam-se adicionalmente várias cavitações com preenchimento líquido e nível hidroaéreo, sugestivas de cavitações hemorrágicas. Apesar da queda do valor da hemoglobina, apresentava estabilidade hemodinâmica, e foi admitido em unidade de cuidados intensivos (UCI) para vigilância. Por estabilidade clínica foi transferido para a enfermaria de pneumologia no 1º dia de internamento. Caso abordado de forma multidisciplinar: não foi considerado candidato para cirurgia torácica, dado o elevado risco de manipulação vascular; foi também declinado pela radiologia de intervenção, pelo mesmo motivo e dada ausência de território passível de embolização. Ao 7º dia de internamento, realizou angio-TC pulmonar para investigação de território embolizável na circulação pulmonar, na qual foi documentado incidentalmente um tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral extenso. O doente estava assintomático e apresentava um TEP de baixo risco, apesar da expressividade imagiológica. Proposto ao serviço de medicina intensiva para início de hipocoagulação em nível superior de cuidados, sendo recusado com decisão de não iniciar hipocoagulação, dado o elevado risco hemorrágico e estratificação de gravidade baixa do TEP. Cerca de 48 horas após, teve episódio de síncope com documentação ecocardiográfica de sobrecarga do ventrículo direito, e foi admitido em UCI, onde iniciou hipocoagulação e suporte inotrópico. Após 24h de estabilidade, instalação de taquicardia supraventricular com repercussão hemodinâmica e, posteriormente, paragem cardio-respiratória sem recuperação, apesar de manobras de suporte avançado durante cerca de 1 hora e fibrinólise intra-paragem. Não foi realizada autópsia.

**Discussão:** A perda de substância pulmonar com cavitação, o pneumotórax e as hemoptises devem remeter-nos para o diagnóstico diferencial de possíveis patologias raras, que podem estar na sua apresentação inaugural. Este caso permite ilustrar a complexidade do atingimento pulmonar da Síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV e o desafio da gestão de uma doença rara com elevado risco hemorrágico pela fragilidade vascular, condicionando as alternativas diagnósticas e terapêuticas e, sendo fundamental a abordagem e discussão multidisciplinar. Na literatura o diagnóstico desta doença é, por vezes, realizado em autópsia, que aqui poderia ajudar a esclarecer a etiopatogenia do evento trombotico.

**Palavras chave:** Síndrome de Ehler-Danlos tipo IV. Hemoptises. Cavitação pulmonar.

## PC 025. COMO MEDIR A ADESÃO AOS INALADORES?

I. Esteves, C. Rodrigues, A. Morete

Laboratórios Bial.

**Introdução:** A adesão é um ponto chave para o sucesso de qualquer tratamento. A má adesão à terapêutica está associada a um controlo inadequado e pior prognóstico, na asma e na DPOC. As terapêuticas inaladas são particularmente desafiadoras relativamente à adesão. Aproximadamente 50% dos asmáticos deixam de fazer os inaladores pelo menos parcialmente. Na DPOC, a adesão também é baixa. Os doentes tendem a sobrestimar a adesão, logo são necessários métodos mais confiáveis para monitorização.

**Objetivos:** Neste trabalho, avaliaremos métodos para medir a adesão aos inaladores.

**Métodos:** Pesquisa bibliográfica efetuada nas bases de dados Pubmed e Embase. Foram incluídas publicações em inglês de 2015 a 2020, com foco na medição da adesão ao inalador na asma e DPOC. Os documentos GINA e GOLD também foram analisados.

**Resultados:** Encontraram-se vários métodos para avaliar a adesão aos inaladores: monitorização bioquímica: mede a concentração do medicamento/metabólito ou biomarcador. Método mais científico, fácil de medir, preciso e pode confirmar a toma. Pode ser, no en-

tanto, caro, invasivo e sensível a variações farmacocinéticas. Para ser mais preciso, requer medições repetidas, tornando-se impraticável e caro. Questionários são curtos, fáceis de administrar e baratos. Podem fornecer dados sobre padrões de adesão e motivos para a não-adesão. Existem vários instrumentos validados. São subjetivos, influenciados por viés de memória ou relato. Adesão imprecisa e sobrestimada. Bases de dados eletrónicas: descrevem a frequência com que um doente tem prescrição (dados de prescrição) ou compra (registos de dispensa na farmácia) de medicamentos num determinado período. Medida objetiva, simples, fácil de obter, de baixo custo, aplicável a uma grande população. Fornece informações sobre a persistência do doente à medicação. Embora objetivos, os dados de prescrição apenas dão uma indicação de não-adesão. Além disso, os registos de dispensa na farmácia não confirmam se os doentes fazem a medicação. Peso do recipiente/contador de doses: mede o medicamento remanescente por peso/número de doses e compara com a quantidade que deveria permanecer naquele momento. Método objetivo, simples, de baixo custo, fácil de implementar e útil como guia para adesão em alguns doentes. Os doentes podem não levar a medicação para a consulta ou manipulá-la, podendo sobrestimar a adesão. Não confirma que o medicamento foi tomado, nem fornece dados sobre o momento ou a eficácia das doses. Dispositivos de monitorização eletrónica (EMD) são o padrão de referência atual. Medem objetivamente quando e a frequência com que os doentes ativam o inalador. Podem incluir um sensor de inalação (acústico, sensores de fluxo ou captura de vídeo) que podem avaliar a técnica inalatória. No entanto, são caros, sujeitos a mau funcionamento e não existem para todos os inaladores. **Conclusões:** Na asma e DPOC, a adesão tem um impacto claro nos resultados. Um dos maiores desafios é aumentar a adesão à terapêutica inalatória. Medir a adesão é extremamente importante e várias abordagens podem ser usadas, com distintas vantagens e desvantagens. Os EMD permitiram uma avaliação mais precisa da adesão, feedback ao doente e tratamento personalizado, aproximando-nos da medicina de precisão no tratamento das doenças respiratórias crónicas.

**Palavras chave:** Adesão aos inaladores. Asma. DPOC.

## PC 026. SÍNDROME DE MOUNIER-KHUN

L. Gomes, S. Pereira, J. Caldeira, D. Cardoso, C. Rodrigues

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução:** A síndrome de Mounier-Kuhn (MK) ou traqueobroncomegalia é uma doença rara, caracterizada por aumento do diâmetro da traqueia e dos brônquios. Devido à clínica inespecífica, o diagnóstico ocorre frequentemente após início da sintomatologia, com infeções respiratórias recorrentes e bronquiectasias, o que leva a que seja uma doença subdiagnosticada. Apresentamos 3 casos clínicos.

**Casos clínicos:** Caso 1: homem, 65 anos, não fumador, condutor de pesados. Antecedentes de tuberculose pulmonar. Diagnosticado MK por TC torácica aos 63 anos, que revelou aumento do diâmetro da traqueia (30 mm) e brônquios principais (21 mm). A função respiratória mostrou restrição pulmonar. Clinicamente o doente refere dispneia com grandes esforços e expectoração mucosa ocasional, sem agudizações. Caso 2: homem, 56 anos, não fumador, funcionário em empresa de refrigeração de alimentos. História pessoal de infeções de repetição e asma não alérgica. Realizado diagnóstico de MK aos 41 anos, que após suspeição de alargamento da traqueia em radiografia torácica, foi pedida TC torácica que confirmou ectasia difusa da traqueia (38 mm) e dos brônquios principais (esquerdo 28 mm, direito 45 mm). Funcionalmente apresenta-se estabilizado, com alteração obstrutiva ligeira reversível ao broncodilatador inalado. Clinicamente apresenta cansaço e expectoração mucosa em quantidade moderada. Desde o diagnóstico apresentou variadas in-

tercorrências respiratórias com necessidade de internamento (5 em 2019). Encontra-se a fazer o 3 ciclo de imunoterapia bacteriana com boa resposta. Caso 3: Homem, 64 anos, ex-fumador de 80 UMA, reformado (construção civil). Antecedentes de DPOC, tuberculose pulmonar e enfisema. Diagnosticado MK aos 54 anos através de TC torácica que mostrava aumento do calibre da traqueia (36 mm) e dos brônquios principais. Apresenta alteração ventilatória obstrutiva grave (FEV1 pós-BD 46,2%), em agravamento. Realizada broncofibroscopia que mostrou secreções mucopurulentas abundantes. Apresenta queixas de cansaço e dispneia, não apresentando intercorrências respiratórias.

**Discussão:** Nestes casos podemos verificar um diagnóstico tardio da doença e diferentes apresentações clínicas, em parte justificado pelos sintomas inespecíficos e concomitância com outras patologias respiratórias. A suspeição diagnóstica em radiografia torácica deve motivar a avaliação por TC que confirma diagnóstico.

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

### PC 027. MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS PULMONARES E TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA

C. Pimentel, C. Santos, D. Amorim, S. Feijó

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Leiria.*

**Introdução:** Malformações arteriovenosas pulmonares (MAVP) são vasos sanguíneos com estrutura anatômica atípica em que existe comunicação direta entre ramos da artéria pulmonar e da veia pulmonar, condicionando um efeito shunt. É uma entidade clínica rara com uma incidência de 2-3/100.000 habitantes, sendo duas vezes mais prevalentes no sexo feminino. Aproximadamente 70% são de natureza congénita, sendo as formas secundárias de MAVP menos frequentes. Cerca de 10% são identificadas na infância, verificando-se um aumento progressivo da incidência até à 5ª-6ª décadas de vida.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de uma doente de 56 anos, ex-fumadora, que foi referenciada à consulta de Pneumologia por apresentar hipoxemia de etiologia não esclarecida. Dos antecedentes pessoais destacam-se Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, tratado com sucesso com prótese de avanço mandibular, e episódios de saturações periféricas de oxigénio baixas (cerca de 90%) objetivadas durante o procedimento anestésico de duas intervenções cirúrgicas prévias. Apresentava história de múltiplos episódios de epistaxis espontâneas de pequeno volume, astenia e baixa tolerância para médios esforços. Sem antecedentes familiares de relevo à exceção de história materna de epistaxis recorrentes. O estudo funcional ventilatório evidenciou difusão alvéolo-capilar pelo monóxido de carbono (DLCO) de 70% e a gasometria arterial PaO<sub>2</sub> de 62 mmHg. A TC do tórax mostrava nódulos pulmonares com aparente relação com estruturas vasculares adjacentes, as maiores com 9 mm de diâmetro, localizadas nos lobos inferior esquerdo e lobo médio e duas outras formações nodulares de 5 mm de diâmetro nos lobos superior e inferior direitos. Do restante estudo complementar realizado, não apresentava anemia ou alterações da cinética do ferro, o ecocardiograma e a ecografia abdominal não tinham alterações de relevo e a RM crânio-encefálica evidenciava um cavernoma incidental, sem outras alterações. Foi assumido o diagnóstico de Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (THH) e proposta embolização das MAVP. Foi abordada a MAVP que apresentava maior débito e maiores dimensões (12 mm) localizada no lobo inferior esquerdo, com embolização com coil. Foi ainda confirmada a presença de MAVP no lobo inferior direito, pericentimétrica mas com baixo débito, não tendo sido possível a sua embolização. A doente apresentou melhoria significativa após esta intervenção. Face ao diagnóstico, foi solicitado estudo molecular dos genes ENG e ACVRL 1 que não demonstrou variações patogénicas dos mesmos.

**Discussão:** O diagnóstico de THH é baseado nos critérios de Curação e considerado definitivo quando, pelo menos, 3 dos 4 critérios estão presentes: epistaxis espontâneas recorrentes, telangiectasias, presença de malformações arteriovenosas a nível pulmonar, hepático, gastrointestinal ou sistema nervoso central ou pelo menos um familiar em primeiro grau com diagnóstico de THH. As MAVP afetam 15-30% dos doentes diagnosticados com THH, devendo ser sempre pesquisadas em qualquer doente com esta patologia e tratadas quando se justifique. Apesar de não terem sido identificadas alterações nos genes mais frequentemente mutados na THH, no presente caso o diagnóstico foi estabelecido com base em 3 dos critérios de Curação. Dado ser uma doença autossômica dominante rara, frequentemente com evolução clínica silenciosa mas com implicações clínicas importantes, o rastreio familiar deve ser ponderado.

**Palavras chave:** Malformações arteriovenosas pulmonares. Telangiectasia hemorrágica hereditária.

### PC 028. POLIANGÉITE MICROSCÓPICA COM ENVOLVIMENTO PULMONAR, RENAL E CARDÍACO

E.M. Lobo Cerqueira, M. Silva, B. Riquito, F. Salvador, M. Rodriguez

*Centro Hospitalar de Trás-os Montes e Alto Douro-Unidade Hospitalar de Chaves.*

**Introdução:** A Poliangeite microscópica (PM) é uma vasculite sistémica de pequenos vasos, associada a autoanticorpos antineutrofílicos (ANCA). É uma doença rara. A idade média de início é entre os 50 a 60 anos. A PM pode afetar múltiplos órgãos, resultando em manifestações clínicas inespecíficas, o que pode dificultar o diagnóstico e o início da terapêutica.

**Caso clínico:** Doente sexo feminino, 74 anos, autónoma, com quadro clínico de tosse seca com 4 anos de evolução, com início em 2008, e múltiplas observações nos cuidados de saúde primários com várias radiografias de tórax a evidenciar infiltrados pulmonares bilaterais. Em 2009, foi referenciada à consulta de pneumologia, realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax que revelou bronquiectasias de tração, áreas de padrão reticular e esboço de áreas em “favo de mel” micro-cístico, alterações dispersas bilateralmente, simulando padrão de pneumonia intersticial inespecífica subtipo fibrose. Recorreu ao serviço de urgência, em Julho de 2012, por quadro clínico com 2 meses de evolução de agravamento da dispneia, com dispneia a pequenos esforços, tosse seca, febre, epistaxes, astenia, anorexia e emagrecimento não quantificado. Tinha realizado antibioterapia, neste período, mas sem melhoria. Analiticamente, apresentava anemia, parâmetros inflamatórios aumentados, agravamento da função renal, sedimento urinário com hematúria e leucocitúria e, na radiografia de tórax, infiltrado intersticial bilateral extenso compatível com fibrose pulmonar. Foi internada, medicada empiricamente com Piperacilina e Tazobactam. Do estudo efetuado durante o internamento: mieloperoxidase-ANCA positivo; TC do tórax com fibrose pulmonar de predomínio superior e central, algum padrão em vidro despolido e mosaico; broncofibroscopia sem alterações macroscópicas; lavado bronco-alveolar com alveolite macrofágica; provas de função respiratória com padrão restritivo ligeiro e parenquimatoso com diminuição da capacidade de difusão do monóxido de carbono. Realizou biópsia pulmonar transtorácica que revelou pneumonia intersticial usual. Procedeu-se também a biópsia renal que foi inconclusiva e electromiografia que não revelou alterações. Admitiu-se PM com atingimento pulmonar e renal. Realizou terapêutica de indução com metilprednisolona com melhoria clínica razoável e recuperação de função renal. Posteriormente iniciou prednisolona e foi introduzida azatioprina. Como intercorrência, durante o internamento, a doente desenvolveu quadro de insuficiência respiratória aguda grave com resposta a ventilação não invasiva e fálência cardíaca global com edema agudo do pulmão, admitindo-

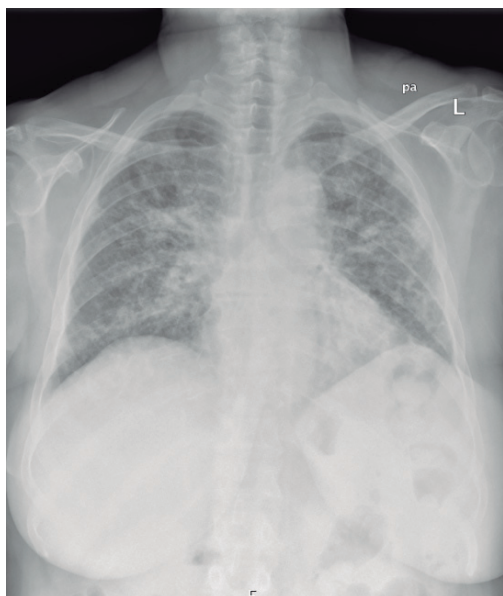
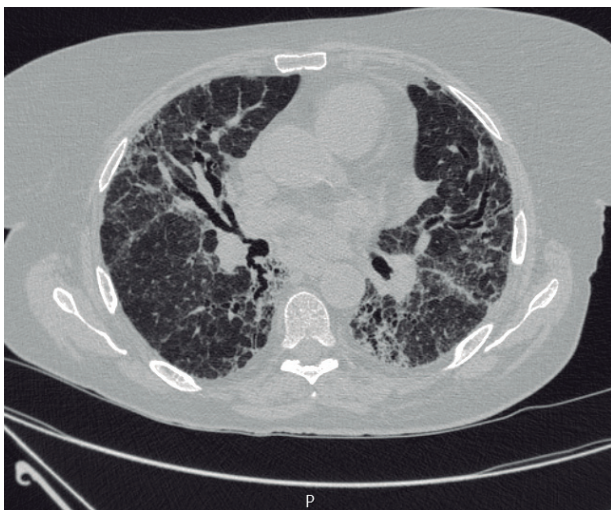


Figura PC 028

se uma Síndrome de Takotsubo. Ao longo do internamento, manteve insuficiência respiratória com necessidade de oxigenoterapia no domicílio. Após a alta, a doente iniciou seguimento em Consulta de Doenças Difusas do Pulmão; Consulta de Doenças Auto-Imunes e Consulta de Nefrologia, mantendo estabilidade clínica e radiológica com terapêutica de manutenção com prednisolona e azatioprina até fevereiro de 2018, altura desenvolveu quadro clínico de astenia, anorexia, dispnéia a pequenos esforços, tosse com expectoração mucosa; analiticamente, anemia, parâmetros inflamatórios aumentados e agravamento da função renal. Admitiu-se recaída de poliangeite microscópica com atingimento pulmonar e renal. A doente foi internada, realizou-se ajuste terapêutico com aumento da corticoterapia e introdução de rituximab com razoável

**Discussão:** Na PM, o diagnóstico e tratamento precoces estão associados a um melhor prognóstico, pois permitem preservar a função dos órgãos envolvidos e reduzir as recaídas, mas são condicionados por manifestações clínicas inespecíficas.

**Palavras chave:** Poliangeite microscópica. *Pneumonia intersticial usual*. Fibrose pulmonar. Síndrome de takotsubo.

#### PC 029. TUBERCULOSE - O FOCO NO PERFIL DO DOENTE

C. Rôlo Silvestre, A. Nunes, R. Cordeiro, J. Eusébio, T. Falcão, A. Domingos

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Oeste.*

**Introdução:** A tuberculose (TB) permanece como uma doença de elevada relevância a nível mundial. Apesar da incidência estar a diminuir em Portugal, mantém-se como um foco importante da Saúde Pública.

**Objetivos:** Caracterizar o perfil dos doentes com diagnóstico de TB, num período de 2 anos.

**Métodos:** Estudo retrospectivo e descritivo dos doentes com diagnóstico de TB.

**Resultados:** Verificaram-se 26 doentes com isolamento de *Mycobacterium tuberculosis*, sendo que 25 dos casos foram diagnosticados como TB pulmonar e um como TB pleural. A maioria dos doentes era do género masculino 73,1% (n 19). A mediana de idades apresentada foi de 49,5 anos (mínimo 16; máximo 88). No que respeita à nacionalidade, 19,2% (n 5) eram cidadãos estrangeiros. Da população em análise, 42,3% (n 11) tinha hábitos tabágicos ativos ou pre-

grossos. Verificou-se que, 41,7% (n 10) dos doentes apresentava antecedentes de patologia respiratória, DPOC/enfisema (n 5), bronquiectasias não fibrose-quistica (n 4), sequelas de TB (n 3) e asma (n 2). Da análise das comorbilidades constatou-se que, 50% (n 13) dos doentes tinha algum grau de imunossupressão. Destes, 28% (n 7) apresentavam hábitos alcoólicos; 16% (n 4) tinham doença oncológica; 8% (n 2) eram diabéticos; 4% (n 1) estavam sob corticoterapia sistémica e 4% (n 1) sob terapêutica biológica anti-TNF-alfa. Da análise das características imagiológicas, 53,8% (n 14) apresentaram condensação, sendo que em 11 dos casos associava-se a cavitação. Em 20,8% (n 5) dos doentes objetivou-se um padrão nodular e em 4,2% (n 1) tinha alterações compatíveis com massa. O padrão tree-in-bud isolado ou associado a outras alterações radiológicas estava patente em 33,3% (n 8) dos casos. Seis (25%) doentes apresentavam também derrame pleural. No que concerne à origem da amostra que possibilitou o isolamento de *M. tuberculosis*: 46,2% (n 12) na expectoração, 50% (n 13) no lavado broncoalveolar e 3,8% (n 1) no líquido pleural. Verificou-se que 61,5% (n 16) apresentava exame direto positivo. Os doentes bacilíferos apresentavam mais lesões cavitadas ( $p = 0,012$ ). Verificou-se resistência à terapêutica em 26,9% (n 7) dos casos, isolada a isoniazida em 7,7% (n 2) e 3,8% (n 1) com resistência isolada à estreptomina e 3,8% (n 1) com resistência HZRE, neste através deteção molecular identificou-se resistência nos genes *rpoB* e *inhA*.

**Conclusões:** Conhecer o perfil clínico e radiológico dos doentes com TB, bem como o perfil de resistências, auxilia no diagnóstico atempado e no início do tratamento adequado, contribuindo para a melhoria clínica e para a redução das taxas de resistência.

**Palavras chave:** Tuberculose. *Mycobacterium tuberculosis complex*.

### PC 030. PNEUMONIA TUBERCULOSA - UMA REVIRAVOLTA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

J.C. Vieira Pires Martins

*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.*

**Introdução:** A tuberculose é uma doença infecciosa antiga, mas nem por isso menos actual. Pode apresentar-se de diversas formas e afetar qualquer órgão, embora o envolvimento pulmonar seja o mais frequente. Apresenta-se, maioritariamente, como uma infecção insidiosa, com tosse seca, febre e radiologicamente com opacidades alveolares com tendência para a confluência e cavitação. Esta forma menos frequente de tuberculose é mais encontrada em doentes imunocomprometidos, nomeadamente por infeção com VIH.

**Caso clínico:** Jovem de 23 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, internado por febre, tosse seca, insuficiência respiratória parcial e imagem radiográfica de consolidação pulmonar no lobo inferior esquerdo. Por pesquisa do vírus da gripe A positiva, ausência de leucocitose neutrofílica e de isolamentos microbianos, foi instituída terapêutica com oseltamivir e levofloxacina, com subsequente evolução clínica, analítica e gasométrica favoráveis, tendo o doente tido alta hospitalar. Mais tarde, é reinternado por recrudescimento do quadro clínico com febre, tosse seca, perda ponderal, elevação dos parâmetros inflamatórios e agravamento da imagem radiográfica, tendo sido iniciada antibioterapia com piperacilina/tazobactam. A história clínica, os achados laboratoriais e radiológicos levaram a elevada suspeita para Tuberculose pelo que foi realizada broncofibroscopia cujos produtos colhidos não revelaram a presença de qualquer patogéneo. Neste contexto realizou Tomografia computadorizada do tórax que evidenciou extensa consolidação com broncograma aéreo e opacificação heterogénea ocupando quase todo o lobo inferior esquerdo com área de cavitação sem comunicação brônquica e múltiplas adenopatias mediastínicas, subcarinais e hilares. Assim, repetiu broncofibroscopia e exames microbiológicos tendo-se então conseguido isolar bacilos ácido re-

sistentes sendo a microbiologia positiva para *Mycobacterium tuberculosis* nas secreções brônquicas. A pesquisa do VIH foi negativa. Foi estabelecido assim o diagnóstico de pneumonia por tuberculose bacilífera pelo que iniciou terapêutica com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. O doente encontra-se no segundo mês de tratamento assintomático e com melhoria clínica e radiográfica.

**Discussão:** Sublinhamos a necessidade de um elevado índice de suspeição para o diagnóstico de infeção por *M. tuberculosis*, mesmo na ausência de contacto prévio conhecido e de situação de imunossupressão. Alertamos igualmente para o facto desta infeção, ainda tão frequente em Portugal, poder ser mascarada pelo tratamento com quinolonas.

**Palavras chave:** Pneumonia. Tuberculose. *Imunocompetente*. *Quinolonas*.

### PC 031. PNEUMONIA ARRASTADA EM TEMPOS DE SARS-COV2

A. Fernandes

*Centro Hospitalar Universitário do Algarve-Unidade Hospitalar de Faro.*

**Caso clínico:** Mulher de 45 anos de naturalidade brasileira, com história de doença de Crohn sob Infiximab que recorreu ao SU por quadro de febre, tosse e dispnéia associados a astenia, sudorese noturna e dejeções diarreicas com 5 semanas de evolução. A radiografia de tórax apresentava opacidade no terço inferior do campo pulmonar direito. Contava já com 3 ciclos de antibioterapia em ambulatório, sem melhoria. Internada na Medicina Interna colheu hemoculturas e antigenúrias e iniciou AB endovenosa de largo espectro. Primariamente apresentou melhoria radiológica, com diminuição discreta da área de opacidade, mas manteve os picos febris. Na segunda semana, agravamento imagiológico com persistência da febre. Realizada TC Torácica sendo identificada área de condensação com broncograma aéreo envolvendo o segmento apical do LID com derrame pleural homolateral. Discutido caso com a Infeciologia para o validar como suspeito para infeção por SARS-CoV2, não sendo, contudo, considerado como tal. Dada a insistência, na semana subsequente fez zaragatoa do exsudado nasofaríngeo RT-PCR para SARS-CoV2 que foi negativa. Por persistência de febre sem melhoria radiológica efetuou vários cursos de AB de largo espectro incluindo cobertura para agentes nosocomiais. Nova TC toracoabdominopélvica revelou além da condensação com broncograma aéreo, o aparecimento de focos de vidro despolido no LSD e LIE. Seguiu-se broncoscopia flexível, que não apresentou alterações, efetuado LBA para bacteriologia e micobacteriologia, Ag P. jirovecii, TAAN para *M. tuberculosis*, RT-PCR para SARS CoV2 e citologia. Os resultados obtidos foram secreções positivas para SARS-CoV2, restantes amostras negativas. É transferida para o internamento COVID, onde foram suspensos os antibióticos, com cessação da febre. Cumpriu tratamento com hidroxiquina e lopinavir/ritonavir, havendo melhoria clínica e radiológica parcial. Teve alta ao 44º dia de internamento, com decisão de protelar o Infiximab até esclarecimento da condensação do LID. Quatro semanas após a alta desencadeou diarreia sanguinolenta, exantema petequeal e monoartrite da tibiotársica. Por ainda apresentar zaragatoa do exsudado nasofaríngeo SARS-CoV2 positiva volta ao internamento COVID no contexto de agudização da doença de Crohn. Iniciou PDN 20mg com melhoria progressiva. TC Torácica, mostrou melhoria dos focos de vidro despolido previamente existentes, mas agravamento da condensação do LID com aparecimento de padrão micronodular centrilobular. Repetiu colheita de expectoração para exame micobacteriológico cujo exame direto e cultural se revelaram negativos. A introdução da corticoterapia condicionou melhoria clínica, que permitiu alta orientada para realização de biópsia transtorácica e para o CDP para novas colheitas de expectoração. A biópsia foi protelada após

conhecimento de exame direto para micobactérias positivo. Iniciou HRZE com melhoria clínica.

**Discussão:** O momento atual, devido à constante preocupação com a pandemia, condiciona o raciocínio clínico e o grau de suspeição perante quadros que noutras circunstâncias seriam mais evidentes. Não obstante, mostra-nos que a utilização indiscriminada de antibióticos, para além de não constituir solução para infeções que não estão devidamente identificadas, pode inclusivamente contribuir para a sua camuflagem, dificultando um diagnóstico atempado e comprometendo a instituição do correto tratamento.

**Palavras chave:** SARS-CoV2. *Pneumonia arrastada*. Antibióticos. Imunossupressão. Tuberculose.

### PC 032. DIAGNÓSTICO CONCOMITANTE DE TUBERCULOSE E MICOBACTERIOSE ATÍPICA PLEURAL RARA EM CONTEXTO DE IMUNOSSUPRESSÃO

T. Sales Marques, C. Gouveia Cardoso, A. Santos Silva, I. Ladeira, B. Seabra, I. Brito, P. Caetano Mota

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário do Algarve*

**Introdução:** A deteção simultânea de *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) e de uma Micobactéria Não-tuberculosa (MNT) no espaço pleural é possível, argumentando-se que a MNT poderá ser um agente colonizador ou patogénico. A presença de espécies de MNT mais agressivas poderá motivar a necessidade de um tratamento dirigido. A *Mycobacterium heckeshornense* é uma MNT rara, de crescimento lento, filogeneticamente relacionada com o *Mycobacterium xenopi* e com uma patogenicidade mais elevada.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 26 anos, técnico de manutenção industrial, não fumador. Diagnosticado há 8 anos com dermatomiosite juvenil com vasculopatia grave, calcinose cutânea e envolvimento intersticial pulmonar com pneumonia intersticial não específica (NSIP) sob terapêutica imunossupressora com corticoterapia, hidroxicloroquina (400 mg id) e micofenolato mofetil (1.000 mg bid). No decorrer do seguimento em consulta de Pneumologia-Doenças Pulmonares Difusas, verificou-se aparecimento de derrame pleural bilateral, inicialmente de pequeno volume, sem sintomatologia respiratória ou constitucional associada. Para avaliação diagnóstica foram realizadas duas toracocenteses, a segunda associada à realização de biópsia pleural. No estudo do lavado broncoalveolar, não se obtiveram isolamentos microbiológicos. O líquido pleural (LP), obtido na primeira toracocentese, apresentava características de exsudado com predomínio de linfócitos e ADA 161 U/L. A segunda toracocentese, acompanhada de biópsia pleural, apresentava características semelhantes. Os testes moleculares de ambas as amostras para a pesquisa de DNA de *M. tuberculosis complex*, *Mycobacterium intracellulare* e *Mycobacterium avium* foram negativos. Obteve-se isolamento de MTB no exame cultural do LP, contudo por inquinação da estirpe não foi realizado teste de sensibilidade aos antibióticos. Os exames micobacteriológicos da expetoração foram sucessivamente negativos. Dado o diagnóstico de tuberculose pleural suspendeu-se a terapêutica imunossupressora e iniciou-se terapêutica com HRZE ajustada ao peso do doente. No decorrer do 3º mês de tratamento foi identificado no exame cultural da segunda toracocentese *Mycobacterium heckeshornense*, coincidindo este achado com quadro de novo de febre, astenia e hipersudorese noturna associado a aumento do volume de derrame pleural, sobretudo à direita. Atendendo à sintomatologia do doente, agravamento do derrame pleural, e necessidade de reiniciar imunossupressão indispensável para o controlo da doença de base, optou-se por ajustar o esquema terapêutico antibacilar de modo a cobrir quer a infeção por MTB quer por *Mycobacterium heckeshornense* pleural. Procedeu-se à introdução de claritromicina 500 mg bid e levofloxacina 750 mg/

dia e suspensão da pirazinamida. Verificou-se evolução clínica e radiológica favorável.

**Discussão:** Do conhecimento dos autores, este parece ser o primeiro caso descrito de infeção pleural por MTB e *Mycobacterium heckeshornense*, sem aparente atingimento do parênquima pulmonar. Na ausência de diretrizes definidas para o tratamento desta MNT adotou-se o esquema recomendado para o tratamento do *Mycobacterium xenopi*. Este caso salienta a relevância da deteção concomitante de MNT e MTB porque ambas poderão ter um importante significado patológico, sobretudo em contexto de imunossupressão, e merecer tratamento dirigido.

**Palavras chave:** Micobactéria não-tuberculosa. *Mycobacterium tuberculosis*. *Mycobacterium heckeshornense*. Infeção pleural.

### PC 033. UM DIAGNÓSTICO TARDIO: ANÁLISE DE UMA SÉRIE DE CASOS DE TUBERCULOSE EM IDOSOS

M. Nobre Pereira, I. Ladeira, A. Carvalho, R. Duarte

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

**Introdução:** Temos vindo a assistir a um aumento da idade média dos doentes com tuberculose, verificando-se um aumento dos casos entre os adultos mais velhos. Nestes, é frequente o atraso diagnóstico por motivos atribuíveis ao doente, mas também aos cuidados de saúde. Os autores trazem 4 casos clínicos em que falhou a suspeita diagnóstica.

**Casos clínicos:** Caso Clínico 1: mulher de 79 anos, com história de tuberculose pulmonar (TP) na juventude. Em 2012, aparecimento de tumefação axilar esquerda não dolorosa que regrediu espontaneamente. Em 2016, nova tumefação cervical esquerda, que diminuiu sem tratamento específico. Em 2017, notou tumefação axilar esquerda, recorreu ao médico após 6 meses e 2 meses depois foi submetida a exérese ganglionar que mostrou linfadenite granulomatosa necrotizante e teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) positivo para *Mycobacterium tuberculosis* (MT). Excluiu-se envolvimento pulmonar e iniciou terapêutica com isoniazida/rifampicina/pirazinamida/etambutol (HRZE). Caso Clínico 2: Homem de 83 anos, ex-fumador, aparecimento em Fevereiro/2020 de lesão latero-cervical esquerda (4 × 2 cm), dura, dolorosa, pouco móvel e lesão exudativa supraclavicular esquerda (1 × 2 cm) com eritema peri-lesional (apesar de vários ciclos de antibioterapia). Associadamente, referia deterioração cognitiva, anorexia e perda ponderal (15kg) e disфонia com 1 ano de evolução. Fez biópsia aspirativa que revelou exsudado fibrino-leucocitário e ausência de células malignas, compatível com abscesso (micobacteriologia não requisitada). Referenciado ao CDP em Junho/2020, onde colheu 5 amostras de expetoração - exame micobacteriológico negativo; a TC cervico-torácica identificou conglomerado adenomegálico latero-cervical esquerdo e lesão na corda vocal direita. Por agravamento do quadro, com febre e aumento da supuração, ficou internado e colheu exsudado para micobacteriologia - exame direto e cultural positivos, TAAN positivo para MT sensível aos fármacos de 1ª linha. Iniciou HRZE (2 meses após a referência ao CDP). A biópsia da lesão da corda vocal direita revelou carcinoma epidermóide invasor metastizado, para palição. Caso Clínico 3: Homem de 77 anos, com história de paquimeningite sob corticoterapia e azatioprina, com Diabetes Mellitus (DM) secundária, 2 internamentos por abscesso renal/nadegueiro e bacteriemia. Por dorso-lombalgia persistente com cinco meses de evolução realizou RMN evidenciando fratura do corpo vertebral de D6-D7. A biópsia justavertebral identificou TAAN positivo para MT. Foi referenciado ao CDP para iniciar HRZE, três meses após a identificação da fratura. Excluiu-se envolvimento pulmonar. Caso Clínico 4: Mulher de 88 anos, com história de TP na juventude, demência, DM tipo II. Em 2011, por aparecimento de tumefação submandibular esquerda, realizou biópsia aspirativa que mostrou gânglio linfático, com ci-



tologia negativa para células malignas (micobacteriologia não requisitada). Em Março/2020 iniciou disfagia, anorexia e perda ponderal não quantificada e recorreu ao SU 3 meses depois. A TC cervical identificou adenomegalias submandibulares esquerdas, cuja punção aspirativa revelou exame cultural positivo para MT e sensibilidade aos fármacos de 1ª linha. Iniciou HRZE (dois meses e meio após a ida ao SU), sem intercorrências.

**Discussão:** Trazemos estes casos clínicos para alertar para a necessidade de se manter um alto nível de suspeição de tuberculose nestes grupos etários.

**Palavras chave:** Tuberculose. Idosos. Atraso no diagnóstico. Tratamento.

#### PC 034. TUBERCULOSE RESISTENTE NA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 8 ANOS DO CENTRO DE REFERÊNCIA REGIONAL

A.L. Ramos, M. Barbosa, J. Carvalho, S. Carreira, A. Mineiro, J. Costeira, F. Cimadeira, N. Ribeiro, C. Gomes, M. da Conceição Gomes

*Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz.*

**Introdução:** O aparecimento de estirpes do *Mycobacterium tuberculosis* resistentes aos antibióticos (multirresistentes e extensamente resistentes) constitui uma nova ameaça ao controlo global da tuberculose. Em Portugal, a região de Lisboa e Vale do Tejo é uma das áreas mais afetadas por tuberculose resistente.

**Objetivos e métodos:** Caracterizar os indivíduos de idade adulta, com o diagnóstico de tuberculose resistente (multirresistente (MDR) e extensamente resistente (XDR)) no período compreendido entre 2012 e 2019 no centro de referência regional de tuberculose multirresistente da região de Lisboa e Vale do Tejo. Estudo retrospectivo com análise descritiva de aspetos demográficos, comorbilidades, fatores de risco, história prévia de tuberculose, forma de tuberculose, tipo de resistência, sua evolução ao longo dos anos e duração e sucesso do tratamento.

**Resultados:** Amostra de 86 doentes (correspondentes a 90 casos), 65,1% do género masculino e com idade média ao diagnóstico de 42 anos e a maioria (67,4%) de nacionalidade portuguesa. Entre os indivíduos com origem estrangeira, 42,3% apresentaram o diagnóstico de tuberculose resistente até ao 1º ano em Portugal. A maioria dos indivíduos pertence ao distrito de Lisboa (95,3%) e 34,9% ao concelho de Lisboa. A demora média entre o início dos sintomas e a primeira consulta neste contexto foi de 43,5 dias. As comorbilidades associadas mais frequentes foram o VIH (32,6%) e doença hepática crónica (11,6%). 16,3% apresentavam dependência alcoólica e 16,3% dependência de drogas. As formas de tuberculose mais frequentemente observadas foram a pulmonar, em 82,2% dos casos (destes, 63,5% apresentavam doença cavitada) e a disseminada, em 5,6%. 26,7% dos doentes apresentavam história de tuberculose anterior e destes 37,5% não tinham concluído o tratamento adequadamente. Verificou-se que a maioria dos casos (75,6%) eram MDR, sendo que destes 22,1% eram pré-extensivamente resistentes. 24,4% eram extensivamente resistentes. Os casos de multirresistência e de tuberculose extensamente resistente têm vindo a diminuir. Nos últimos 3 anos, ocorreram uma média de 4,3 diagnósticos/ano de MDR e não se verificaram novos casos de XDR. A duração média do tratamento dos doentes que completaram a terapêutica foi de 23 meses. A maioria dos doentes (55,6%) concluiu o tratamento sem efeitos adversos significativos, 17,8% emigraram/foram transferidos, 10,0% faleceram (1 doente apresentou toxicidade fatal), 8,9% encontram-se em tratamento e 5,6% abandonaram/interrromperam o tratamento.

**Conclusões:** Os dados obtidos são concordantes com a literatura no que diz respeito aos principais fatores de risco e comorbilidades associadas à tuberculose. É fundamental diagnosticar e iniciar o tratamento precocemente, sobretudo dos grupos de risco, de forma

a prevenir o surgimento de resistências. Garantir a adesão ao tratamento, através da toma observada diária (TOD) é igualmente essencial para obtermos o controlo desta doença.

**Palavras chave:** Tuberculose resistente. Multirresistente. Extensamente resistente. Lisboa e Vale do Tejo.

#### PC 035. TESTES DE RASTREIO DE TUBERCULOSE LATENTE EM DOENTES CANDIDATOS A BIOLÓGICOS COM DOENÇA INFLAMATÓRIA ARTICULAR

M. Barbosa, A.L. Ramos, J. Carvalho, S. Carreira, T. Mourato, A. Gomes Miguel, F. Nogueira, M. da Conceição Gomes

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.*

**Introdução:** Tem-se assistido a um aumento do número de doentes a realizar terapêuticas biotecnológicas no tratamento de doenças articulares inflamatórias. O rastreio de tuberculose latente (ILTBL) é fundamental pelo aumento de probabilidade de desenvolvimento de tuberculose doença.

**Objetivos:** Avaliar a possível interação entre o tipo de doença articular inflamatória (DAI), a terapêutica imunossupressora à data do diagnóstico de ITBL e o resultado do teste IGRA.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes com DAI referenciados a um Centro de Diagnóstico Pneumológico para rastreio de ITBL entre 2011-2019, que foram submetidos a tratamento preventivo e que realizaram, simultaneamente, teste IGRA e Teste de sensibilidade à tuberculina (TST). Os dados foram colhidos por consulta do processo clínico. Efetuou-se análise descritiva e comparativa dos doentes de acordo com o resultado dos testes diagnósticos e a terapêutica imunossupressora. Considerou-se TST positivo se  $\geq 5$  mm.

**Resultados:** Dos 606 doentes com DAI que efetuaram tratamento de ITBL após rastreio positivo entre 2011-2019, 252 (41,6%) doentes apresentavam TST e/ou IGRA positivo (excluídos doentes apenas com 1 teste realizado ou 2 testes negativos com outro critério para tratamento). Destes 252 doentes, 119 (47,2%) apresentavam IGRA e TST concordantemente positivos (IGRA+/TST+), 32 (12,7%) IGRA positivo e TST negativo (IGRA+/TST-) e 101 (40,1%) IGRA negativo e TST positivo (IGRA-/TST+). Pela elevada percentagem deste último subgrupo que conduziu a tratamento de ILTB, efetuou-se uma análise comparativa com os doentes com IGRA+/TST+, para tentar avaliar fatores que possam influenciar o resultado do estudo IGRA. O subgrupo de doentes com IGRA-/TST+ apresentava, comparativamente com o grupo IGRA+/TST+, menor idade ao diagnóstico de ITBL (48 vs 54 anos;  $p < 0,05$ ), menos doentes com história de tratamento prévio de ITBL (7% vs 10%;  $p = 0,42$ ) e maior percentagem de vacinação BCG/cicatriz vacinal (15,8% vs 6%;  $p < 0,05$ ). A maioria dos doentes em ambos os grupos era do sexo feminino (63% vs 61%), sendo as patologias mais frequentemente observadas artrite reumatóide (43% vs 37%), artrite psoriática (27% vs 33%) e espondilite anquilosante (29% vs 17%) ( $p > 0,05$ ). Relativamente ao tipo de terapêutica imunossupressora à data de diagnóstico de ITBL, ao comparar o grupos de doentes com IGRA-/TST+ e com IGRA+/TST+, verificou-se que o primeiro apresentava: mais doentes sob Prednisolona  $< 7,5$  mg/d e 0 a 1 fármacos antirreumáticos modificadores da doença - DMARDs (64% vs 62%;  $p > 0,05$ ); mais doentes sob Prednisolona  $\geq 7,5$  mg/d e 0 a 1 DMARDs (13% vs 10%;  $p > 0,05$ ); percentagens semelhantes de doentes sob Prednisolona  $< 7,5$  mg/dia e  $\geq 2$  DMARDs (18% vs 17%;  $p > 0,05$ ); menos doentes sob maior dose de terapêutica imunomoduladora, definida como Prednisolona  $\geq 7,5$  mg/dia e  $\geq 2$  DMARDs ou Biológico (5% vs 11%;  $p = 0,12$ ).

**Conclusões:** Este estudo salienta o número significativo de doentes com DAI que em rastreio para início de biológicos realizam os dois testes de rastreio de ILTB e que apenas positivamente no TST, reforçando a importância da realização do TST neste grupo de risco. Apenas se observou uma associação estatisticamente significativa entre a

taxa de vacinação BCG e o resultado do rastreio IGRA-/TST+. A terapêutica imunomoduladora à data de diagnóstico de ILTB e o tipo de DAI não pareceram influenciar significativamente os resultados do IGRA.

**Palavras chave:** IGRA. Tuberculose infecção latente. Rastreio. TST. Doença articular inflamatória. Biológicos. Prednisolona.

### PC 036. BIÓPSIA PULMONAR COMO TRIGGER PARA REATIVAÇÃO DE TUBERCULOSE PULMONAR?

D. Pimenta Rocha, A.P. Craveiro, S. Martins, M. Baptista, J. Barata, M. Afonso, I. Vicente, E. Magalhaes, M.J. Valente, S. Valente

*Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira.*

**Introdução:** A tuberculose é atualmente uma das dez principais causas de morte a nível mundial, sendo a principal entre as doenças infecciosas. O ser humano funciona com um reservatório natural do *M. tuberculosis* e a inalação de gotículas contaminadas, com consequente deposição pulmonar, leva a um de quatro possíveis desfechos: Eliminação imediata, doença primária, infecção latente ou reativação da doença em doente com infecção latente. Sendo que a imunossupressão está claramente associada com este último.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 55 anos, sociólogo, ex-fumador ativo, seguido na consulta de Oncologia por adenocarcinoma da junção gastro-esofágica/esôfago distal, submetido a quimioterapia neoadjuvante e esofagectomia. Durante o follow-up, e após descrição em TC-Tórax de área nodular irregular e mal definida de contornos espiculados com padrão em vidro despolido no LSE com discreto aumento das dimensões; realizou PET que identificou lesão cavitada hipermetabólica no segmento apico-posterior do LSE, sugestiva de lesão maligna secundária. Optou-se pelo internamento no serviço de Pneumologia para realização BTT do referido nódulo. Imediatamente após o procedimento o doente desenvolveu quadro de hipotensão, expectoração hemoptóica e picos febris de 39,7 °C. A radiografia torácica revelou um pneumotórax. A Cultura de expectoração identificou DNA fortemente positivo de *M. tuberculosis* com coloração de Ziehl-Neelsen positiva para Bacilos álcool-ácido resistentes. Após este diagnóstico, o doente foi colocado em isolamento e sob anti bacilares. A instituição destas medidas resultou numa evolução clínica e analítica favorável. De salientar que o exame anátomo-patológico do nódulo pulmonar não identificou aspetos neoplásicos, mas por outro lado, concluiu a existência de parênquima pulmonar com área de necrose e processo inflamatório agudo com observação focal de granuloma. Relatório que veio de encontro aos achados clínicos e da patologia clínica, suportando o nosso diagnóstico de tuberculose pulmonar. Quando questionado o doente negou sintomas respiratórios ou sistémicos anteriores à realização da BTT ou contacto com pessoas próximas que tivessem tido a doença.

**Discussão:** A OMS estabeleceu como meta, nos países de baixa incidência, a eliminação da doença em 2050. Objectivo cujo cumprimento assentará num diagnóstico célere, na interrupção da transmissão comunitária e na identificação dos indivíduos suscetíveis e com necessidade de tratamento. Mas muitas vezes esses indivíduos estão mascarados na comunidade e apresentam uma infecção latente que dificilmente é detetada, mas que constitui uma ameaça para a satisfação dos objetivos da OMS. No entanto não é claro que fatores específicos do hospedeiro mantem a infecção num estado latente ou quais os triggers que recativam a infecção. Mas é sabido que na reativação o processo inflamatório tende a ser localizado sendo rara a disseminação, que a lesão ocorre tipicamente nos ápices pulmonares sendo que os segmentos apico-posteriores dos lobos superiores estão frequentemente envolvidos, que há pouco envolvimento ganglionar e que há menor formação de granulomas caseosos. Características todas elas sobreponíveis ao nosso caso clínico e cuja singularidade reside pelo início do quadro ocorrer apenas ime-

diatamente após realização da BTT em doente sem história de Tuberculose pulmonar prévia.

**Palavras chave:** Reativação. Tuberculose pulmonar. BTT.

### PC 037. NEFROPATIA, ANEMIA HEMOLÍTICA E TROMBOCITOPENIA IMUNOMEDIADAS SECUNDÁRIAS A RIFAMPICINA

M. Martins, B. Besteiro, S. Pereira, F. Gonçalves, R. Rocha, C. Teixeira, I. Gomes

*Centro Hospitalar e Universitário de São João.*

**Introdução:** As reações adversas associadas à rifampicina são, na sua maioria, benignas. Reações imunomediadas como nefrite intersticial, anemia hemolítica e trombocitopenia são pouco frequentes e ocorrem sobretudo associadas a tomas intermitentes ou na reintrodução do fármaco após período de descontinuação.

**Caso clínico:** Mulher, 54 anos, antecedentes de tuberculose pulmonar e pleural tratada há 22 anos, com referência a reação adversa a rifampicina - síndrome flu-like. Seguida em consulta de Pneumologia por bronquiectasias sequelares com múltiplos episódios de infecção respiratória resolvidos com antibioterapia nos últimos dois anos. Isolamento de *Mycobacterium avium* complex (MAC) em lavado broncoalveolar de fevereiro de 2020. Apesar de estabilidade clínica, atendendo a agravamento imagiológico, iniciou esquema com claritromicina, etambutol e rifampicina. Dez dias após instituição da terapêutica, iniciou quadro de febre, astenia, náuseas, vômitos, dor abdominal e oligoanúria. Sem rash ou outras alterações ao exame objectivo. Analiticamente, de novo, anemia (Hb 11,1 g/dL) e trombocitopenia (115.000 plaquetas), sem evidência de eosinofilia, e lesão renal aguda AKIN 3 (pU/pCr de 77/2,87) associada a leucoeritrocitúria, proteinúria e eosinofilúria. Ecografia abdominal e renal sem alterações de relevo. A terapêutica para micobacteriose atípica foi descontinuada à admissão. Iniciou hemodiálise ao segundo dia de internamento por azotemia progressiva e oligoanúria persistente. Efetuada biópsia renal no dia seguinte por dúvida de nefrite intersticial aguda vs. nefrite tubular aguda no contexto de reação imunomediada por rifampicina. Do restante estudo etiológico: prova de Coombs positiva; pesquisa de esquizócitos negativa; estudo auto-imune, imunoelectroforese de proteínas, imunoglobulinas e complemento sem alterações relevantes; HIV e serologias víricas hepáticas negativas; PCR negativa para *Leptospira*, CMV, Parvovírus B19 e *Mycoplasma*; PCR positiva para EBV (7.500 cópias/mL). Avaliada por Infeciologia, que considerou que a presença de carga vírica de EBV no sangue não implicava necessariamente contribuição deste vírus na imunopatogénese vigente, não tendo iniciado terapêutica dirigida. Por fim, conclui-se padrão histológico de glomerulonefrite mesangioproliferativa e nefrite tubulointersticial. Assumiu-se o diagnóstico de nefrite intersticial, anemia hemolítica e trombocitopenia imunomediadas pela rifampicina e iniciou-se prednisolona 1 mg/kg/dia. Resolução de trombocitopenia e melhoria progressiva da diurese, anemia (Hb 11,8 g/dL) e parâmetros inflamatórios. Suspendeu a hemodiálise com evolução para creatinina sérica de 2,03 após 15 dias.

**Discussão:** Perante o isolamento de MAC, a decisão de início de terapêutica deve ser ponderada e cautelosa, tendo em conta critérios clínicos e imagiológicos, bem como o historial prévio de reações adversas aos anti-bacilares, nem sempre fácil de definir e que pode ser distante. O início de terapêutica com rifampicina pode associar-se, por vezes de forma não previsível, a resposta imunomediada eventualmente grave. Na reintrodução do fármaco, o risco de reação adversa não é despiciente, sendo desejável a sua monitorização. Após confirmação de reação imunomediada à rifampicina, este fármaco não deverá voltar a ser utilizado.

**Palavras chave:** Rifampicina. *Mycobacterium avium* complex. Reação adversa. Imunomediada.

### PC 038. TUBERCULOSE PULMONAR EM TEMPOS DE COVID-19: O IMPACTO DA PANDEMIA NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO CHUSJ

M. Martins, T. Carvalho, A. Rosa Santos, I. Gomes

*Centro Hospitalar e Universitário de São João.*

**Introdução:** A COVID-19 trouxe novos desafios para os cuidados de saúde, obrigando uma reestruturação dos mesmos, com criação de circuitos próprios e aumento da disponibilidade de meios complementares de diagnóstico como a tomografia computadorizada (TC) torácica no serviço de urgência (SU). O aumento do recurso à TC torácica poderá permitir, dada a sua maior sensibilidade, o diagnóstico precoce de patologia respiratória, nomeadamente de tuberculose pulmonar (TP), mesmo antes de surgir clínica característica ou tradução no Rx do tórax.

**Objetivos:** Avaliar o impacto do recurso à TC torácica no SU na prevalência de suspeitas e diagnósticos de TP em doentes internados no serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário de São João (CHUSJ), em contexto de pandemia de COVID-19.

**Métodos:** Estudo retrospectivo conduzido num hospital central, terciário e universitário. Foram incluídos doentes adultos admitidos no serviço de Pneumologia do CHUSJ com suspeita de TP no período de 01 de Março a 31 de Agosto de 2020 e efetuada análise comparativa com o período homólogo de 2018 e 2019.

**Resultados:** No período de Março a Agosto de 2020, foram admitidas 22 suspeitas de TP (média idades = 56 anos, 18 homens), sendo que destas, 20 (90,9%) foram colocadas após realização de TC torácica no SU. No período homólogo dos anos de 2018 e 2019, foram admitidas 11 (média idades = 56 anos, 9 homens) e 7 (média idades = 65 anos, 5 homens) suspeitas de TP, das quais 3 (27,3%) e 4 (57,1%) com base no resultado da TC torácica no SU, respetivamente o total de suspeitas admitidas em 2020, 9 (40,9%) foram casos de tuberculose confirmada e destes, 8 (88,8%) nos meses de Junho a Agosto, sendo que apenas um dos casos confirmados não realizou TC no SU. No ano de 2019, 5 (71,8%) das suspeitas foram casos confirmados, em que 1 (20%) ocorreu entre Junho e Agosto 2019. Das TP confirmadas, 2 (40%) tinham realizado TC no SU e as 3 (60%) foram diagnosticadas antes da TC ser executada. Quanto ao ano de 2018, foram diagnosticadas 6 (54,5%) TP com 1 caso (16,7%) de Junho a Agosto 2018, sendo que apenas 1 (16,7%) apresentava TC no SU e outros 4 (66,7%) tiveram diagnóstico antes da realização da TC.

**Conclusões:** O acesso privilegiado a TC torácica no SU levou a um aumento do número das suspeitas de TP não confirmadas admitidas no serviço de Pneumologia no período de março a agosto de 2020, comparativamente aos períodos homólogos dos dois anos anteriores. Não se verificou aumento significativo do número de casos confirmados de TP em 2020, contudo a maioria foi diagnosticada após o mês de junho, o que pode explicar-se pelo período de confinamento e menor acesso aos cuidados de saúde nos meses anteriores.

**Palavras chave:** COVID-19. Tuberculose. TC torácica. Serviço de urgência.

### PC 039. CARCINOMA EPIDERMÓIDE - VARIANTE BASALÓIDE RELACIONADO COM HPV - CASO CLÍNICO

A. Lai, M.B. Pimentão, L. Carvalho

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** O carcinoma pulmonar continua a ser a neoplasia mais comum, e a sua incidência continua a aumentar, comumente relacionada com o tabaco, enquanto que outros factores etiológicos estão a ser estudados de forma a compreender diferentes resultados, levantando-se algumas controvérsias. O Papilomavírus Humano (HPV), um vírus de DNA em dupla cadeia circular, encontra-se dividido em dois grupos: HPV de alto-risco (ex: HPV 16, 18, 31, 33) e HPV de baixo-risco (ex: 6, 11, 40) para a carcinogénese humana.

Tornou-se importante desde 1989, após Syrjänen et al. publicarem pela primeira vez a possível relação entre o HPV e o carcinoma do pulmão; de acordo com a classificação da OMS de 2014, a ligação entre a infecção pelo HPV e o carcinoma do pulmão mantém-se controversa e questionável e os possíveis mecanismos de patogénese ainda não estão completamente compreendidos. Selecionou-se um caso particular de carcinoma epidermóide - variante basalóide - relacionado com a infecção por HPV, seguindo os critérios de diagnóstico usados no diagnóstico dos carcinomas do colo uterino e da cavidade oral relacionados com o HPV.

**Caso clínico:** Doente do género masculino, 73 anos, com nódulo no lobo superior esquerdo, submetido a lobectomia e diagnóstico após exame intra-operatório para validação da neoplasia. Ao exame macroscópico, o tumor tinha 4 cm de maior diâmetro, era branco e de consistência amolecida, distante da pleura visceral e envolvendo um brônquio periférico. Histopatologia: observou-se uma neoplasia com padrão sólido e formando trabéculas anastomosadas, composto por células tumorais relativamente pequenas e monótonas, com núcleos moderadamente hiper cromáticos. A imunomarcação com p16 mostrou expressão nuclear e difusa, para além de marcação para o Ki-67 em 50% das células e marcação nuclear difusa para p63, comparativamente a uma expressão mais baixa de CK5,6. Não se observou expressão de CD56, TTF1, ou CK7; a avaliação do PD-L1 (clone DAKO 22c3) demonstrou marcação citoplasmática e linear de membrana em mais de 50% das células tumorais.

**Discussão:** Apesar da infecção por HPV não ser globalmente aceite como um importante factor etiológico no carcinoma do pulmão, é necessário realizarem-se esforços para melhor compreender o seu papel na carcinogénese pulmonar, principalmente no carcinoma epidermóide, seguindo-se o adenocarcinoma e também já em alguns casos descritos em carcinomas neuroendócrinos, que poderão estar relacionados com melhor prognóstico como reconhecido no carcinoma oral dependente da infecção por HPV.

**Palavras chave:** Carcinoma epidermóide variante basalóide. HPV.

### PC 040. EMPIEMA TORÁCICO COMO FORMA INICIAL DE APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA DO PULMÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A. Barroso, H. Chaves Ramos, U. Brito

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve.*

**Introdução:** O empiema torácico define-se como a presença de pus no espaço pleural. A sua incidência como forma de apresentação inicial de neoplasia pulmonar é extremamente baixa (inferior a 0,3%) e, quando presente, pode dificultar o diagnóstico de neoplasia.

**Caso clínico:** 61 anos, género feminino, caucasiana, não fumadora. Antecedentes de neoplasia do colo do útero (pT2N0M0) submetida a histerectomia há 17 anos. Nega medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dor abdominal e anorexia com seis dias de evolução. À entrada salientava-se (PA 94/58 mmHg, FC 130 bpm, pulso filiforme, T 36,8 °C, FR 30 cpm, Escala de Coma Glasgow 12). Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular ausente à esquerda e abdómen difusamente doloroso à palpação profunda. Analiticamente, a destacar, leucocitose 48.500/ $\mu$ l (86%N), creatinina 2,3 mg/dL e Proteína C Reativa 480 mg/dL. Gasimetria (FiO2 21%) com pH 7,32, PaO2 70mmHg, pCO2 26 mmHg, sO2 90%, lactatos 2,4 mmol/L. A radiografia do tórax revelou um extenso derrame pleural esquerdo. Para melhor esclarecimento, foi realizada uma TC toraco-abdominal que confirmou o volumoso derrame pleural esquerdo, com desvio contralateral do mediastino, assim como atelectasia praticamente completa do pulmão esquerdo. O fígado apresentava nódulos de etiologia por esclarecer. Na sequência da TC, foi colocada drenagem torácica com saída de 2.600 mL de líquido purulento, confirmando-se a presença de empiema, e iniciou empiri-

camente ceftriaxone 2 g, vancomicina 1 g, gentamicina 160 mg e clindamicina 600 mg. A citologia do líquido pleural revelou a presença de numerosas células inflamatórias, predominantemente neutrófilos, sem presença de malignidade, e o exame bacteriológico foi positivo para *Streptococcus intermedius* multisensível. Realizou Broncofibroscopia que confirmou a oclusão do brônquio lobar superior esquerdo, não sendo possível a progressão a este nível. Na porção distal do brônquio principal esquerdo observou-se protrusão da parede interna por provável compressão extrínseca. Foram efetuadas biópsias e citologia das secreções brônquicas, ambas negativas para neoplasia. Mais tarde, repetiu Broncoscopia rígida e biópsias brônquicas. Por persistência da alteração do estado neurológico, realizou uma RMN-CE que revelou áreas lesionais nodulares com captação de sinal heterogêneo e edema perilesional, sugerindo caráter secundário/metastático. A doente manteve sempre ausência de expansão pulmonar (pulmão encarcerado), apesar de drenagens torácicas funcionantes com líquido pleural purulento, e insuficiência respiratória grave que obrigou a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) inicial de onze dias com falência da extubação e necessidade de um segundo período de VMI de quatro dias. Durante a permanência na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) a evolução foi difícil. Fruto da imobilização prolongada e necessidade de VMI, no momento da transferência para a enfermaria a doente apresentava atrofia muscular generalizada e dependência total. A resolução do empiema requereu sessenta e três dias de drenagem no total. No internamento, realizou biópsia hepática que confirmou adenocarcinoma (CK7+, CK20-, TTF-1+), compatível com origem pulmonar, e o resultado das segundas biópsias brônquicas foi adenocarcinoma bem diferenciado PD-L1 ligeiro/intermédio (< 50%), sem mutação EGFR.

**Discussão:** Dada a resolução demorada do quadro infeccioso e inadequado performance status, relacionado com a estadia prolongada na UCI, não foi possível iniciar precocemente terapêutica para a neoplasia, o que infelizmente piorou inevitavelmente o prognóstico.

**Palavras chave:** Empiema. Neoplasia do pulmão. Cuidados intensivos.

#### PC 041. HIPOPITUITARISMO NA NEOPLASIA PULMONAR METASTIZADA: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

M. Silva, D. Pimenta, F. Aguiar, M.J. Araújo, D. Rodrigues

*Hospital de Braga.*

**Introdução:** O hipopituitarismo pode apresentar-se com diversas manifestações clínicas resultantes do déficit de uma, várias ou de todas as hormonas produzidas na hipófise (pan-hipopituitarismo). Os sinais e sintomas são os mesmos da falência primária dos órgãos-alvo, o que exige um diagnóstico diferencial entre as duas condições. Quando é provocado por uma massa na sela turca, podem surgir também outras alterações como perda visual, diplopia ou cefaleia, resultantes da compressão ou invasão local.

**Casos clínicos:** Caso 1: Doente de 66 anos de idade, sexo masculino, com carcinoma epidermóide do pulmão em estadio cT2N3M0 ao diagnóstico. Tratado inicialmente com quimioterapia (carboplatina e paclitaxel) e radioterapia radical, com boa resposta local. Apresentou progressão da doença com lesões secundárias cerebrais, nas glândulas supra-renais e adenopatias retroperitoneais, tendo realizado tratamento com radioterapia holocraneana e quimioterapia de segunda linha com docetaxel. Internado posteriormente por neutropenia febril e analiticamente evidenciou-se TSH e T3 livre baixos e T4 livre normal, alterações interpretadas inicialmente como consequência do tratamento com corticoterapia de alta dose, e que apresentaram melhoria com a diminuição da dose. Foi reinternado 15 dias depois por agravamento do estado geral, com astenia, anorexia, prostração e dispneia. Analiticamente evidenciou-se TSH, T4 e T3 livres baixas e hipernatremia de novo, em agravamento progressivo.

A esposa referia ingestão abundante de água. Foi colocada a hipótese de diabetes insípida central. Realizou RMN-CE que revelou múltiplas lesões secundárias de novo, incluindo na haste hipofisária, sem metástases hipofisárias. Considerou-se um hipopituitarismo central e iniciou tratamento com desmopressina e tiroxina, mantendo-se corticóide e água livre. Do restante estudo, observou-se concomitantemente hipogonadismo e prolactina sérica normal. Apresentou resolução da hipernatremia e melhoria da função tiroideia, contudo, sem apresentar melhoria clínica significativa. Caso 2: Doente de 75 anos de idade, sexo masculino, com antecedentes de neoplasia do pescoço, adenocarcinoma da próstata e adenocarcinoma pulmonar em estadio IIIB ao diagnóstico. Realizou tratamento com radioterapia torácica radical concomitante com quimioterapia (carboplatina evinorrelbina). Verificou-se progressão da doença com metastização óssea e cerebral com “lesão expansiva a envolver a cisterna selar”. Foi proposta radioterapia paliativa da coluna lombar e cerebral e quimioterapia de segunda linha com pemetrexed. Foi internado por tonturas, cefaleias, polidipsia e hipotensão. Do estudo realizado evidenciou-se hipotireoidismo central, hipogonadismo e provável insuficiência adrenal, com níveis de prolactina e sódio séricos normais (estudo hipofisário colhido após início de corticoterapia, pelo que os resultados analíticos poderão ter sido afetados), interpretadas no contexto de um hipo-pituitarismo secundário à lesão selar metastática. Iniciou tratamento com hidrocortisona e levotiroxina, apresentando melhoria analítica e sintomática.

**Discussão:** A frequente metastização cerebral das neoplasias do pulmão no decorrer da história natural da doença exige dos médicos pneumologistas uma forte suspeita diagnóstica e vasto conhecimento sobre as diversas manifestações clínicas e analíticas possíveis face às complicações provocadas por estas lesões secundárias, intrinsecamente relacionadas com a localização das mesmas.

**Palavras chave:** Hipopituitarismo. Neoplasia pulmão.

#### PC 042. CARCINOMA SARCOMATÓIDE DESCONHECIDO: RELATO DE CASO

M. Silva, A. Ramôa

*Hospital de Braga.*

**Introdução:** O carcinoma sarcomatóide é uma entidade rara que pertence ao grupo dos CPNPC e caracteriza-se por uma apresentação clínica inespecífica, metastização sistémica frequente ao diagnóstico e evolução agressiva. O diagnóstico exige correlação entre dados clínicos, histológicos, imagiológicos e a imuno-histoquímica constitui o gold standard.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 63 anos, fumador. Recorreu ao SU por diminuição da força e hipoestesia do membro inferior esquerdo, cefaleias e dor na coluna dorso-lombar de agravamento progressivo. Realizou TC cerebral que revelou múltiplas lesões expansivas intra-axiais com edema vasogénico e TC toraco-abdominopélvica que evidenciou uma lesão nodular de 6 mm, de contorno irregular, no lobo superior esquerdo do pulmão, três micronódulos no mesmo lobo e provável conglomerado adenopático no hilo pulmonar ipsilateral. Foram identificadas também várias lesões nodulares hepáticas e nas glândulas supra-renais, de provável origem secundária. Fez broncofibroscopia onde se observou neoplasia endobrônquica hipervasculizada irregular na divisão superior do brônquio lobar superior esquerdo. Foi realizada biópsia e o aspirado brônquico revelou inflamação. A histologia da lesão descreveu “carcinoma sem fenótipo habitual em neoplasias pulmonares” e a imuno-histoquímica revelou expressão de MNF116, CK7, GATA3, CD138 e ausência de TTF1, Napsina A, p40, Sinaptofisina e SOX10, sugerindo a hipótese de etiologia metastática. A PET-FDG detetou lesões captantes nos músculos nadegueiros e metastização óssea difusa, compatíveis com alto grau metabólico e a biópsia de um nódulo hepático foi inconclusiva. Após discussão em consulta de grupo foi proposto tratamento com radioterapia holocraneana, tendo cum-

prido 10 fracções com boa tolerância e aguardava decisão sobre tratamento com vinorelbina. Cerca de um mês após a alta recorreu ao SU por dor epigástrica, hematemeses e melenas de novo. Realizou EDA que revelou múltiplas lesões ulceradas com aspeto em cratera na mucosa gástrica, sugestivas de metástases e o doente acabou por falecer nesse dia devido a hemorragia digestiva alta. O exame histológico das lesões gástricas foi sobreponível ao anterior, concluindo tratar-se de carcinoma sarcomatóide.

**Discussão:** As neoplasias de origem primária desconhecida são tumores em que a malignidade é demonstrada por biópsia e o local primário não é identificado após uma investigação exaustiva. Apresentamos um caso raro de carcinoma sarcomatóide que se apresentou como défice neurológico. A imuno-histoquímica de uma massa pulmonar permitiu identificar o tipo histológico de tumor mediante a presença de marcadores de linhagem celular característicos dos carcinomas. No entanto, apesar de testados diversos marcadores específicos de órgão não foi possível determinar a origem primária do tumor. O carcinoma sarcomatóide, pela baixa incidência, apresenta carência de caracterização clínica e patológica, representando um desafio diagnóstico. Esperamos que avanços na imagiologia, citogenética, biologia molecular, imuno-histoquímica, genómica e proteómica permitam no futuro reduzir o tempo de diagnóstico destas neoplasias.

**Palavras chave:** *Carcinoma sarcomatoide.*

#### PC 043. A IMPORTÂNCIA DA REBIÓPSIA NO CANCRO DO PULMÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Arana Ribeiro, G. Samouco, M. Oliveira, A. Amaral, R. Gomes, L. Ferreira

*Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE.*

**Introdução:** A rebiópsia está recomendada em doentes com neoplasia primária do pulmão em progressão, permitindo não só a recaracterização molecular e a pesquisa de mutações que conferem resistências a terapêuticas alvo, como também a caracterização histológica. A heterogeneidade tumoral associada às amostras de pequenas dimensões dificultam avaliação histológica.

**Caso clínico:** Homem, 62 anos, ex-fumador (carga tabágica estimada: 35-40 UMA) e sem exposições de risco ou antecedentes de relevo que recorre a serviço de urgências por quadro de febre, mialgias e tosse não produtiva. Gasimetricamente com insuficiência respiratória parcial. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios. Realizou telerradiografia torácica apresentando uma opacidade heterogénea paramediaestínica direita. O exsudado nasofaríngeo foi positivo para pesquisa de Influenza B. Cumpriu 5 dias de Oseltamivir e ciclo de antibioterapia com Amoxicilina + Ácido Clavulânico e Azitromicina com melhoria clínica e analítica. Contudo por manter alterações radiológicas realizou tomografia computadorizada que revelou uma massa hilar direita com extensão ao mediastino pósterio-inferior (66x57 mm) e com perda de plano de clivagem com esófago, associado a adenopatias mediastínicas homolaterais e lesões secundárias extratorácicas, nomeadamente no fígado e coluna dorsolombar (D12, L1 e L4). Realizou ainda ressonância magnética crânio-encefálica e do neuro-eixo, sem outras lesões secundárias. Realizou broncoscopia flexível apresentando sinais diretos de neoplasia no brônquio intermediário, sendo as biópsias brônquicas compatíveis com Carcinoma Neuroendócrino. Após Consulta de Decisão Terapêutica (CDT), atendendo ao estadiamento (T4N2M1c - Estadio IVB) e Performance Status (PS) de 0, iniciou terapêutica sistémica com Duplete de Platina e Etoposido e radioterapia paliativa óssea. Cumpriu 6 ciclos com progressão da doença, pelo que foi submetido rebiópsia, mantendo tipo histológico. Iniciou terapêutica de segunda linha com Topotecano, tendo cumprido 1 ciclo com necessidade de suspensão por toxicidade hematológica grau 5. Como terceira linha iniciou Nivolumab com Ipi-imumab e manutenção com Nivolumab. Ao fim de 27 ciclos, por

progressão, realizou nova rebiópsia com alteração do tipo histológico para Carcinoma Epidermoide (PD-L1 < 1%, sem mutações para terapêuticas-alvo). Por progressão lenta, em CDT optou-se por manter Nivolumab, tendo completado 34 ciclo, altura em foi internado por um Pneumonia Obstrutiva, apresentando progressão muito significativa da doença com oclusão do brônquio lobar médio. Foi submetido a nova rebiópsia com segunda alteração do tipo histológico para Adenocarcinoma (PDL 1-5%, sem mutações para terapêuticas-alvo). Por manter PS de 0, iniciou Duplete de Platina com Pemetrexed, atualmente sob manutenção com Pemetrexed. À presente data o doente apresenta uma sobrevivência global de 32 meses.

**Discussão:** A rebiópsia tem um papel importante nos doentes em progressão uma vez que alterações histológicas e moleculares têm implicações terapêuticas subsequentes relevantes.

**Palavras chave:** *Rebiópsia. Neoplasia do pulmão.*

#### PC 044. LESÕES MALIGNAS, LESÕES NÃO MALIGNAS - A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL!

J.C. Vieira Pires Martins

*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.*

**Introdução:** Não são raras as situações em que lesões pulmonares não malignas são confundidas com lesões pulmonares malignas, ou vice-versa. Esta é uma questão colocada sempre que se observa uma massa/condensação pulmonar num exame de imagem do tórax. Este caso clínico mostra a importância de não restringirmos as hipóteses diagnósticas e não nos focarmos apenas nas imagens radiológicas, tão importantes, hoje em dia, no nosso trabalho.

**Caso clínico:** Doente de 75 anos, sexo feminino, não fumadora com história conhecida de cardiopatia isquémica, doença renal crónica estágio III, Hipertensão arterial essencial e Diabetes Mellitus tipo 2 com mau controlo metabólico. Recorreu à consulta de Pneumologia enviada do serviço de urgência por massa espiculada de 5,5 cm no lobo superior esquerdo com extenso contacto com a pleura e um nódulo espiculado com 2 cm no lobo superior direito relatada em TC do Tórax, tendo tido alta do serviço de urgência medicada com ciprofloxacina por uma cistite aguda. Por alta suspeita de neoplasia do Pulmão em doente não fumadora mas com elevada exposição passiva ao fumo do tabaco foi pedida broncofibroscopia e PET/TC para diagnóstico e estadiamento. A Broncofibroscopia revelou-se sem qualquer alteração em toda a árvore traqueobrônquica e os resultados anátomo-patológicos da citologia do lavado bronco-pulmonar, da biópsia brônquica e da biópsia pulmonar foram todos negativos para células neoplásicas. No seguimento da marcha diagnóstica e após discussão de imagens com o médico radiologista foi pedida uma biópsia transtóraca guiada por TC que não se realizou por se ter verificado na altura do procedimento uma diminuição significativa de ambas as consolidações pulmonares para cerca de metade do tamanho inicial, favorecendo assim o diagnóstico de um processo infeccioso. Considerando que a doente realizou antibioterapia na altura da realização do primeiro TC no contexto de uma cistite aguda com melhoria radiológica optou-se por não medicar e assumiu-se o diagnóstico de Pneumonia adquirida na comunidade.

**Discussão:** Cada vez que a possibilidade de neoplasia do pulmão está em causa, são utilizados vários métodos invasivos e não invasivos para obtenção do diagnóstico histológico, muitas vezes cedo de mais. O maior problema dos falsos tumores do Pulmão é que a maior parte dos médicos foca a sua atenção mais na imagem radiológica que nos achados clínicos de cada doente, restringindo e diminuindo as hipóteses diagnósticas de certas patologias. A TC do Tórax tem um papel importante no diagnóstico da patologia pulmonar inclusive do cancro do pulmão, mas a clínica de cada doente na altura da sua realização é fulcral para uma melhor abordagem diagnóstica e terapêutica de cada doente.

**Palavras chave:** *Pneumonia. Neoplasia do pulmão. Radiologia.*

### PC 045. DOR CERVICAL AGUDA COM IRRADIAÇÃO PARA O BRAÇO ESQUERDO: E O DIAGNÓSTICO É?

C.S. Figueira de Sousa, R. Branquinho Pinheiro, P. Mendes

*Serviço de Pneumologia, Hospital Central do Funchal.*

**Introdução:** Os carcinomas neuro-endócrinos de grandes células podem ser pouco sintomáticos. Não raras vezes os doentes apresentam-se apenas com alterações na radiografia ou tomografia computadorizada (TC) de tórax.

**Caso clínico:** Os autores relatam o caso de um doente de 57 anos, previamente saudável, ex-fumador, pianista, que recorre ao serviço de urgência após o aparecimento de dor cervical lancinante refratária à terapêutica analgésica. A dor irradiava para o membro superior esquerdo e tinha cerca de quatro horas de evolução. Referia ainda parestesias homolaterais e mais tarde o aparecimento de toracalgia tipo pressão. Negava náuseas, vômitos, febre, palpitações ou síncope. Realizou ECG e avaliação seriada da enzimologia cardíaca que excluiu síndrome coronário agudo. Foi reencaminhado à Ortopedia, que solicitou TC da coluna cervical onde se documentou a existência de unco-espondilo-discartroses ao nível C5/C6 e C6/C7 que promoviam potencial repercussão sobre os eixos radiculares cervicais correspondentes. Teve alta com reforço de analgesia encaminhado para consulta, contudo após quatro horas o doente regressa ao SU por dor torácica no hemitórax esquerdo, com características diferentes da dor prévia. Nesta segunda observação para além da repetição do estudo cardíaco realiza radiografia de tórax onde se observa uma massa de volumosas dimensões, paratraqueal, no lobo superior esquerdo. É então encaminhado a realizar TC torácica que documenta, em localização mediastínica anterior superior, uma lesão heterogénea com cerca de 11 x 9 cm que desviava o mediastino para o lado direito. É internado para investigação, da qual se ressalva o estudo anatomopatológico de biópsias guiadas por TC que levantam a hipótese de tratar-se de um carcinóide atípico. Este diagnóstico não foi confirmado em reavaliação anatomopato-

lógica da peça cirúrgica de lobectomia superior esquerda e resseção tumoral, que demonstrou tratar-se de um carcinoma neuro-endócrino de grandes células.

**Discussão:** Este caso clínico enfatiza a frustrante sintomatologia originada por massa com mais de 10 cm, uma vez que o doente não apresentava qualquer queixa até algumas horas antes da primeira ida à urgência. Salienta-se também, à semelhança do que é descrito na literatura, a dificuldade do diagnóstico anatomopatológico destes tumores que constituem apenas 3% do total de lesões malignas pulmonares e cuja avaliação inicial fazia crer tratar-se de um carcinóide atípico, com prognóstico e tratamento bastante diferentes do carcinoma neuro-endócrino de grandes células.

**Palavras chave:** *Carcinoma neuroendócrino de grandes células. Massa pulmonar. Mediastino anterior.*

### PC 046. UM CASO DE MESOTELIOMA E ALGUMAS DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS

C.S. Figueira de Sousa, R. Branquinho Pinheiro, P. Mendes

*Serviço de Pneumologia, Hospital Central do Funchal.*

**Introdução:** As neoplasias sarcomatóides do pulmão e da pleura são tumores raros que apresentam um diagnóstico diferencial complexo, tornando-as um desafio para o anatomopatologista. A correlação radiológica e clínica é fundamental uma vez que estes tumores pouco diferenciados podem não expressar os marcadores imuno-histoquímicos habituais para carcinoma ou mesotelioma<sup>1</sup>.

**Caso clínico:** Relata-se o caso de um doente de 77 anos, não fumador, reformado de engenheiro informático, sem exposição a asbestos. Referia dispneia em repouso, desde há uma semana, associada a astenia, tosse seca e dor torácica constante. Negava febre ou sudorese nocturna mas referia perda de 10kgs no último mês e meio. A radiografia torácica da admissão revela derrame pleural volumoso à

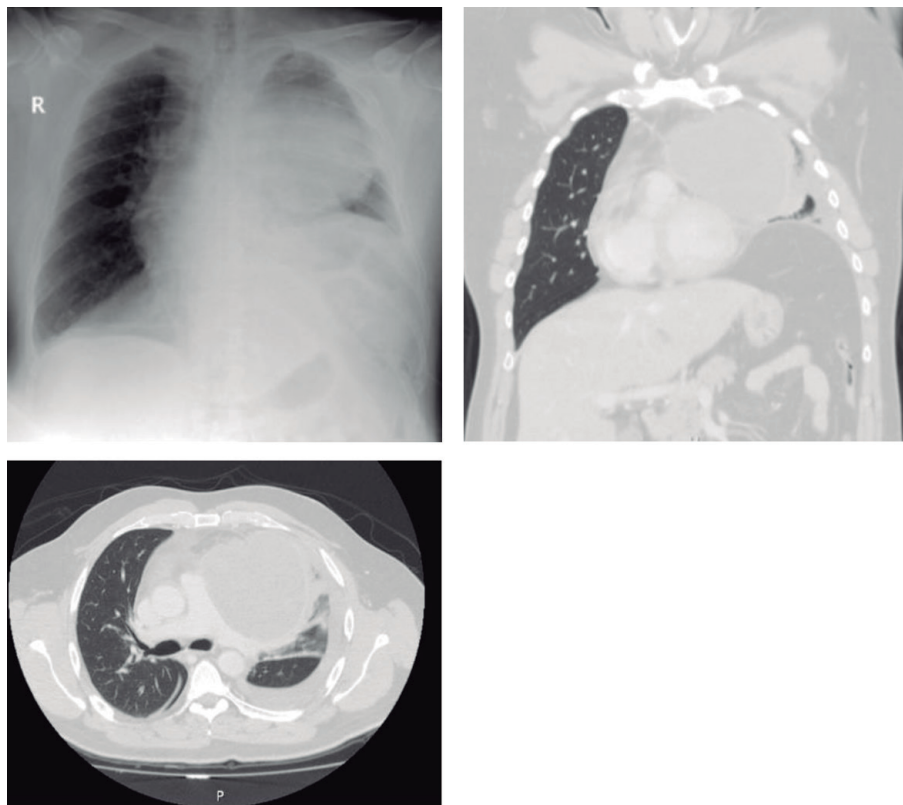


Figura PC 045

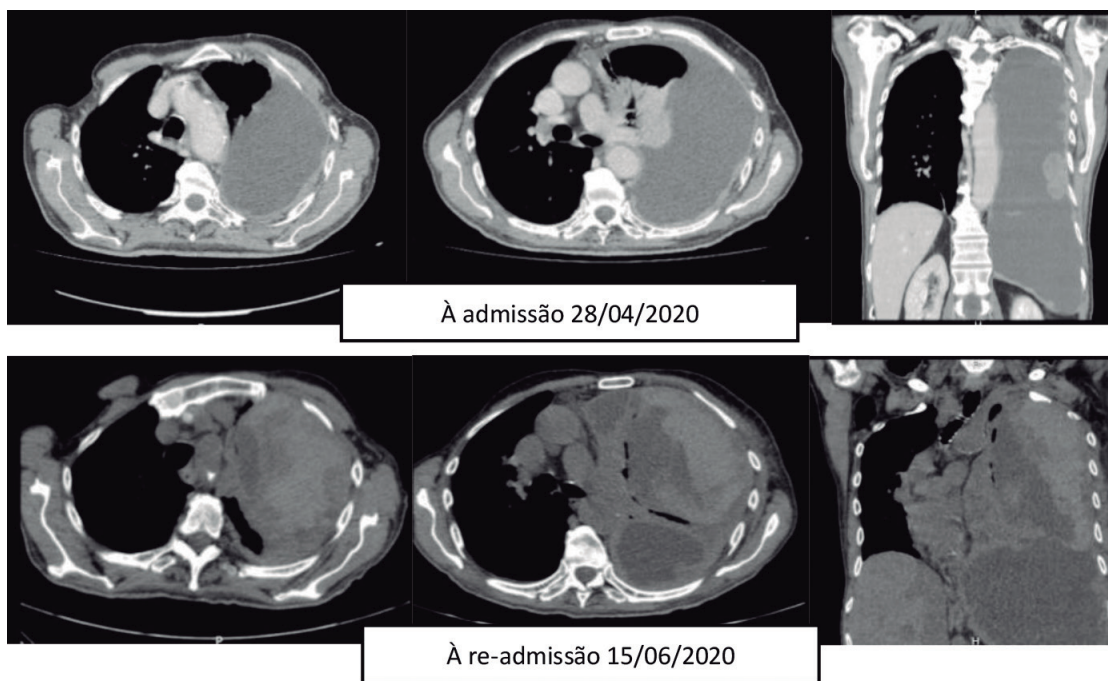


Figura PC 046

esquerda e a gasometria de sangue arterial e as análises sanguíneas não mostravam alterações relevantes. É internado para investigação, da qual resulta uma TC tóraco-abdomino-pélvica que demonstra espessamento nodular pleural (máximo de 5 cm) e volumoso derrame pleural condicionando colapso do pulmão homolateral. É então realizada toracocentese diagnóstica e evacuadora e biópsias pleurais, mas apesar da drenagem de 1.900 mL de líquido sero-hemático acastanhado, dois dias depois é colocado dreno torácico homolateral pela persistência de volumoso derrame. A análise desse líquido revelou tratar-se de um exsudado com predomínio de linfócitos, com ADA de 37 U/L, o exame bacteriológico e micobacteriológico foram negativos, assim como a PCR para pesquisa de DNA de *M. tuberculosis* no líquido e o exame directo e cultural da expectoração (escassa). As biópsias pleurais revelaram processo inflamatório crónico granulomatoso, sem atipia. Foi encaminhado à realização de biópsia transtorácica guiada por TC de um dos nódulos/espessamentos pleurais. Por melhoria clínica foi retirada a drenagem torácica e ficou a aguardar o resultado anatopatológico no domicílio. Por novo agravamento clínico volta a ficar internado cerca de duas semanas depois. Nessa altura conhecem-se os resultados das últimas biópsias pleurais: processo granulomatoso necrosante. A ecografia torácica da readmissão evidencia derrame volumoso, francamente loculado, de conteúdo heterogéneo hipoecóico e é então pedida reavaliação tomográfica torácica, que mostra aumento do derrame e alteração da densidade do conteúdo do líquido, compatível com provável hemotórax, e é então solicitada a colaboração de Cirurgia Torácica. Num primeiro tempo realiza mini-toracotomia exploradora e numa segunda fase (menos de 24 horas depois) procede-se a uma descorticação pulmonar. Em ambas as abordagens volta a ser enviado líquido e material para melhor caracterização histológica e acabam por ser detetadas células neoplásicas provenientes de neoplasia maligna fusocelular e epitelióide. São colocadas as hipóteses de carcinoma sarcomatóide pulmonar com invasão pleural vs. mesotelioma sarcomatóide/bifásico com invasão do parênquima pulmonar subjacente.

**Discussão:** Neste caso, pelos achados imagiológicos parece-nos tratar-se mais provavelmente de um mesotelioma sarcomatóide ou mesotelioma bifásico, ambos com um prognóstico muito reservado. Os mesoteliomas tipicamente apresentam espessamento pleural e só muito raramente invadem/destroem a parede torácica ao contrário do que ocorre com os carcinomas pleomórficos que para além

disso apresentam-se com massas intrapulmonares, o que não foi o caso do nosso doente.

**Palavras chave:** Mesotelioma. Derrame pleural.

#### PC 047. HIPOALDOSTERONISMO PRIMÁRIO ASSOCIADO A TERAPÊUTICA COM PEMBROLIZUMAB

D. Organista, A. Mineiro, P. Esteves

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

**Introdução:** O tratamento com inibidores de checkpoint imunológico, como o pembrolizumab (inibidor PD-1), está associado a melhoria do prognóstico de vários tumores sólidos, como o carcinoma pulmonar de não-pequenas células (CPNPC). No entanto, estes fármacos estão também associados a efeitos secundários imunomediados com impacto clínico significativo e que podem ser de difícil diagnóstico e tratamento. Dentro destes, os mais frequentes são as endocrinopatias como patologia tiroideia, hipopituitarismo, diabetes tipo 1 e insuficiência suprarrenal. Esta última pode ser grave e é frequentemente subdiagnosticada e subtratada.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de uma mulher de 52 anos, ex-fumadora, com diagnóstico de carcinoma pavimento-celular do pulmão estadio IIIA (T2a N2 M0), PDL1 positivo forte, em outubro de 2018, tendo realizado quimioterapia e radioterapia concomitante. Em Abril de 2019 progressão com metastização cerebral única, submetida a radiocirurgia. Em maio diagnóstico de metastização hepática. Iniciou terapêutica com pembrolizumab em agosto do mesmo ano. Diagnosticado hipotiroidismo 2 meses após início da terapêutica tendo iniciado terapêutica dirigida. Entre dezembro de 2019 e março de 2020, vários episódios de internamento por quadro de fadiga, anorexia, hipotensão ortostática e alterações do estado de consciência. Em todos os episódios apresentava laboratorialmente hiponatremia grave e hipercalemia. Suspensa terapêutica com pembrolizumab em fevereiro de 2020 por progressão da doença. Internada novamente em abril de 2020, com o mesmo quadro sintomático e analiticamente com hiponatremia 110 mmol/L e hipercalemia de 8,1 mmol/L. Do estudo efetuado salientava-se discreto agravamento da função renal, função tiroideia dentro da normalidade, cortisol matinal 0,2 ug/dL (6,2-18) em 2 medições, ACTH 3,0 pg/mL (7,2-63,3), aldosterona < 1,9 (1,7-

23,2), renina 622 (2,8-39,9). Ecografia abdominal sem evidência de lesões nas suprarrenais. Neste contexto, admitido quadro de insuficiência suprarrenal primária associada a terapêutica com pembrolizumab. Iniciou terapêutica com fludrocortisona e hidrocortisona com melhoria das alterações iônicas. A doente acabou por falecer ao 45º dia de internamento por progressão da doença de base.

**Discussão:** A insuficiência suprarrenal secundária a imunoterapia é rara, havendo poucos casos relatados na literatura até ao momento. No entanto, pelo seu impacto potencialmente fatal, o grau de suspeição clínica e tratamento é fundamental. O tempo de desenvolvimento do quadro não está claramente definido, podendo ocorrer nos primeiros meses de terapêutica, havendo relatos de diagnóstico vários anos após o início do tratamento.

**Palavras chave:** *Hipoaldesteronismo primário. Pembrolizumab.*

#### PC 048. LINFOMA T PRIMÁRIO DO PULMÃO - UMA ENTIDADE RARA E AGRESSIVA

A. Nunes, R. Cordeiro, C. Silvestre, D. Duarte, C. Cardoso, N. André, T. Falcão, M.J. Tavares, A. Domingos

*Centro Hospitalar do Oeste-Unidade de Torres Vedras.*

**Introdução:** Os linfomas primários do pulmão constituem um grupo de doenças malignas raras, representando menos de 1% de todos os linfomas e menos de 0,5% de todos os tumores primários do pulmão. A maioria dos casos de linfoma primário do pulmão são linfomas B associados ao tecido linfático da mucosa brônquica (linfomas MALT/BALT). Em contraste, os linfomas T primários do pulmão são extremamente raros, estando limitados a escassos relatos de caso na literatura médica. Por esta razão, as suas características clínicas, imagiológicas e tratamento não estão bem definidos.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de uma mulher de 43 anos de idade que recorreu ao serviço de urgência por febre, tosse, expectoração e dispneia de esforço com 3 semanas de evolução. A TC torácica revelou múltiplos focos de condensação bilaterais, alguns esboçando nodularidade e broncograma aéreo, associados a extensas áreas em vidro despolido, de distribuição difusa nos terços inferiores, com áreas de padrão em mosaico. Foi iniciada antibioterapia e corticoterapia pela suspeita diagnóstica de pneumonia intersticial. Pela manutenção da clínica e das imagens em TC subsequente, foi realizada biópsia aspirativa transtorácica guiada por TC que revelou linfoma de células T periféricas citotóxicas associado a EBV. Verificou-se rápida degradação clínica e agravamento radiológico, pelo que a doente foi transferida para a Hematologia, acabando por falecer dois dias depois.

**Discussão:** Apesar de raros, os linfomas de células T apresentam um comportamento agressivo, devendo ser considerados no diagnóstico diferencial de doentes febris com múltiplos nódulos pulmonares que não respondem à antibioterapia, já que o diagnóstico atempado e o tratamento precoce são essenciais.

**Palavras chave:** *Linfoma primário do pulmão. Linfoma de células T. Nódulos pulmonares.*

#### PC 049. SINTOMAS RESPIRATÓRIOS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE INFECTADOS COM SARS-COV-2 - CASUÍSTICA DE 5 MESES DO SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL DE UM CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO

A.I. Correia, D. França, J. Raposo, R. Lobo, J. Soares, M. Forjaz, C. Almeida, O. Shapovalova, L. Galaio, E. Sacadura-Leite

*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.*

**Introdução:** A COVID-19, causada pelo SARS-CoV-2, foi reconhecida como pandemia pela OMS a 11 de março de 2020. Apesar da infeção ser identificada numa elevada percentagem de assintomáticos, febre, tosse seca irritativa e/ou dispneia, foram considerados os sin-

tomias perante os quais se deverá suspeitar de um caso de infeção por SARS-CoV-2. Os profissionais de saúde, pelo seu contacto frequente com indivíduos infetados, encontram-se entre os principais grupos de risco para COVID-19.

**Objetivos:** Comparar a proporção de profissionais que apresentaram teste SARS CoV-2 positivo e que tinham sintomas sugestivos de COVID-19, designadamente respiratórios, com a proporção de assintomáticos com contacto de alto risco que testaram positivo; Identificar os sintomas respiratórios dos profissionais com suspeita de COVID-19 e a proporção dos que testaram positivo para SARS-CoV-2 na amostra estudada.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, com análise dos registos clínicos dos profissionais de saúde que recorreram por autoiniciativa ao Serviço de Saúde Ocupacional de um Centro Hospitalar Universitário, entre março e agosto de 2020, por apresentarem sintomas, contacto de risco com caso confirmado de COVID-19, ou por ambos e que, nesse contexto, realizaram teste RT PCR SARS-CoV-2. Consideraram-se sintomas respiratórios: tosse, dispneia, odinofagia, congestão nasal, rinorreia e esturruados. Foram excluídos da amostra os profissionais avaliados no contexto de clusters ou surtos hospitalares ocorridos no mesmo período.

**Resultados:** Realizou-se consulta médica a 613 profissionais, maioritariamente do sexo feminino (81,6%) e do grupo etário 25-34 anos. A amostra incluiu mais Médicos (32%), seguidos dos Enfermeiros (29%) e Assistentes Operacionais (22%). Dos 420 (68,5%) profissionais sintomáticos (respiratórios ou outros), em 27 confirmou-se COVID-19 (6,43%), enquanto apenas 3 dos 193 (1,55%) assintomáticos testaram positivo, sendo a diferença estatisticamente significativa (IC95%, p = 0,009). Por sua vez, dos 371 (88,3%) que apresentaram sintomas respiratórios, 19 foram positivos para COVID-19 (5,12%), versus 11 entre os 242 que não tinham sintomas respiratórios (4,55%), não sendo a diferença estatisticamente significativa (IC95%; p = 0,75). Os sintomas respiratórios mais prevalentes na amostra foram tosse (236 casos, sendo 5,93% em positivos); odinofagia (180 casos, 1,77% em positivos) e rinorreia (78 casos, 8,97% em positivos). De realçar que, dos 44 profissionais que apresentaram dispneia, nenhum testou positivo para SARS-CoV-2.

**Conclusões:** Apesar da COVID-19 estar tipicamente associada a sintomas respiratórios, nem todos esses sintomas foram preditivos de doença, devendo-se provavelmente a outras doenças respiratórias, infecciosas ou não. A tosse foi um sintoma frequentemente observado na amostra, mas apenas em 5,93% se diagnosticou COVID-19. A rinorreia foi o sintoma respiratório com maior proporção de casos positivos (8,97%). No entanto, não houve nenhum caso positivo que apresentasse dispneia. Contudo, os casos positivos encontrados na nossa amostra foram todos de gravidade ligeira a moderada, com tratamento no domicílio. Sintomas não respiratórios caracterizaram cerca de metade dos casos de doença. Perante a variabilidade de sintomas, e dado o risco de transmissão a doentes vulneráveis, é importante a valorização de sintomatologia ligeira em profissionais de saúde. A identificação da doença em assintomáticos, apesar de inferior à dos sintomáticos, reforça a importância da adoção rigorosa das medidas de higiene e proteção respiratória.

**Palavras chave:** *COVID-19. Profissionais de saúde. Sintomas respiratórios.*

#### PC 050. MARCADORES DE COINFEÇÃO NA COVID-19: QUAL O PAPEL DA PROCALCITONINA NA DOENÇA GRAVE?

B. Mendes, T. Duarte, M. Carvalheiro, C. Figueiredo, M. Cabral, A. Mineiro, L. Bento, J. Cardoso

*Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.*

**Introdução:** Vários biomarcadores têm sido utilizados nos doentes com pneumonia ao novo coronavírus responsável pela síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) para estratificar a gravidade da doença e identificação de coinfeção por outros agentes. A falta de



estudos sobre marcadores tem provocado um uso alargado de anti-bioterapia. Previamente à doença do coronavírus 19 (COVID 19) a procalcitonina (PCT) vinha sendo utilizada na diferenciação entre inflamação sistêmica por agente bacteriano ou viral, sendo o seu aumento significativo mais sugestivo de infecção bacteriana.

**Objetivos:** Determinar a utilidade da PCT comparativamente a outros biomarcadores, na identificação de coinfeção em doentes com pneumonia grave a SARS-CoV-2.

**Métodos:** Foram incluídos de forma retrospectiva todos os doentes com o diagnóstico primário de pneumonia a SARS-CoV-2 internados nas Unidades de Cuidados Intensivos, do nosso Centro Hospitalar, entre março e julho de 2020. Em todos foram colhidos exames microbiológicos à admissão e aquando indicação médica, bem como contagem de leucócitos, doseamento da proteína c-reativa (PCR), PCT e ferritina. Os doentes incluídos foram divididos em 2 grupos consoante a identificação ou não de agente nos estudos microbiológicos colhidos. Os valores totais bem como as variações destes foram comparados utilizando o software IBM SPSS Statistics 25. Os resultados são apresentados no valor mediana [intervalo interquartil].

**Resultados:** Incluíram-se 116 doentes. Em 50 (43%) verificou-se isolamento de agente (39 bacterianos; 7 fúngicos e bacterianos; 3 fúngicos e 1 fúngico e viral) (78%; 14%; 6% e 2% respetivamente). No total 103 doentes (88,8%) cumpriram terapêutica antibiótica. No grupo com isolamento de agente a mediana dos leucócitos, PCR, PCT e ferritina foi de, aquando do isolamento, 12.850  $\mu$ L [8.400]; 224 mg/L [135]; 1,15 ng/mL [4,19] e 1.076 ng/mL [1.919] respetivamente. No grupo sem isolamento os valores encontrados quando iniciada antibioterapia por suspeita de coinfeção foram: leucócitos 11.170  $\mu$ L [7.290]; PCR 207 mg/L [150]; PCT 0,30 ng/mL [135] e ferritina 1.145 ng/mL [2279]. Apenas a PCT apresentou diferença entre os dois grupos ( $p = 0,01$ ). Verificou-se no primeiro grupo uma variação dos leucócitos, PCR, PCT e ferritina de 4.630  $\mu$ L [46.620]; 72 mg/L [586]; 0,53 ng/mL [113,15]; 248 ng/mL [26.976] e no segundo grupo 3.450  $\mu$ L [20.420]; 63,5 mg/L [384]; 0,15 ng/mL [34,73] e 237 ng/mL [12.929] respetivamente.

**Conclusões:** No estudo realizado a PCT foi, entre os biomarcadores avaliados, o único cujo valor mais alto apresentou diferença entre os doentes com coinfeção confirmada comparativamente aos que não tiveram nenhum isolamento cultural. Uma variação da PCT superior a 0,50 ng/mL também parece ser indicador de coinfeção. Nos doentes sem isolamento cultural todos os biomarcadores mostraram, aquando da introdução de antibioterapia, valores francamente superiores à referência. Assim, sugerimos que valores aumentados dos biomarcadores estudados podem ser sugestivos de coinfeção ou de doença sistêmica grave a SARS-CoV-2, parecendo ser a PCT o biomarcador mais útil na sua distinção. Estes achados são importantes na gestão da antibioterapia empírica utilizada nesta nova doença.

**Palavras chave:** COVID-19. Procalcitonina. Coinfeção.

### PC 051. PARÂMETROS HEMATOLÓGICOS E ADMISSÃO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS EM DOENTE INFECTADOS COM SARS-COV2

J. Arana Ribeiro, R. Gomes, J. Andrade, G. Valbom, R. Guimarães, F. Carriço, R. Maia Alves

Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE.

**Introdução:** A infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), causadora da atual pandemia, tem proeminentes manifestações a nível hematológico. Diversos estudos sugerem que o valor absoluto de linfócitos, plaquetas e rácio neutrófilos-linfócitos são indicadores que refletem o controlo da inflamação em diversas patologias.

**Objetivos:** Comparar a contagem de linfócitos e plaquetas, rácio neutrófilos-linfócitos (RNL) e neutrófilos-plaquetas (RNP) à admissão de doentes com necessidade de internados numa Unidade de Cuidados Intensivo (UCI) com os restantes doentes internados numa enfermaria comum, infetados com SARS-CoV2. Avaliar o valor preditivo desses indicadores para admissão numa UCI.

**Métodos:** Estudo retrospectivo que inclui adultos hospitalizados infetados com SARS-CoV-2 entre Março e Julho de 2020. O critério de diagnóstico consiste na deteção de RNA em exsudado naso/orofaríngeo por real-time reverse transcription-polymerase chain reaction (RT-PCR). As variáveis demográficas, clínicas e contagens hematológicas foram obtidas através da consulta de processos clínicos. As diferenças entre as variáveis no grupo admitido em UCI vs enfermaria foram comparadas através do teste de Mann-Whitney. Foi aplicada a regressão logística multinomial e curva Receiver Operating Characteristic (ROC) para analisar a capacidade da contagem de plaquetas para prever a admissão em UCI.

**Resultados:** Foram identificados 120 doentes infetados com idade mediana de 65,5 [19-99] anos, dos quais 68 (56,7%) eram do sexo feminino. À admissão 43 (35,8%) doentes tinham alterações hematológicas, 16 (13,3%) linfopenia, 14 (11,7%) trombocitopenia e 13 (10,8%) ambas. Foram admitidos 9 (7,5%) doentes em UCI. Não existe diferença estatisticamente significativa entre os doentes admitidos em UCI e os admitidos em enfermaria comum, nomeadamente na idade, Índice de Charlson, contagem de plaquetas e RLP. Existe diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos na contagem de linfócitos e RNL, sendo que os doentes admitidos em UCI têm menor contagem de linfócitos (mediana 0,95 [0,54-1,56]  $\times 10^3$ /uL vs 1,47 [0,24-4,45]  $\times 10^3$ /uL;  $p 0,005$ ) e maior RNL (mediana 6,50 [1,64-9,36] vs 2,91 [0,35-35,04];  $p 0,02$ ). Contudo, apenas a contagem de linfócitos é preditor da admissão em UCI. A probabilidade de admissão em UCI comparativamente não admitidos diminui em 83,5% por cada aumento de 1  $\times 10^3$ /uL na contagem de linfócitos ( $p 0,022$ ), sendo que o melhor ponto de corte da contagem de linfócitos o valor de 1,08  $\times 10^3$ /uL com 66,7% de sensibilidade e 72,1% de especificidade (AUC 0,76;  $p 0,011$ ).

**Conclusões:** A contagem de linfócitos à admissão de doente infetados com SARS-CoV2 e admitidos em UCI parece ser menor em comparação com os internados em enfermaria comum, sendo o seu valor preditor de admissão em UCI. Pelo o seu baixo custo e reprodutibilidade poderá vir adquirir valor clínico na identificação de doentes críticos.

**Palavras chave:** SARS-CoV-2. COVID-19.

### PC 052. ALTERAÇÕES ANALÍTICAS DE SARS-COV2 - CASUÍSTICA DE 6 MESES NUM HOSPITAL NÍVEL II

J. Portela, J. Silva, G. Santos, M. Lopes, P. Pedro, J. Soares, J. Duarte  
Hospital Garcia de Orta.

**Introdução:** A COVID-19 é uma doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV2) que teve início no final de 2019 em Wuhan (China) e atualmente é considerada uma pandemia. Tendo em conta o crescente interesse nesta patologia, têm sido estudado as alterações analíticas mais comuns. De acordo com a literatura, as mais prevalentes são linfopenia, elevação da LDH (lactato desidrogenase), alterações da coagulação e elevação de parâmetros inflamatórios (ferritina, proteína C reativa e velocidade de sedimentação).

**Objetivos:** Descrição das alterações analíticas dos doentes internados num Serviço de Pneumologia de um hospital nível II, dedicado a doentes com infeção confirmada por SARS-CoV2 entre Março e Agosto de 2020.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos. Foram colhidos dados analíticos e definidos três grupos com base na relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> obtida na gasometria arterial: grupo A (relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> > 300), grupo B (entre 200-300) e grupo C (< 200). A presença de infeção foi confirmada por pesquisa por PCR de RNA do vírus nas secreções respiratórias da oro e nasofaringe.

**Resultados:** No período em estudo, verificou-se um total de 180 doentes, sendo que 52% encontra-se no grupo A (GA), 26% no grupo B (GB) e 22% no grupo C (GC). A neutrofilia (definida como > 7.700 cél/mL) esteve presente em 30, 36 e 64% dos doentes do grupo A, B e C, respetivamente. Cerca de 52% (GA), 64% (GB) e 77% (GC) dos doentes

apresentava linfopenia ( $< 1.000$  cél/mL). Velocidade de sedimentação  $> 100$  mm na 1ª H surgiu em 48% (GA), 62% (GB) e 75% (GC) dos doentes. A LDH  $> 350$  mg/mL apresentou-se em 42% (GA), 61% (GB) e 72% (GC) dos doentes. Valores de proteína C reativa superiores a 5 mg/dL surgiram em 60 (GA) para 78 (GB) e para 95% (GC). A procalcitonina  $> 1$  ng/mL encontra-se em 21 (GA), 24 (GB) e 42% (GC) dos doentes. A ferritina  $> 200$  ng/mL surge em 87 (GA), 92 (GB) e 97% (GC) dos doentes. Analisando os triglicéridos, estes encontram-se  $> 150$  mg/dL em 50, 69 e 66% dos doentes (grupo A, B e C respetivamente). Os D-Dímeros apresentam-se elevados ( $> 500$  ug/mL) em 27 (GA), 42 (GB) e 53% (GC) dos doentes. O fibrinogénio  $> 100$  mg/dL encontra-se aumentado em 100% dos doentes dos três grupos.

**Conclusões:** À semelhança do que está descrito na literatura, a prevalência das variáveis analisadas neste estudo aumenta conforme a gravidade da doença, neste caso definida pela gravidade da insuficiência respiratória avaliada pela relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>.

**Palavras chave:** SARS-CoV2. COVID-19. Pneumonia. Alterações analíticas.

### PC 053. O PAPEL DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA E DO CPAP NOS DOENTES COM COVID-19 - EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

C. Custódio, J. Branco, F. Neri, S. Silva, M. Felizardo, S. Tello Furtado, P. Rodrigues

*Hospital Beatriz Ângelo.*

**Introdução:** A infeção por SARS-CoV2 associa-se ao desenvolvimento de insuficiência respiratória grave numa minoria dos doentes. O papel da ventilação não invasiva (VNI) e do Continuous Positive Airway Pressure (CPAP), inicialmente controverso, é agora reconhecido como forma de evitar a ventilação mecânica invasiva (VMI), facilitar o seu desmame e otimizar a gestão de doentes não elegíveis para VMI. O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência do nosso hospital na utilização de VNI e CPAP em doentes com insuficiência respiratória associada à COVID-19.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes internados por infeção SARS-CoV2 e com necessidade de VNI ou CPAP, no Hospital Beatriz Ângelo, entre março e junho de 2020. Os doentes foram caracterizados relativamente à demografia, co-morbilidades, apresentação clínica, tipo e características do suporte ventilatório e respetivos outcomes.

**Resultados:** Dos 167 doentes internados por infeção SARS-CoV2, 19 (11,4%) necessitaram de VNI ou de CPAP. Em 7 (36,8%) foi definida VNI como teto terapêutico. Destes, a maioria era do género masculino (71,4%), com idade média de  $73 \pm 12,7$  anos e índice de Barthel mediano de 10. As co-morbilidades mais encontradas foram: hipertensão arterial (71,4%), diabetes mellitus tipo 2 (57,1%), doença cerebrovascular (57,1%), dislipidémia (42,9%) e doença pulmonar obstrutiva crónica (28,6%). 85,7% (n = 6) apresentava evidência de pneumonia à admissão e todos apresentavam insuficiência respiratória, parcial em 71,4% (n = 5) e global em 28,6% (n = 2). O ratio médio de PO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> à admissão era  $213 \pm 61$ . Foi usado Bilevel Positive Pressure Airway (BiPAP) em 5 doentes e CPAP em 2. O tempo médio de utilização de VNI/CPAP foi  $5,6 \pm 4,8$  dias. A média de internamento foi de  $22 \pm 21,7$  dias e a taxa de mortalidade de 28,4% (n = 2). Nos 12 doentes elegíveis para VMI (63,2%), a maioria era do género feminino (58,3%), com idade média de  $64,75 \pm 10,8$  anos e índice de Barthel mediano de 100. Das co-morbilidades encontradas destacam-se: hipertensão arterial (75%), dislipidémia (33,3%); diabetes mellitus tipo 2 (25%) e doença cerebrovascular (25%). 83,3% (n = 10) apresentavam evidência de pneumonia à admissão e todos apresentavam insuficiência respiratória parcial. O ratio médio de PO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> era de  $249,3 \pm 78,8$ . Em metade dos doentes (n = 6) realizou-se um trial inicial com VNI/CPAP (5 com CPAP), sendo que em 2 houve necessidade de entubação oro-traqueal e VMI nas primeiras 24h. Nos restantes 4, a VNI/CPAP foi suficiente (duração média de uso de  $6,4 \pm 4$  dias). Na outra

metade (n = 6), foi utilizada VNI/CPAP pós-extubação (5 com BiPAP), com duração média da VMI de  $14,6 \pm 10,5$  dias e duração média da VNI subsequente de  $8,6 \pm 3,2$  dias. O tempo médio de internamento foi de  $32,8 \pm 18,1$  dias, não se verificando nenhum óbito.

**Conclusões:** Apesar da controvérsia inicial, a VNI/CPAP parece ter um papel importante na gestão da insuficiência respiratória associada a COVID-19, mesmo nos doentes mais idosos, dependentes e com mais co-morbilidades. A presença de uma equipa treinada e multidisciplinar é fundamental para o sucesso destas intervenções, havendo necessidade de mais investigação para comprovar a eficácia e estabelecer a sua indicação na COVID-19.

**Palavras chave:** COVID-19. Ventilação não invasiva.

### PC 054. UM CASO RARO DE CO-INFEÇÃO SARS-COV2 E PNEUMOCYSTIS JIROVECI

J. Portela, M. Lopes, P. Pedro, J. Soares, J. Duarte

*Hospital Garcia de Orta.*

**Introdução:** A infeção a SARS-CoV2 (COVID-19) foi declarada pandemia em Março de 2020, com um grande impacto na saúde a nível mundial. Apesar de estar descrita a possibilidade de sobreinfeção bacteriana, existem alguns casos na literatura sobre sobreinfeção fúngica. A pneumocistose é uma doença potencialmente fatal que ocorre sobretudo em doentes imunocomprometidos.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de um homem de 67 anos, com antecedentes de artrite reumatóide (sob metotrexato 20 mg/semanal, prednisolona 5mg/dia e leflunomida 20 mg/dia) e hipertensão arterial essencial. Admitido no Serviço de Urgência em Maio/2020 por tosse produtiva mucopurulenta, febre e dispneia para pequenos esforços com 4 dias de evolução. Objetivamente à admissão, destacava-se taquicardia 108 bpm, polipneia (FR 24 cpm) em repouso, saturação periférica de 96% em ar ambiente e repouso, com dessaturação para 90% após 50 metros de marcha, apirexia. Na auscultação pulmonar, murmúrio vesicular diminuído na base direita com crepitações bibasalmente. A radiografia de tórax apresentava hipotransparências heterogêneas bilateralmente. Analiticamente com leucócitos 8.600, neutrofilia relativa 95%, linfopenia 210 cél/mL, d-dímeros 29,44 mg/mL, LDH 458 mg/dL e proteína C reativa 12,26 mg/dL e hipoxemia ligeira (pO<sub>2</sub> 70), sem hiperlactacidemia na gasometria arterial. Realizou pesquisa de PCR de RNA do SARS-CoV2 em secreções da orofaringe e nasofaringe que se revelou positiva. Perante a suspeita de tromboembolismo pulmonar realizou AngioTC-Tórax que revelou opacidades em vidro despolido periféricas com “crazy paving” bilateralmente, com condensações associadas e tromboembolismo nos ramos segmentares do lobo superior direito. Assim, foi internado por Pneumonia por SARS-CoV2 e Tromboembolismo pulmonar (PESI 77 pontos). Durante o internamento iniciou ventilação mecânica não-invasiva em modo CPAP com Helmet por agravamento da hipoxemia e enoxaparina em dose terapêutica. Em D2, por melhoria clínica e analítica foi suspensa a ventilação não-invasiva, tendo realizado desmame progressivo de oxigenioterapia. Repetiu TC-Tórax em D7 com melhoria imagiológica. Teve alta em D15, assintomático, com apirexia mantida ( $> 72$ h), saturação periférica em ar ambiente de 97%. Sete dias após a data de alta é novamente observado no serviço de urgência por tosse seca, febre alta e astenia para pequenos esforços. Apresentava-se hipoxémico (saturação 90% ar ambiente). Imagiologicamente sobreponível e analiticamente sem elevação dos parâmetros inflamatórios, repetindo PCR SARS-CoV2 que se mantinha positiva. Foi re-internado por suspeita de pneumonia a SARS-CoV2 sobreinfectada a esclarecer. Da avaliação complementar, os exames culturais e serológicos não isolaram agente, pelo que se procedeu à broncofibroscopia com lavado broncoalveolar. Através da técnica de imunofluorescência isolou-se Pneumocystis jirovecii, tendo iniciado Cotrimoxazol. Em D15 de terapêutica, por lesão renal aguda, iniciou Clindamicina + Primaquina, que cumpriu durante 6 dias. Teve alta clínica em D25, sob terapêutica com Dapsona.

**Discussão:** Os autores pretendem chamar à atenção para um caso raro de co-infecção SARS-CoV2 e *Pneumocystis jirovecii*, que, devido à apresentação clínica semelhante, tornam o seu diagnóstico e identificação, um desafio. Pretende-se relembrar que é frequente a sobreinfecção fúngica em doentes imunocomprometidos, sobretudo quando estes apresentam aumento da LDH e febre mantida.

**Palavras chave:** *Pneumonia SARS-CoV2. COVID-19. Pneumocistose.*

### PC 055. O PESO DA OBESIDADE EM DOENTES COM COVID-19

S. Silva, J. Branco, C. Custódio, F. Neri, V. Martins, S. Furtado, P. Rodrigues

*Hospital Beatriz Ângelo, Loures.*

**Introdução e objetivos:** A obesidade é um estado pro-inflamatório que afeta a resposta imunitária. Estudos recentes têm demonstrado que os obesos têm maior probabilidade de desenvolver COVID-19 e maiores taxas de contágio, apresentando um período mais prolongado de replicação viral. A gravidade e a taxa de internamento por COVID-19 parecem estar diretamente relacionadas com o aumento do índice de massa corporal (IMC), explicado não só pela alteração da mecânica ventilatória nesta população, como também por ser fator de risco e exacerbador de doenças como diabetes, doenças respiratórias e cardiovasculares, que se associam a maior morbimortalidade. Este estudo tem como objetivo avaliar o contributo da obesidade na gravidade e mortalidade em doentes internados por infeção a SARS-CoV2 no nosso hospital.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes internados por infeção SARS-CoV2 no Hospital Beatriz Ângelo entre Março e Junho de 2020. Os doentes foram divididos em dois grupos: não obesos (IMC < 30 kg/m<sup>2</sup>) e obesos (IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>). Através da análise descritiva de frequências, foi comparada a mortalidade, taxa de admissão em unidade de cuidados intensivos (UCI), ventilação não invasiva (VNI), ventilação mecânica invasiva (VMI) e de complicações. Foi analisada através de regressão linear a relação entre o IMC e o tempo de internamento, tempo em UCI, dias sob VNI e VMI.

**Resultados:** Foram analisados 164 doentes (52,4% (n = 86) homens e 47,6% (n = 78) mulheres), com idades compreendidas entre 26 e 99 anos, com mediana de 71 anos. 20,7% dos doentes (n = 34) tinham IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>, dos quais 14,6% (n = 24) com obesidade grau 1, 5,5% (n = 9) com grau 2 e 0,6% (n = 1) com obesidade mórbida. 44,5% (n = 73) apresentava excesso de peso e 34,7% (n = 57) apresentava IMC < 25 kg/m<sup>2</sup>. 18,5% (n = 24) do grupo não obeso foi admitido em UCI, vs. 20,6% (n = 7) do grupo obeso, contabilizando um total de 31 admissões (18,9% da amostra). Foi necessária VNI em 10,8% (n = 14) do grupo não obeso e em 11,8% (n = 4) do grupo obeso. Dos doentes submetidos a VNI, 38,9% (n = 7/18) tiveram progressão da insuficiência respiratória com necessidade de VMI; registando-se apenas 1 doente obeso nesta situação. 10% (n = 13) do grupo não obeso teve necessidade de VMI, em contraste com 11,8% (n = 4) do grupo obeso. A taxa de mortalidade no grupo não obeso foi de 16,2% (n = 21), comparativamente com o grupo obeso de 20,6% (n = 7). Não se verificaram diferenças na taxa global de complicações durante o internamento (12,3% no grupo não obeso vs. 11,8% no grupo obeso). Na análise por regressão linear, o aumento do IMC teve uma relação inversa com a duração do internamento (p = 0,007) e não teve relação estatisticamente significativa com os dias em UCI (p = 0,193), duração da VMI (p = 0,363) nem da VNI (p = 0,632).

**Conclusões:** Os indivíduos obesos apresentaram taxas ligeiramente superiores de admissão em UCI, necessidade de VNI, VMI e de mortalidade, suportando a evidência de que a obesidade predispõe a maior gravidade e mortalidade por COVID-19. Nesta amostra, a obesidade não contribuiu para um maior número de complicações, nem aumentou o tempo de internamento ou permanência em UCI.

**Palavras chave:** *COVID-19. Obesidade. Morbimortalidade. IMC.*

### PC 056. INTERESSE ONLINE DE ASMA E RINITE NA PANDEMIA COVID-19

M. Barbosa, C. Sabina Sousa, M.V. Aun, P. Giavina-Bianchi, R. Aguiar, M. Morais-Almeida

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.*

**Introdução:** Google Trends é uma ferramenta online que avalia variações do volume de pesquisas online relativo (RSV) de tópicos selecionados pelo utilizador. Em 11 de Março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou oficialmente que a COVID-19 chegou a estado de pandemia.

**Objetivos:** Identificar uma possível variação no interesse online de doenças respiratórias alérgicas nos primeiros meses da pandemia a nível global, em Portugal e no Brasil.

**Métodos:** Análise Google Trends (GT) da variação do RSV de “Asthma (Disease)”; “Rhinitis (Topic)”, “Allergic rhinitis (Topic)”, “Allergy (Disease)” e “Pollen (Topic)” nos primeiros meses da pandemia COVID-19. Análise visual das linhas GT globais, em Portugal e no Brasil dos últimos 4 anos (Maio 2016 a Abril 2020). Comparação das linhas GT globais dos tópicos supracitados de Fevereiro-Abril 2020 com Fevereiro-Abril 2019. Para quantificar o aumento realizámos uma comparação analítica das medianas do RSV de Fevereiro-Abril de 2020 com o período homólogo em 2019 usando o teste de Wilcoxon. Para avaliar uma possível variação relacionada com as pesquisas sobre COVID-19 realizámos uma análise visual das linhas GT globais de Fevereiro-Abril 2020 de “Asthma/Rhinitis/Allergic rhinitis/Allergy/Pollen & COVID” e análise das linhas GT Portuguesa e Brasileira em Fevereiro-Abril 2020 de “Asma/Rinite/Rinite alérgica/Alergia/Pólen & COVID”.

**Resultados:** As linhas de avaliação do interesse online GT de “Asma” e “Rinite” revelaram em Março-Abril de 2020 um grande pico de interesse online não sazonal de Asma e um menor pico de pesquisas sobre Rinite. “Rinite Alérgica”, “Asma”, “Rinite” e “Alergia” tiveram um aumento da mediana do RSV em Fevereiro-Abril 2020 versus Fevereiro-Abril 2019, com z-values de 8,02 (p < 0,001), 7,50 (p < 0,001), 4,77 (p < 0,001) e 2,61 (p = 0,009), respetivamente. “Pólen” não aumentou significativamente a mediana do RSV (z = 0,63, p = 0,524). Adicionalmente, pela avaliação das linhas GT “Asma COVID” e “Alergia COVID” algum do aumento das pesquisas sobre “Asma” e “Alergia” pareceram relacionadas com o termo “COVID” quer a nível global quer em língua portuguesa.

**Conclusões:** Os nossos resultados sugerem um pico de procura online global de doenças respiratórias alérgicas nos primeiros meses da pandemia COVID-19. As pesquisas em língua portuguesa não foram exceção. Este estudo sugere uma certa incerteza da população sobre a relação entre doenças respiratórias alérgicas e/ou exacerbações e o risco/prognóstico de COVID-19 que deverá ser antecipado nas consultas médicas.

**Palavras chave:** *Asma. COVID-19. Google trends. Rinite. Alergia.*

### PC 057. CARATERIZAÇÃO DE DOENTES COVID-19 SEGUIDOS EM CONSULTA DE PNEUMOLOGIA

N. Faria, J. Gomes, M. Sucena

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto.*

**Introdução:** Desde março de 2020, altura em que a COVID-19 surgiu em Portugal, há a necessidade de compreender as características dos doentes que adquirem infeção e de definir subgrupos de doentes que necessitam de vigilância apertada.

**Objetivos:** Caraterização de doentes COVID-19 seguidos em consulta de Pneumologia de um hospital central.

**Métodos:** Estudo retrospectivo que engloba todos os doentes seguidos em consulta externa de Pneumologia, no Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CHUP), no período de janeiro/2019 a agosto/2020. Foram registadas todas as zaragatoas SARS-CoV-2 colhidas e processadas no CHUP a estes doentes. Efetuada a caracterização clínica e demográfica dos doentes com zaragatoa positiva.

**Resultados:** De todos os doentes seguidos em consulta de Pneumologia, 129 colheram zaragatoa SARS-CoV-2 por suspeita de COVID-19, dos quais 20 foram positivos (15,5%). Um doente foi excluído da análise final por se tratar de consulta de follow-up pós-infecção SARS-CoV-2, sem doença pulmonar estrutural. Analisaram-se 19 doentes, dos quais 63,2% do sexo masculino, com idade média de 67,9 anos. A patologia pulmonar de base mais comum (36,8%) foi Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), seguida pela Asma (31,6%). A comorbilidade mais comum foi hipertensão arterial (73,7%), seguida da distilipemia (42,1%) e sequelas de tuberculose pulmonar (15,8%). O número de doentes não-fumadores (47,4%) era semelhante ao com história atual ou passada de tabagismo (média 55 UMA). Entre os que faziam inaloterapia, 70% encontravam-se sob LABA/ICS e os restantes sob LABA/LAMA. FEV1 médio dos infetados com DPOC de 66,2% e nos com Asma 93,1%. A maioria (63,2%) necessitou de internamento, sendo que 3 destes estiveram na Unidade de Cuidados Intensivos. Dos 8 doentes sob imunossupressão crónica ou com neoplasia ativa, 7 necessitaram de internamento. Em média os doentes demoraram 4,7 dias desde o início dos sintomas a recorrer aos cuidados de saúde. O sintoma de apresentação mais comum foi a febre (57,9%), seguida pela tosse (47,4%) e dispneia (36,8%). Os doentes demoraram em média 33 dias a obter critérios de cura SARS-CoV-2. A maioria (57,9%) não tinha vacinação anti-gripal (VAG), sendo que apenas 2 tinham VAG e pneumocócica. Todos os doentes que em fase estável apresentavam eosinofilia periférica  $\geq 300/\mu\text{L}$  necessitaram de internamento. Destaque ainda para 3 (15,8%) profissionais de saúde infetados, sendo que o único que necessitou de internamento se encontrava sob imunossupressão crónica. Morreram 4 doentes (21,1%) como resultado da COVID-19, sendo que 3 destes tinham neoplasia maligna conhecida e o outro fazia imunossupressão crónica. Destes 4, apenas 1 não tinha eosinofilia periférica  $\geq 300/\mu\text{L}$ .

**Conclusões:** Numa população de doentes COVID-19 com doença pulmonar prévia, é de destacar a elevada taxa de internamento e a significativa mortalidade principalmente em doentes sob imunossupressão crónica ou com neoplasia ativa (87,5%), bem como nos com eosinofilia periférica  $\geq 300/\mu\text{L}$  (100%).

**Palavras chave:** COVID-19. SARS-CoV-2. DPOC. Asma. Imunossupressão.

#### PC 058. PNEUMONIA ATÍPICA EM DOENTE COM SERRATIA ODORIFERA

A.M. Carvalho da Silva Almendra, J. Barbosa, D. Organista, T. Abreu, L. Mota, J. Semedo, C. Bárbara

*Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.*

**Introdução:** A *Serratia odorifera*, membro da família das Enterobacteriaceae, foi inicialmente descrita em 1978 por Grimont et al. Embora a *Serratia marcescens* seja um agente patogénico bem conhecido e o mais comumente isolado, outras espécies tal como a *S. odorifera*, raramente são isoladas e excepcionalmente causam infeção no homem. O primeiro caso com infeção confirmada foi descrito em 1988 num doente de 67 anos com cirrose de etiologia alcoólica, admitido por choque séptico, com isolamento de *S. odorifera* no sangue e urina. Em 1990 foi descrito o primeiro caso de infeção nosocomial em doente com múltiplas comorbilidades, com isolamento deste agente na expectoração e melhoria após início de antibioterapia dirigida. A *S. odorifera* tem ainda sido descrita noutros relatos de caso como causadora ocasional de infeções graves e eventualmente fatais, especialmente em pacientes com patologias crónicas.

**Caso clínico:** Doente de 25 anos, sexo feminino, sem antecedentes pessoais relevantes, iniciou quadro com 3 meses de evolução caracterizado por tosse com expectoração purulenta e ocasionalmente hemoptóica, febre, sudorese nocturna, cansaço de agravamento progressivo e perda ponderal. Após vários esquemas de antibioterapia e na ausência de melhoria clínica é observada em consulta de Pneumologia. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflama-

tórios e estudo autoimune negativo. Na tomografia computadorizada do tórax destacava-se infiltrado difuso com padrão em vidro despolido, bilateralmente, pelo que foi realizada videobroncoscopia que não documentou alterações endoscópicas. O lavado broncoalveolar demonstrou linfocitose e isolamento de *S. odorifera* no lavado e nas biópsias transbrônquicas. Não foi observado material lipoproteico PAS positivo e a pesquisa de hemossiderófagos foi negativa. O exame micológico e micobacteriológico, assim como a pesquisa de Galactomanan e *Pneumocystis jirovecii* foram também negativos. O exame histopatológico demonstrou infiltrado inflamatório linfocitário inespecífico, com aspectos de pneumonia em organização. Admitiu-se pneumonia a *S. odorifera* e iniciou co-trimoxazol segundo o TSA, apresentando melhoria clínica e imagiológica.

**Discussão:** Este caso clínico enfatiza uma rara associação de infeção a *S. odorifera* com envolvimento pulmonar difuso. São raros os casos clínicos que reportam esta associação. O isolamento deste agente em secreções respiratórias não deve ser considerado colonização mas deve ser interpretado no contexto clínico do doente.

**Palavras chave:** *Serratia odorifera*. Pneumonia atípica. Padrão em vidro despolido.

#### PC 059. MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

C. Rôlo Silvestre, A. Nunes, R. Cordeiro, J. Eusébio, P. Raimundo, T. Falcão, A. Domingos, P. Matilde

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Oeste-Torres Vedras.*

**Introdução:** As micobactérias não tuberculosas têm ganho uma notoriedade crescente. Compreender o seu potencial patogénico e o perfil clínico dos doentes é crucial para uma atuação clínica adequada.

**Objetivo e métodos:** Análise retrospectiva e descritiva do perfil dos indivíduos com amostras respiratórias positivas para micobactérias atípicas, entre 2017 e 2019.

**Resultados:** Obtiveram-se 24 amostras positivas. Da análise demográfica, os indivíduos tinham uma mediana de idades de 67,5 anos (min. 32; max. 87) e a maioria era do género masculino 58,3% (n 14). No que concerne ao tabagismo, 41,7% (n 10) tinham hábitos ativos ou progressivos. Da análise das comorbilidades, 54,2% (n 13) da população tinha patologia respiratória prévia. As doenças mais frequentes foram as bronquiectasias (n 8) e a doença pulmonar obstrutiva crónica/enfisema (n 6). Verificou-se que, 37,5% (n 9) tinham antecedentes de tuberculose (TB). Destes, sete tiveram TB pulmonar e dois TB extrapulmonar. Da análise do estado imunológico, 58,3% (n 14) dos analisados apresentava critérios de imunossupressão, sendo que a maioria 29,2% (n 7) era por doença oncológica. Em relação à proveniência da amostra, em 79,2% (n 19) a micobactéria foi isolada na expectoração e em 20,8% (n 5) no lavado brônquico. Obteve-se exame direto positivo em apenas um caso (4,2%). Isolou-se *Mycobacterium gordonae* em 45,8% (n 11) das amostras, seguindo-se *Mycobacterium chelonae* em 29,2% (n 7). Os restantes isolamentos detetaram com a mesma frequência (4,2%; n 1) os seguintes agentes: *Mycobacterium fortuitum*, *Mycobacterium triviale*, *Mycobacterium abscessus* e *Mycobacterium lentiflavum*. Dos 20,8% (n 5) de indivíduos que cumpriam os critérios de micobacteriose atípica pulmonar quatro eram do género masculino. Constatou-se que, 20,8% (n 5) da população analisada apresentou em simultâneo isolamento de um agente bacteriano.

**Conclusões:** Os indivíduos do sexo masculino foram os mais afetados. A maioria da população em análise apresentou comorbilidades respiratórias e algum grau de imunossupressão. O principal agente isolado foi *Mycobacterium gordonae*. Constatou-se, em cinco dos indivíduos coinfeção entre micobactérias atípicas e um microrganismo bacteriano. Menos de ¼ dos doentes cumpriu critérios de micobacteriose atípica pulmonar.

**Palavras chave:** *Micobactérias não tuberculosas*. *Micobactérias atípicas*.

### PC 060. SPHINGOMONAS PAUCIMOBILIS: UMA CAUSA NÃO DESCRITA DE PNEUMONIA NECROTIZANTE

A. Carones Esteves, E.A. Monteiro, R. Ramalho, I. Fonseca

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** A pneumonia necrotizante é uma complicação rara, mas grave da pneumonia adquirida na comunidade, caracterizada pela rápida progressão da consolidação para necrose e cavitação, podendo culminar em gangrena pulmonar. Os microrganismos mais comumente identificados incluem *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Nocardia*, *Klebsiella pneumoniae* e *Streptococcus pneumoniae*.

**Caso clínico:** Apresentamos um caso clínico de pneumonia necrotizante por *Sphingomonas paucimobilis* numa doente sob imunossupressão e com historial de quedas frequentes. É do nosso conhecimento que, até à presente data, este seja o primeiro caso descrito na literatura de pneumonia necrotizante por este microrganismo. O *Sphingomonas paucimobilis* é um bacilo gram negativo com baixa virulência, que pode ser adquirido tanto na comunidade como em meio hospitalar. Na comunidade é sobretudo encontrado no solo e água potável. Doentes com patologia crónica ou sob supressão imunológica são mais suscetíveis a infeções por este microrganismo, contudo já foram descritos casos de infeção em doentes sem comorbilidades conhecidas.

**Discussão:** Durante muito tempo o *Sphingomonas paucimobilis* foi considerado um microrganismo não patogénico, cujo isolamento era desprovido de significado clínico. Contudo uma variedade de apresentações clínicas, desde meningite, bacteriemia associada a catter, pneumonia associada a ventilador, infeção do trato urinário, entre outras, tem vindo a ser descritas. Assim, temos como objetivo fazer uma breve revisão da literatura sobre o *Sphingomonas paucimobilis*, um microrganismo emergente com importância clínica crescente e, simultaneamente, retratar uma apresentação clínica ainda não descrita de infeção por *Sphingomonas paucimobilis*.

**Palavras chave:** *Pneumonia necrotizante. Sphingomonas paucimobilis. Imunossupressão.*

### PC 061. UMA LARGADA DE BALÕES - FEBRE EM DOENTE COM VÍRUS IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

J. Clemente Vieira Pires Martins

*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.*

**Introdução:** O VIH enfraquece as defesas imunitárias do organismo através da destruição dos linfócitos CD4. Após a infeção inicial, a maioria dos pacientes entra numa fase prolongada e assintomática, caracterizada imunologicamente por um declínio progressivo na contagem de CD4. Com o decorrer do tempo, as infeções oportunistas e malignidades tornam-se cada vez mais comuns, impondo um diagnóstico diferencial exaustivo e minucioso.

**Caso clínico:** Doente do género masculino, de 38 anos, não fumador, com infeção por VIH diagnosticada há cerca de 3 anos e com terapêutica anti-retrovírica instituída 3 semanas antes do internamento. Foi internado por febre, tosse irritativa, insuficiência respiratória parcial, elevação dos parâmetros inflamatórios e múltiplas lesões nodulares dispersas bilateralmente na telerradiografia do tórax, com os diagnósticos diferenciais de infeção bacteriana, fúngica, tuberculose pulmonar ou doença maligna metastizada. Iniciou empiricamente antibioterapia com levofloxacina, depois escalada para meropenem, amicacina e linezolid, contudo sem reversão do quadro febril. Realizou tomografia computadorizada do corpo, colheita de lavado broncoalveolar e biópsia pulmonar por broncofibroscopia, biópsia óssea e mielograma. Todos os resultados anatomopatológicos foram compatíveis com melanoma maligno. Face à negatividade dos exames microbiológicos (com exceção de culturas para bacilo de Koch) e dado que o quadro febril teve início 3 semanas após a instituição da terapêutica anti-retrovírica, admitiu-

se a hipótese de diagnóstico de Síndrome de Reconstituição Imunitária, num doente com provável tuberculose miliar/disseminada, pelo que foi iniciada terapêutica anti-bacilar. Após 2 semanas de anti-bacilares, ainda sem resolução da febre, iniciou quimioterapia oral com melfalan, prednisona e talidomida, dirigida para melanoma, com consequente melhoria clínica e resolução do quadro febril, mantendo insuficiência respiratória parcial.

**Discussão:** A febre continua a ser um sintoma comum nos doentes infectados por VIH independentemente do estadió da progressão da doença, pelo que o diagnóstico diferencial das patologias associadas, devem ter em conta o status imunitário do doente. Embora o tratamento com antiretrovirais tenha tido um impacto significativo na sobrevida global da maioria dos doentes, a abordagem da síndrome febril, nesta população, continua a revestir-se de significativa complexidade.

**Palavras chave:** *VIH. Febre. Melanoma. Tuberculose.*

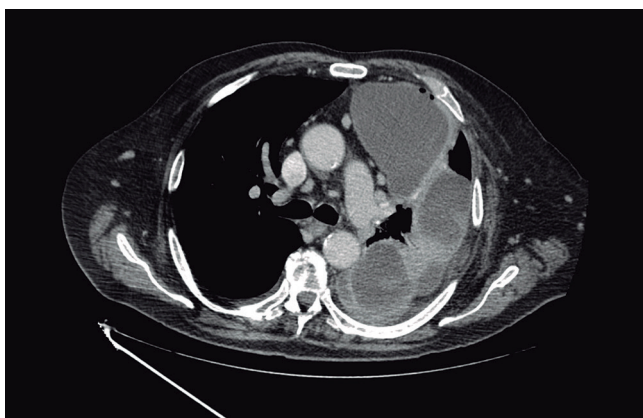
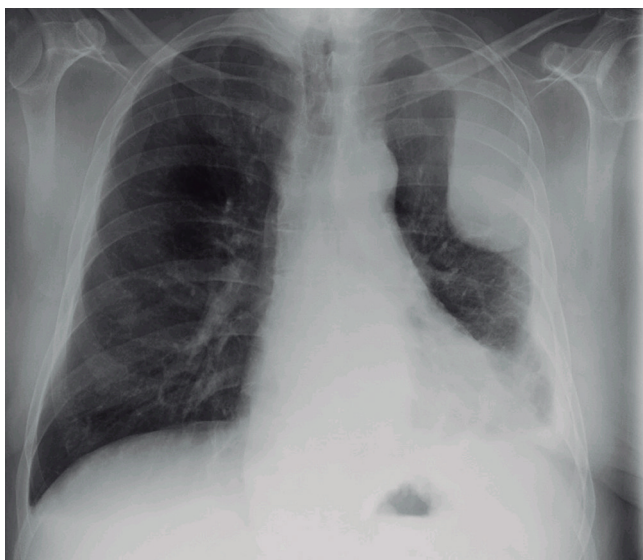
### PC 062. UM ACHADO OCASIONAL

E. Seixas, G. Teixeira

*Centro Hospitalar do Baixo Vouga.*

**Introdução:** A infeção pleural é uma condição clínica comum, com incidência crescente e de elevada morbi-mortalidade. O tratamento baseia-se essencialmente no cumprimento de antibioterapia, drenagem pleural com a adjuvância de fibrinolíticos e Dnas e recombinate e abordagem cirúrgica em última linha nos casos sem resolução com terapêutica médica. O hemangioendotelioma epitelioide (HE) é um tumor raro, de origem vascular com ocorrência ainda mais rara na pleura.

**Caso clínico:** Homem, 75 anos, antecedentes de diabetes mellitus, fibrilação auricular, dislipidemia e HTA. Recorreu ao serviço de urgência por toracalgia pleurítica com um dia de evolução, agravada em decúbito dorsal. Negava dispneia ou ortopneia. Sem outra sintomatologia associada. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios com leucocitose, neutrofilia e aumento da proteína-C-reativa. Gasimetricamente com discreta hipoxemia e hipocapnia. Radiografia do tórax com apagamento do angulo costofrénico esquerdo com imagem com concavidade superior, compatível com derrame pleural que foi corroborado com ecografia torácica que demonstrou derrame pleural livre ( $\pm$  1.000 mL). Toracocentese diagnóstica demonstrou a presença de um exsudato (pH-7,06, ADA-24,8 UI/L) de predomínio neutrofílico (73%). Foi assumido o diagnóstico de derrame pleural parapneumónico (categoria 3 da classificação ACCP e classe 5 da classificação de Light), colocado dreno torácico e iniciada antibioterapia com Piperacilina/Tazobactam. Pela obstrução e ausência de drenagem retirou-se o dreno e introduziu-se um novo após 4 dias com adjuvância de fibrinolítico intrapleural. Realizada nova ecografia torácica com evidência de derrame pleural septado com loca posterior, pelo que foi colocado um 3º dreno torácico a nível desta loca com instilação posterior de alteplase. A TC-tórax evidenciava extenso derrame pleural esquerdo, organizado, com várias locas, com realce dos folhetos pleurais e áreas de espessamento de aspeto nodular. Uma destas locas tinha localização subescapular e dada a impossibilidade de colocação de dreno torácico pela mobilização da omoplata, realizou-se aspiração por agulha com saída de cerca de 200 cc de líquido sero hemático. Dada a impossibilidade de resolução após a colocação de 3 drenos torácicos, instilação intrapleural de alteplase e manutenção de picos febris, o doente foi proposto para abordagem cirúrgica. Na cirurgia observou-se a presença de várias locas, preenchidas por coágulos e sangue desfibrinado. Realizada descorticação completa do pulmão com boa expansão. Atendendo a que havia um derrame pericárdico circunferencial e volumoso, optou-se por fazer janela pleuro-pericárdica à esquerda. Na avaliação anatomo-patológica o resultado demonstrou a presença de pleurite crónica colagenizante, com hemangioendotelioma epitelioide da pleura e pericardite crónica colagenizante.



**Discussão:** Este caso descreve um achado ocasional de uma neoplasia vascular rara. Apesar de poder afetar vários órgãos, os pulmões são o órgão mais afetado. A abordagem cirúrgica com a ressecção é o tratamento de escolha quando possível. Nos restantes casos é realizada descorticação pleural paliativa. A quimioterapia e radioterapia, apesar de serem usadas, têm poucos benefícios e respostas clínicas demonstradas, excepto por relatos de casos clínicos. O HE pode ser classificado como uma neoplasia de baixo/intermédio grau

de malignidade, com comportamento clínico variando entre o hemangioma benigno e o angiossarcoma.

**Palavras chave:** *Infeção pleural. Hemangioendotelioma. Cirurgia. Descorticação.*

### PC 063. FÍSTULA COLO-PLEURAL

C.S. Figueira de Sousa, R. Branquinho Pinheiro, P. Mendes

*Serviço de Pneumologia, Hospital Central do Funchal.*

**Introdução:** As fístulas colo-pleurais são raras e associam-se a alta taxa de mortalidade quando não são diagnosticadas a tempo. Na maioria das vezes estas comunicações ocorrem na sequência de uma pancreatite ou abscesso subfrênico. O seu diagnóstico deve ser suscitado quando micro-organismos da flora intestinal são isolados na cavidade pleural.

**Caso clínico:** Os autores apresentam um caso de um doente de 51 anos, com os seguintes antecedentes pessoais: ex-alcoólico e ex-fumador; doença hepática crónica; pancreatite crónica alitáscica; coleção abedecada subfrênica peripancreática em 2013 com necessidade de drenagem percutânea guiada por TC; esplenectomia em 2011 por traumatismo do baço na sequência de uma queda. Desde 2018 o doente necessitou de vários internamentos na Pneumologia por abscesso crónico no lobo inferior esquerdo. Tendo em conta a recorrência dos episódios infecciosos com vários isolamentos microbiológicos (entre os quais *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, etc.), foi referenciado à Cirurgia Torácica que procedeu a lobectomia inferior esquerda em Outubro 2019. O relato cirúrgico dessa intervenção descreve a identificação de restos alimentares na loca cirúrgica de lobectomia. Após alta do episódio dessa intervenção, o doente regressa ao SU com queixas de perda líquido purulento peri-orifício prévio do local de inserção de drenagem torácica. Realiza TC torácica que evidencia comunicação transdiafragmática entre o hipocôndrio esquerdo e a cavidade pleural esquerda (fistulização), tendo sido então transferido para a Cirurgia Geral. Neste serviço é submetido a um primeiro exame de avaliação do trânsito intestinal com contraste que não demonstra a presença de trajectos fistulosos, mas numa segunda avaliação após tentativa de encerramento da fístula através de colonoscopia, o contraste evidenciou persistência de fistulização do ângulo esplénico do cólon para o andar supradiafragmático. Foi então proposto para cirurgia em que foi visualizada e ressecada a porção do cólon com orifício e fístula. Desde essa intervenção e decorridos seis meses desde a última alta hospitalar, o doente que tinha um historial de oito internamentos nos últimos dois anos por recorrência de infeções daquela loca inferior esquerda permanece sem vindas ao SU.

**Discussão:** Neste caso, o diagnóstico é extremamente raro mas os antecedentes pessoais e cirúrgicos do doente, aliados aos isolamentos de flora intestinal em amostras respiratórias, poderiam ter levantado a suspeição da existência desta fístula mais precocemente no decorrer do historial de internamentos do doente. Contudo, apesar de tardio, o diagnóstico e encerramento da fístula permitiram controlo do foco e resolução do quadro.

**Palavras chave:** *Fístula colo-pleural. Infeções de repetição.*

### PC 064. SÍNDROME DE BOERHAAVE: UMA ESTRATÉGIA CONSERVADORA COM SUCESSO

T. Sales Marques, J. Romero Contreras, D. Neves, U. Brito

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário do Algarve.*

**Introdução:** A rutura esofágica espontânea (síndrome de Boerhaave) é uma das patologias gastrointestinais com maior taxa de mortalidade. O diagnóstico deve ser célere e a abordagem contempla

uma estratégia preferencialmente cirúrgica e/ou endoscópica, sendo a atitude conservadora reservada a alguns casos com ruturas de pequenas dimensões.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 62 anos, fumador (< 5UMA). Sem antecedentes de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor lombar esquerda que surgiu após 2 episódios de vômitos alimentares. Sem alterações ao exame objetivo. A radiografia torácica e a avaliação analítica não evidenciaram alterações valorizáveis. Teve alta medicado com terapêutica analgésica. No dia seguinte recorreu novamente ao SU por agravamento com dor pleurítica esquerda. À observação a destacar diminuição do murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax esquerdo e enfisema subcutâneo à palpação cervical. A GSA revelou insuficiência respiratória parcial (pO<sub>2</sub> 58 mmHg). Realizou novos exames complementares que revelaram alterações significativas face aos exames realizados na véspera. Analiticamente aumento dos parâmetros inflamatórios (leucócitos 17 × 10<sup>9</sup>/L, PCR 142 mg/L), alteração da função hepática (AST 76 UI/L, ALT 103 UI/L) e D-dímeros aumentados (1.023 ng/mL). A radiografia de tórax mostrou hipotransparência basal esquerda com nível hidroaéreo e zonas de hipertransparência a sugerir presença de ar na região mediastínica e planos subcutâneos. Neste contexto realizou-se angio-TC torácica que evidenciou pneumomediastino que rodeava o segmento descendente da aorta torácica e esófago; cavitação com nível hidroaéreo entre a laringe e o lobo inferior esquerdo e derrame pleural esquerdo moderado. Realizou-se toracocentese diagnóstica e colocou-se dreno torácico. O líquido pleural (LP) apresentava-se turvo, com características de empiema (leucócitos 19.935 cél/mm<sup>3</sup>, 99% polimorfonucleares, glicose 14 mg/dL, LDH 1.444 U/L, pH 7,1, proteínas totais 4 g/dL) e amilase de 518 U/L. Admitiu-se o diagnóstico de rutura esofágica espontânea confirmada por endoscopia digestiva alta que identificou um orifício de perfuração de 8-10 mm, no terço distal do esófago. Foi colocado um clip e um stent esofágico, que migrou para a cavidade gástrica ao 2º dia. Colocou-se também uma sonda nasojejunal e foi instituída terapêutica antibiótica com ceftriaxona e clindamicina. O doente foi internado na Unidade de Cuidados Intermédios por mediastinite e abscesso pulmonar extenso secundários à síndrome de Boerhaave. Foi transferido para o Serviço de Cirurgia ao 8º dia. O estudo complementar, previamente realizado, bacteriológico e microbiológico do LP, as hemoculturas, as antigenurias de Legionella e Pneumococcus revelaram-se negativas. Durante o restante internamento verificou-se agravamento clínico com febre e aumento dos parâmetros inflamatórios. Foi identificado um Enterococcus faecalis e uma Escherichia coli no líquido pleural. Nesse contexto o doente cumpriu terapêutica antibiótica com meropenem, gentamicina e amicacina, com melhoria clínica e imagiológica, tendo-se removido o dreno torácico ao 31º dia. Ao longo do internamento o caso foi discutido múltiplas vezes com a Cirurgia Torácica do hospital de referência, tendo-se optado por manter sempre uma estratégia conservadora.

**Discussão:** Salienta-se a importância do diagnóstico e atuação precoces, valorizando-se a anamnese e a avaliação por uma equipa cirúrgica experiente para orientação terapêutica. Neste caso, apesar da colocação precoce de um stent, este não teve o efeito pretendido, tendo-se mantido uma atitude expectante com resultados satisfatórios.

**Palavras chave:** Síndrome de Boerhaave. Rutura esofágica espontânea. Mediastinite. Abscesso pulmonar.

#### PC 065. HEMORRAGIA PULMONAR ESPONTÂNEA NUM DOENTE COM ENFISEMA PULMONAR EXUBERANTE

T. Sales Marques, L. Melão, C. Granja, D. Nunez

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário do Algarve.*

**Introdução:** A hemoptise poderá sugerir etiologias variadas. Os autores apresentam o caso de um doente com enfisema pulmonar

exuberante que favoreceu a formação de um provável micetoma e consequente hemorragia pulmonar espontânea.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 56 anos, ex-fumador (70UMA). Reside em habitação húmida, com mofo nas paredes. Em janeiro de 2019 inicia quadro de cansaço e tosse com expectoração mucopurulenta, ocasionalmente raiada de sangue. A TC tórax revelou enfisema exuberante de predomínio nos lobos superiores. Admitido na sala de emergência em agosto de 2019 por hemoptise volumosa. Apresentava-se taquipneico, com GCS 15. Analiticamente hemoglobina 11,9 g/dL, sem alterações da coagulação ou dos parâmetros inflamatórios. A TC tórax evidenciou uma cavidade de 5 cm, de parede fina, já visível na TC anterior, agora preenchida por massa de tecidos moles, evidenciando o sinal de Monod, sugestiva de micetoma pulmonar. Nas primeiras 48 horas verificou-se necessidades crescentes de O<sub>2</sub> suplementar. Procedeu-se à entubação orotraqueal e realizada broncofibroscopia (BF). À observação da árvore brônquica visualizou-se sangue vivo bilateralmente sem hemorragia ativa. As hemoculturas, exame bacteriológico e microbiológico das secreções, pesquisa de hifas e a citologia foram negativas. O doente foi transferido para o hospital central para terapêutica cirúrgica que foi protelada por instabilidade clínica. Foi realizada nova BF, com aspiração de secreções e lavado broncoalveolar (LBA). Os exames bacteriológicos revelaram uma Serratia marcescens interpretada no contexto de uma pneumonia associada à ventilação e os exames micobacteriológicos e micológicos foram negativos. As precipitinas de Aspergillus fumigatus e o galactomanan do LBA e soro foram negativas. Admitiu-se o diagnóstico de micetoma com base nas características imagiológicas e contexto epidemiológico. O doente cumpriu terapêutica antibiótica e antifúngica com melhoria clínica e imagiológica, tendo alta a aguardar cirúrgica eletiva.

**Discussão:** Salienta-se neste caso a importância de uma anamnese completa com identificação de fatores de risco inalatórios, bem como uma cuidadosa investigação diagnóstica. Apesar da ausência de confirmação laboratorial, a história clínica, as alterações imagiológicas e a exclusão de outras causas favoreceram o diagnóstico.

**Palavras chave:** Hemoptise. Enfisema pulmonar. Micetoma. Aspergillus.

#### PC 066. PNEUMOCISTOSE EM IMUNOCOMPROMETIDOS NÃO VIH - VAMOS FALAR DE PROFILAXIA?

M. Argel, R. Ferro, S. Guerra, M. Conceição, Â. Cunha, M. Sousa, A. Simões Torres

*Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE.*

**Introdução:** A pneumocistose é um problema emergente em imunocomprometidos não infetados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), estando associada a uma significativa morbimortalidade. Enquanto que para doentes VIH, transplantados ou com neoplasias hematológicas existem recomendações específicas e universalmente aceites relativamente à profilaxia da pneumonia por Pneumocystis jirovecii, o mesmo não acontece para doentes imunocomprometidos por outras causas, para os quais existe ainda uma falta de consenso no que toca a profilaxia.

**Caso clínico:** Homem, de 55 anos, com antecedentes de silicose e glioblastoma multiforme, intervencionado cirurgicamente, a cumprir quimioterapia e radioterapia concomitantes e sob corticoterapia prolongada. Foi admitido por dispneia, toracalgia de características pleuríticas, tosse seca e noção de febre. Apresentava insuficiência respiratória hipoxémica e radiologicamente era notório um agravamento bilateral do padrão retículo-nodular pulmonar face aos exames prévios. Realizou tomografia computadorizada de tórax que identificou agravamento das lesões nodulares preexistentes, em número e dimensões, presença de algumas lesões de aspecto tree in bud nos lobos superiores e ainda massas pulmonares de novo com necrose central e bolhas de ar no seu interior. Inicialmen-

te foi colocada como mais provável a hipótese de tuberculose associada à silicose, não se excluindo a possibilidade de metastização pulmonar. O doente foi depois submetido a broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar, cujo exame micobacteriológico e a citologia foram negativas, mas a pesquisa de DNA de *Pneumocystis jirovecii* foi positiva, tendo sido estabelecido o diagnóstico de pneumocistose. Foi iniciado tratamento com cotrimoxazol, com boa evolução clínica, e dada indicação para efetuar profilaxia secundária após o término do tratamento.

**Discussão:** A afeção pulmonar por doenças intersticiais, associada a neoplasia e corticoterapia torna-se num território propício para infecções oportunistas. Este caso ressalta a importância do debate acerca da eventual necessidade de profilaxia neste tipo de grupos de risco, no sentido de caminhar para a criação de diretrizes orientadoras.

**Palavras chave:** *Pneumocystis jirovecii*. Profilaxia. Imunocomprometidos. Doentes não infetados por VIH.

### PC 067. FUNGI SURPRISE- CANDIDA GLABRATA INVASIVA COM EMPIEMA

J. Nascimento

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte .*

**Introdução:** A prevalência da candidíase invasiva tem aumentado nos últimos anos, sobretudo pelo aumento dos doentes imunossuprimidos e com múltiplas comorbilidades, mas também pela sobreutilização de antibióticos de espectro alargado. A mortalidade é elevada, cerca de 70%. A *Candida glabrata* é uma das estirpes de *Candida* não-albicans mais frequente, sendo considerada a segunda causa mais comum de candidemia na Europa e América. As formas mais comuns de disseminação deste fungo para a cavidade pleural são a via hematogénica, as infecções pulmonares contíguas, complicações de empiema crónico pré-existente, fistula esófago-brônquica ou toracocenteses de repetição. Parece haver uma predisposição masculina. Os factores de risco não estão bem definidos, sendo de referir os associados a imunossupressão, como o transplante, a corticoterapia sistémica crónica, diabetes, hemodiálise, malignidade ou quimioterapia actual, e cirurgias torácicas e abdominais recentes. O atraso no diagnóstico e na terapêutica dirigida têm um impacto negativo no prognóstico.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de um homem de 83 anos, fumador (carga tabágica de 120 UMA), com os diagnósticos de tromboembolismo pulmonar (TEP) crónico, doença cerebrovascular com história prévia de acidente vascular cerebral isquémico, aterosclerose carotídea e demência vascular. Previamente tratado com radioterapia por neoplasia prostática. Internado recentemente por insuficiência respiratória e traqueobronquite aguda, complicadas por atelectasia e TEP crónico agudizado, tendo sido medicado com amoxicilina/clavulanato. Teve alta sob oxigénio de curta duração. Após dois dias recorreu ao serviço de urgência por agravamento da dispneia, apresentando-se cianótico, taquipneico, com saturação arterial periférica de 75% em ar ambiente, normotenso; na auscultação pulmonar apresentava diminuição do murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax direito. Analiticamente apresentava PCR de 33,7 mg/dL e procalcitonina negativa e na gasimetria acidemia respiratória com lactatos normais. Documentada consolidação do lobo inferior direito e derrame pleural homolateral em TC tórax. A PCR para SARS-CoV-2 do exsudado nasofaríngeo foi negativa. Após estabilização com período de ventilação não invasiva e optimização da terapêutica médica, foi internado na enfermaria de Pneumologia. Iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam e linezolid. A toracocentese foi compatível com empiema, apresentando extensa loculação na ecografia torácica. Procedeu-se ao desbridamento pleural por videotoracosopia, visualizando-se abscesso do lobo inferior direito com drenagem passiva para a cavida-

de pleural, tendo sido colocados dois drenos torácicos. No líquido e biópsias pleurais isolou-se *Candida glabrata*, com isolamento adicional de *Prevotella buccae* e *Atopobium parvulum* no líquido pleural. Restantes resultados microbiológicos negativos, bem como as serologias virais. De acordo com os testes de susceptibilidade foi iniciada caspofungina e amoxicilina/clavulanato: a evolução clínica foi favorável, e foi feita transição para voriconazol oral.

**Discussão:** De acordo com a literatura, os empiemas fúngicos estão maioritariamente associados a infecções nosocomiais e cirurgias torácicas ou abdominais, como no caso clínico apresentado. Os empiemas a *Candida* são raros, apresentando elevada mortalidade. Este caso clínico salienta a importância do diagnóstico e terapêutica dirigida para a resolução da doença e subsequente impacto na mortalidade, sobretudo nos doentes com múltiplas comorbilidades. Os funfigramas são essenciais quando isolada *Candida glabrata*, face à frequência resistência ao fluconazol.

**Palavras chave:** *Eempiema*. *Candida*. *Candida glabrata*. *Caspofungina*.

### PC 068. GRÁVIDAS ASMÁTICAS: TRATAMENTO AMBULATORIO E INTERNAMENTOS HOSPITALARES

I. Barreto, C. Teles Martins, A. Manique, C. Bárbara

*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.*

**Introdução:** A asma é a doença respiratória mais frequente na gravidez (2-13%), constituindo uma causa de internamentos hospitalares e de potenciais complicações materno-fetais quando não se encontra bem controlada.

**Objetivos:** Avaliação do tratamento e controlo da asma em ambulatório, causas e evolução de internamento hospitalar e desfecho obstétrico das grávidas asmáticas.

**Métodos:** Estudo retrospectivo com base no processo clínico hospitalar das doentes grávidas asmáticas internadas no Serviço de Pneumologia no período de 2004 a 2019.

**Resultados:** Entre 2004 e 2019, foram internadas 60 grávidas no Serviço de Pneumologia, 70% das quais por asma agudizada, sendo que 22% das doentes tiveram mais do que uma admissão hospitalar. A idade média das doentes foi de  $28 \pm 6$  anos. A idade gestacional média foi de  $23 \pm 9$  semanas, sendo que 50% das admissões ocorreram durante o segundo trimestre. Cerca de um quarto das doentes eram fumadoras ou ex-fumadoras. Um terço das doentes nunca foram medicadas ou descontinuaram a medicação para a asma durante a gravidez. Quanto ao controlo da asma previamente ao internamento hospitalar, 82% apresentavam doença não controlada, com necessidade de diversos recursos ao serviço de urgência por agudização de asma, 5% tinham a asma parcialmente controlada e apenas 13% tinham a doença controlada. As causas de internamento hospitalar relacionaram-se com a insuficiência terapêutica ou má adesão à terapêutica (57%), traqueobronquite aguda (24%) e pneumonia (19%). Salienta-se que 83% dos internamentos foram complicados por insuficiência respiratória. Durante o período de estudo, não se verificou significativa variação nas principais causas de agudização de asma, nem no número de internamentos hospitalares por ano - 14 internamentos em 2004-2008 (2,8/ano); 13 internamentos em 2009-2013 (2,6/ano) e 15 internamentos em 2014-2019 (2,5/ano). Ocorreram complicações obstétricas em 5 casos: pré-eclampsia;olestase gravídica; descolamento da placenta; ruptura prematura de membranas; e suspeita de sofrimento fetal a condicionar necessidade de cesariana urgente. Nenhum dos casos se deveu a iatrogenia medicamentosa comprovada. Do ponto de vista de desfecho obstétrico, ocorreu parto eutócico em 69% dos casos e parto por cesariana em 31% dos casos, tendo sido registado um caso de baixo peso à nascença.

**Conclusões:** Nos últimos 16 anos, não se verificou uma redução dos internamentos hospitalares por asma agudizada durante a gravidez. A insuficiência terapêutica ou má adesão à terapêutica para a asma



mantêm-se como principal causa de internamento por asma agudizada. Dada a evidência dos resultados adversos de exacerbações na gravidez devido à insuficiência terapêutica ou má adesão, a par da evidência de segurança das doses usuais de corticoterapia inalada e beta2-agonistas de longa duração de acção, deve evitar-se a redução da terapêutica durante a gravidez.

Assim, deve reforçar-se a educação dos profissionais de saúde e do público em geral para a importância de um bom controlo da asma e prevenção de exacerbações para um desfecho obstétrico favorável e redução de complicações materno-fetais.

**Palavras chave:** Asma. Gravidez. Terapêutica. Exacerbações. Controlo. Educação.

### PC 069. BRONQUIECTASIAS EM DOENTES COM ASMA - UM ESTUDO DE VIDA REAL

A.R. Gigante, E. Milheiro Tinoco, D. Machado, I. Franco, I. Ladeira, I. Pascoal, R. Lima

*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.*

**Introdução:** Asma e bronquiectasias são duas patologias pulmonares que frequentemente coexistem. Sabe-se que as bronquiectasias podem contribuir para a gravidade e dificuldade do controlo da asma, sendo primordial o seu reconhecimento nestes doentes.

**Objetivos:** Análise das características clínicas associadas com bronquiectasias em doentes com asma e outcomes relacionados.

	Com Bronquiectasias n=34	Sem Bronquiectasias n=55	p-value
<b>Características basais e clínicas</b>			
Idade, anos	57.91±15.84	57.96±15.01	0.989
Sexo (feminino)	25(73.5)	40(80)	0.487
Índice de massa corporal, kg/m <sup>2</sup>	28.32±6.13	30.16±5.89	0.170
Hábitos tabágicos			
Não Fumador	32(94.1)	45(90)	0.696
Ex-fumador <10UMA	2(5.9)	5(10)	
Gravidade da Asma			
Ligeira	2(5.9)	10(20)	0.186
Moderada	15(44.1)	20(40)	
Grave	17(50)	20(40)	
Tempo do diagnóstico de asma, anos	30±16.5	34.9±20.1	0.243
Atopia	12(35.3)	27(54)	0.092
Rinosinusite	22(64.7)	35(70)	0.610
Polipose nasal	5(14.7)	7(14)	0.928
DRGE	16(47.1)	16(32)	0.163
Expectoração crónica	20(58.8)	3(6)	<0.001*
<b>Características funcionais, analíticas e microbiológicas</b>			
FEV <sub>1</sub> /FVC	64.75±12.72	69.34±12.01	0.097
FEV <sub>1</sub> , %	73.02±19.34	79.09±20.84	0.181
FVC, %	89.46±14.24	90.50±17.28	0.774
Prova de broncodilatação positiva	23(67.6)	24(48)	0.075
FeNO, ppb	18[8.5-41]	23[17-42.5]	0.168
Eosinófilos no sangue periférico, cel/uL	145[80-210]	230[140-390]	0.014*
IgE Total, UI/mL	66.9[18.1-132]	75.9[28.85-248]	0.320
Fenótipo inflamatório			
Tipo 2	20(58.8)	44(88)	0.002*
Não-Tipo 2	14(41.2)	6(12)	
História de isolamento microbiológico na expectoração	6(17.6)	2(4)	0.057
<b>Outcomes</b>			
História de internamento por exacerbação de asma	9(26.5)	11(22)	0.637
≥1 exacerbação de asma no último ano	14(41.2)	17(34)	0.503
Número de exacerbações no último ano	0[0-1] (0; 7)	0[0-1] (0; 6)	0.328
≥1 exacerbação com recurso ao Serviço de Urgência no último ano	12(35.3)	9(18)	0.072
Número de visitas ao Serviço de Urgência no último ano	0[0-1] (0; 7)	0[0-0] (0; 6)	0.067
≥1 exacerbação de asma com necessidade de internamento no último ano	6(17.6)	2(4)	0.057
Número de internamentos no último ano	0[0-0] (0; 7)	0[0-0] (0; 2)	0.036*
Ciclos de corticoterapia oral no último ano	0[0-1] (0; 7)	0[0-1] (0; 6)	0.162
Ciclos de antibioterapia no último ano	0[0-1] (0; 7)	0[0-0] (0; 4)	0.015*

Dados apresentados como n(%) ou média±desvio padrão ou mediana[AIQ] (mínimo; máximo); \*p<0.05

Figura PC 069-1

Fatores	OR (IC 95%)	p-value
Expectoração crónica	0.996(0.993-0.999)	0.008*
Eosinófilos no sangue periférico, cel/uL	0.016(0.002-0.116)	<0.001*

\* $p < 0.05$ . A variável fenótipo inflamatório foi excluída por não apresentar significância estatística no modelo de regressão logística.

Figura PC 069-2

**Métodos:** Estudo retrospectivo observacional em doentes com seguimento na consulta de Asma de um hospital terciário, entre janeiro de 2019 e junho de 2020. Foram incluídos doentes com diagnóstico de asma confirmado que realizaram pelo menos uma tomografia torácica de alta resolução de 2016 a 2020. Excluíram-se os doentes com bronquiectasias secundárias a outras causas. Foram analisados dados demográficos, clínicos, analíticos e funcionais e outcomes considerando a ausência ou presença de bronquiectasias.

**Resultados:** Foram incluídos 84 doentes. Os resultados apresentam-se sumarizados nas tabelas.

**Conclusões:** Em asmáticos, a coexistência de bronquiectasias foi associada a níveis inferiores de eosinófilos no sangue periférico e à presença de expectoração crónica. Doentes sem bronquiectasias tinham predominantemente o fenótipo inflamatório tipo 2, enquanto aqueles com bronquiectasias podiam apresentar ambos. A presença de bronquiectasias parece predispor a mais exacerbações graves com necessidade de internamento e necessidade de mais ciclos de antibioterapia.

**Palavras chave:** Asma. Bronquiectasias. Características clínicas. Outcomes.

## PC 070. AGUDIZAÇÃO GRAVE DE ASMA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

M. Nobre Pereira, L. Pires, A. Baptista

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

**Introdução:** A asma agudizada que condiciona a admissão numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é uma situação grave. Nas últimas décadas as taxas de admissão nas UCI por este motivo diminuíram, existindo poucos estudos sobre a abordagem e mortalidade neste contexto.

**Objetivos:** Avaliar a abordagem dos doentes com agudizações graves de asma admitidos num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e respetiva evolução clínica.

**Métodos:** Estudo analítico, transversal, retrospectivo dos doentes com diagnóstico de asma agudizada internados num SMI entre 1/1/2017 e 31/1/2020. Analisaram-se as seguintes variáveis: sexo, idade, antecedentes de asma, comorbilidades, internamentos prévios, fatores precipitantes, parâmetros vitais à admissão, gases do sangue arterial, tratamento (ambulatório e internamento), tempo médio de ventilação mecânica invasiva (VMI), duração do internamento, complicações, taxa de mortalidade hospitalar e nos 28 dias após alta.

**Resultados:** No período considerado foram admitidos 14 doentes com diagnóstico de asma agudizada, num total de 16 internamentos: 10 na UCI e 6 na Unidade de Cuidados Intermédios. Verificou-se predomínio do sexo feminino (56,3%), com média etária de  $52,6 \pm 17,1$  anos, e asma com início na idade adulta (76,9%). Comorbilidades relevantes: hipertensão arterial (43,8%), obesidade grau I (27,3%). Cinco eram fumadores. Três doentes estavam no degrau 5 do GINA. Uma doente apresentava vários internamentos no SMI no ano anterior por asma agudizada (um com VMI). Os fatores precipitantes da agudização foram: má adesão terapêutica ( $n = 5$ ), infeção ( $n = 5$ ), desconhecidos ( $n = 5$ ), reação alérgica ( $n = 1$ ). Oito doentes iniciaram os sintomas horas antes de recorrerem ao hospital. No

serviço de urgência a frequência respiratória média era de  $27,3 \pm 6,1$  cpm, a frequência cardíaca de  $104,8 \pm 23,4$  bpm, 5 doentes eram incapazes de comunicar, 3 conseguiam comunicar por frases, 3 apresentavam uma escala de Glasgow  $< 10$ . Na gasometria à admissão o pH médio era  $7,31 \pm 0,18$ , a  $\text{PaCO}_2$  era  $47,2 \pm 20,1$  mmHg, a  $\text{PaO}_2$   $123,5 \pm 125,2$  mmHg,  $\text{HCO}_3^-$   $21,2 \pm 4,0$  mmol/L (FiO<sub>2</sub> médio de  $37,9 \pm 20,5\%$ ). Os doentes submetidos a VMI apresentavam pH  $7,20 \pm 0,18$  ( $p = 0,010$ ) e  $\text{PaCO}_2$   $57,5 \pm 21,5$  mmHg ( $p = 0,015$ ). A média de eosinófilos no sangue periférico era de  $472 \pm 399,9/\mu\text{L}$  ( $3,8 \pm 3,2\%$ ). A pontuação média no APACHE II foi de  $19,7 \pm 12,6$ . Para além da terapêutica farmacológica, nove doentes receberam VMI (período médio de entubação de  $4,3 \pm 2,7$  dias) e sete necessitaram de oxigenoterapia convencional. Complicações durante o internamento: traqueobronquite associada ao ventilador ( $n = 2$ ), pneumotórax ( $n = 1$ ), pneumomediastino ( $n = 1$ ). A duração média do internamento na UCI foi de  $3,8 \pm 3,2$  dias e do internamento hospitalar de  $7,3 \pm 4,6$  dias. Nos doentes ventilados o internamento foi mais prolongado ( $5,3 \pm 3,0$  dias na UCI,  $p = 0,009$ ;  $9,2 \pm 5,4$  dias no hospital,  $p = 0,044$ ). A taxa de mortalidade foi de 25% no internamento no SMI (44,4% dos doentes ventilados); as causas de morte foram encefalopatia anóxica por paragem cardiorrespiratória ( $n = 3$ ) e choque séptico ( $n = 1$ ). Nos 28 dias após a alta da UCI a mortalidade foi de 8,3%.

**Conclusões:** A necessidade de VMI é um indicador de asma potencialmente fatal, condicionando o prolongamento do internamento e mortalidade importante. Neste estudo identificou-se que a maioria dos doentes apresentava acidose respiratória e hiperóxia, encontrando-se já em exaustão respiratória. É importante um diagnóstico e atuação precoces por ser passível de reversibilidade e diminuir a mortalidade.

**Palavras chave:** Asma agudizada. Unidade de cuidados intensivos. Ventilação mecânica invasiva.

## PC 071. MONITORIZAÇÃO DA PROGRESSÃO CLÍNICA DE DOENTES COM ASMA GRAVE NÃO ALÉRGICA SOB DUPILUMAB - UMA SÉRIE DE CASOS

I. Farinha, A. Tenda Cunha, S. Sousa, C. Chaves Loureiro

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** O Dupilumab é um anticorpo monoclonal que inibe a interleucina (IL)-4 e IL-13 ao bloquear o recetor da IL-4. Foi aprovado recentemente na Europa para o tratamento de doentes com asma grave do tipo 2 refratária a terapêutica máxima otimizada. Até ao momento, em Portugal, encontra-se apenas disponível para utilização através de Programa de Acesso Precoce. Não existem estudos em Portugal sobre a avaliação do efeito deste agente biológico no controlo da doença.

**Métodos:** Foram colhidos os seguintes dados a partir de registos clínicos: informação sociodemográfica, sintomatologia, terapêutica broncodilatadora ou corticoterapia sistémica, questionários de avaliação de seguimento (CARAT, EuroQoL-5D e ALQ), contagem de eosinófilos do sangue periférico (SP) e exacerbações. Foi considerado o período temporal correspondente aos primeiros quatro meses após início de Dupilumab. A análise estatística foi feita através

do SPSS (V. 26.0.0.0). Para a estatística descritiva foram usados mediana, média e desvio-padrão (DP). O teste de Wilcoxon foi usado para a comparação de diferentes parâmetros antes e quatro meses depois do início de Dupilumab. O valor de  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo.

**Resultados:** Foram incluídos quatro doentes neste estudo, 75% eram do sexo feminino. A idade mediana era de 40 anos (mínimo 20; máximo 68). Dois doentes apresentavam ausência de resposta a agentes biológicos anteriores, um era apenas elegível para Dupilumab e outra iniciou esta terapêutica devido a asma severa agravada por polipose nasal. O valor médio de Imunoglobulina E inicial era de 66,25 UI/mL (DP 51,43). O número médio de eosinófilos do SP antes e quatro meses depois do início de Dupilumab era de 363 (DP 532) e 425 (DP 625) células/ $\mu$ L, respetivamente ( $p = 0,273$ ). Apenas uma doente estava sob corticoterapia sistémica (Deflazacort, 30 mg/dia) e a dose manteve-se quatro meses após início de Dupilumab. Dois doentes apresentavam estudo funcional respiratório dentro da normalidade, mas observou-se uma melhoria no FEV1, FVC, FEV1/FVC e DLCO na avaliação do quarto mês. Um destes apresentava inicialmente uma fração exalada de óxido nítrico (FeNO) de 148 ppb, tendo apresentado uma redução marcada aos quatro meses (FeNO 19 ppb). Apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas nas escalas de sintomas e de qualidade de vida antes e depois do início de Dupilumab, observou-se uma melhoria na avaliação do quarto mês: CARAT (11,00 (DP 6,38) vs. 17,75 (DP 8,77)); CARAT-vias aéreas superiores (3,75 (DP 2,75) vs. 7,50 (DP 3,87)); EuroQoL-5D (11,50 (DP 2,52) vs. 9,25 (DP 2,63)); ALQ (17,25 (DP 2,36) vs. 14,50 (DP 6,35)); escala visual analógica relativa ao estado de saúde (40,00% (DP 21,21) vs. 63,75% (DP 26,26)). O rácio mensal médio de exacerbações foi de 0,33/mês no ano anterior ao início do tratamento e 0,06/mês nos quatro meses após ( $p = 0,061$ ). Não se registaram quaisquer efeitos adversos.

**Conclusões:** Nesta série de casos, o tratamento com Dupilumab revelou uma tendência para um melhor controlo sintomático global, melhoria nas comorbilidades do tipo 2 (rinosinusite e polipose nasal) e redução do rácio de exacerbações em doentes com asma grave do tipo 2, incluindo naqueles com falência prévia a outros agentes biológicos, com um perfil de segurança favorável.

**Palavras chave:** Asma grave. Agentes biológicos. Dupilumab.

#### PC 072. EXPERIÊNCIA CLÍNICA COM BENRALIZUMAB NA CONSULTA DE ASMA GRAVE

A. Tenda da Cunha, I. Farinha, S. Rodrigues Sousa, C. Ferreira, A. Arrobas, C. Chaves Loureiro

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** O benralizumab é um anticorpo monoclonal que se liga ao recetor  $\alpha$  da IL-5do eosinófilo, culminando com a apoptose deste, e está indicado como tratamento adjuvante de manutenção em doentes com asma eosinofílica grave, não controlada com doses elevadas corticoides inalados em associação a agonistas  $\beta$  de longa duração de ação. Em Portugal está disponível desde 2019 e poucos são os dados conhecidos sobre a eficácia a longo prazo em doentes nacionais, da vida real.

**Objetivos:** Avaliar a eficácia do benralizumab enquanto terapêutica adjuvante no controlo da asma grave, numa população de asmáticos previamente não controlados, da vida real, em seguimento em consulta diferenciada dum hospital terciário.

**Métodos:** Estudo observacional que avaliou a eficácia do benralizumab no tratamento da asma grave durante 8 meses. Foi avaliado o controlo da doença e a qualidade de vida, quantificados pelos scores Controlo da Asma e Rinite Alérgica (CARAT), Teste-Qualidade de Vida (ALQ), EuroQoL-5D e Escala visual (EV); o impacto nos biomarcadores da asma tipo 2 como a eosinofilia periférica (eos), na frequência de exacerbações e na função pulmonar. Subjetivamente foi feita Avaliação Global da eficácia do tratamento com a escala GETE.

**Resultados:** No nosso serviço existem 10 doentes em tratamento com benralizumab em média há  $9,3 \pm 6,1$  meses [1-24 meses], 40% destes são do sexo masculino e com idade média de  $53,2 \pm 17,3$  anos. Antes de iniciarem o tratamento apresentavam em média  $574 \pm 397,4$  eos/ $\mu$ L no sangue periférico, IgE  $139,6 \pm 176,7$ , FeNO  $122,66 \pm 118,1$  ppb, FEV1  $1,7 \pm 0,7$  L ( $62 \pm 26,7\%$ ) e CARAT  $14,6 \pm 3,6$ . Dos cinco doentes que já foram avaliados aos 8 meses de tratamento com benralizumab, 40% são do sexo masculino, com idade média de  $56,2 \pm 14,4$  anos, duração do tratamento  $13 \pm 6,4$  meses. Antes do tratamento os doentes apresentavam em média  $826 \pm 399,6$  eos/ $\mu$ L, FeNO  $173,5 \pm 154,1$  ppb, FEV1  $1,8 \pm 0,7$  L ( $60,1 \pm 21,7\%$ ), CARAT  $16,4 \pm 3,4$ , EuroQoL-5D  $10,25 \pm 1,7$ , EV  $50,5 \pm 12,2\%$ , ALQ  $15,8 \pm 1,3$  e exacerbações nos últimos 8 meses  $2,0 \pm 0,7$ . Aos oito meses verificou-se uma redução estatisticamente significativa no número de eosinófilos no sangue periférico ( $34 \pm 46,7$  cel/ $\mu$ L,  $p < 0,05$ ) e no número de exacerbações nos últimos 8 meses ( $0,4 \pm 0,5$ ,  $p < 0,05$ ). Nos restantes parâmetros verificou-se uma melhoria, contudo não foram estatisticamente significativas.

**Conclusões:** Aos 8 meses de tratamento com benralizumab observou-se uma diminuição estatisticamente significativa do número de eosinófilos periféricos e do número de exacerbações. Estes resultados corroboram a efetividade e segurança do benralizumab observada nos ensaios clínicos. As outras variáveis não apresentaram significado estatístico nesta análise preliminar devido ao pequeno tamanho da amostra, contudo é de notar que se verificou melhoria do controlo da asma, da qualidade de vida e perceção da doença.

**Palavras chave:** Asma. Anticorpos-monoclonais. Benralizumab. Biomarcadores.

#### PC 073. CESSAÇÃO TABÁGICA EM INTERNAMENTO HOSPITALAR

S.I.Silva Guerra, R. Ferro, M. Conceição, Â. Cunha, J. Vale, R. Nunes, A. Simões Torres

*Centro Hospitalar Tondela-Viseu.*

**Introdução:** O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte a nível mundial, sendo imprescindível a implementação de medidas de prevenção e cessação tabágica (CT). O ambiente hospitalar é geralmente propício à CT por motivos como proibição legal de fumar nas instalações, maior vulnerabilidade dos doentes perante a doença aguda e o contacto contínuo com profissionais de saúde. Estudos apontam para taxas de CT entre 14 e 70% após intervenção durante o internamento e no seguimento após a alta.

**Objetivos:** Avaliar a eficácia da intervenção intensiva na CT durante a admissão hospitalar por doença respiratória aguda e acompanhamento após a alta, durante 6 meses.

**Métodos:** Estudo prospetivo que incluiu doentes admitidos em internamento no serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, por patologia respiratória aguda, fumadores ativos e que consentiram em integrar o programa de aconselhamento de CT, entre janeiro e dezembro de 2019. Todos os participantes preencheram um questionário sobre características sociodemográficas e hábitos tabágicos. Durante as primeiras 48 horas de admissão era aplicada intervenção intensiva, com aconselhamento para CT e com mínimo de 2 visitas, consoante o tempo de internamento. Após alta, eram referenciados para consulta e observados em 1, 3 e 6 meses.

**Resultados:** O estudo incluiu um total de 30 doentes, 86,7% de sexo masculino, com idade média de  $58,6 \pm 13,6$  anos. A maioria tinha o ensino primário (56,7%). 46,7% era reformado, 36,7% estava ativo e 16,6% desempregado. 53,3% não tinha atividade física diária. 1/3 dos doentes foi admitido por exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crónica ou asma, 1/3 por patologia pleural, 26,7% por doença relacionada com neoplasia pulmonar prévia e 6,7% por pneumonia. A duração de internamento mediana foi  $10 \pm 11$  dias. Quanto à história tabágica, o tempo médio de tabagismo foi  $40,3 \pm 14,4$  anos, carga

tabágica mediana 40 ± 26 unidades maço-ano e mediana do número de cigarros fumados diariamente à admissão de 6,5 ± 7. O nível de dependência de nicotina médio pelo teste de Fagerström foi 4,3 ± 2,8. Nenhum dos doentes aceitou terapêutica farmacológica dirigida à CT durante o internamento. Após alta hospitalar, 11 perderam contacto ou faltaram à consulta (incluídos no grupo de insucesso na CT). 19 doentes foram observados em consulta, sendo que 11 mantiveram CT aos 6 meses, determinando uma taxa global de CT de 36,7%. Verificou-se diferença estatística significativa no grupo de sucesso na CT relativamente à motivação para deixar de fumar e teste de Richmond, bem como, na prática de atividade física diária ( $p = 0,029$ ), em comparação com o grupo de insucesso. Estes grupos não obtiveram diferença significativa relativamente à idade, sexo, nível de educação, situação laboral, anos de tabagismo, número de cigarros fumados diariamente, carga tabágica e teste de Fagerström.

**Conclusões:** O aconselhamento comportamental, mesmo sem recurso a terapêutica farmacológica dirigida, durante o internamento hospitalar por patologia respiratória aguda, em conjunto com seguimento regular após alta, contribuem para aumento da taxa de CT. Estes resultados traduzem a importância de manter programas de CT consistentes no âmbito do internamento hospitalar.

**Palavras chave:** Cessação tabágica. Internamento. Doença respiratória aguda.

#### PC 074. AFINAL O QUE SABEM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE CESSAÇÃO TABÁGICA?

J. Canadadas, R. Campanha, C. Pissarra, P. Rosa

Hospital de Vila Franca de Xira.

**Introdução:** O tabagismo apresenta uma expressão pandémica, representando a principal causa de doença e morte evitável. Em Portugal é considerado pela Direção Geral de Saúde (DGS) como o Programa de Saúde Prioritário: O Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo que propõe, como uma medida prioritária, a formação de profissionais de saúde (PS) na área da cessação tabágica (CT).

**Objetivos:** Avaliar os conhecimentos sobre CT numa população de participantes no 1º Curso de CT do Hospital Vila Franca de Xira (HVFX).

**Métodos:** Inquérito aberto e anónimo, recolhido no dia 13 de setembro de 2019, no início do primeiro curso de CT do HVFX, que incluiu as seguintes variáveis: género, idade, classe profissional, anos de experiência profissional, hábitos tabágicos e conhecimento sobre tabagismo e CT. A análise estatística dos dados foi realizada no Microsoft Excel 2016®.

**Resultados:** Participaram e responderam ao inquérito 41 PS, com uma idade média de 32,3 anos e predomínio do género feminino (75,6%;  $n = 31$ ). A maioria dos participantes eram médicos (82,9%;  $n = 34$ ), tendo também participado 6 enfermeiros (14,6%) e 1 psicólogo (7,1%). No subgrupo de médicos, 19,5% ( $n = 8$ ) eram especialistas de medicina geral e familiar (MGF), 29,3% ( $n = 12$ ) internos de formação geral e 34,1% ( $n = 14$ ) internos de formação especializada em MGF (14,6%;  $n = 6$ ), pneumologia (12,2%;  $n = 5$ ), psiquiatria (4,9%;  $n = 2$ ) e otorrinolaringologia (2,4%;  $n = 1$ ). Verificou-se que 75,6% ( $n = 31$ ) dos participantes tinham menos de 10 anos de experiência profissional e 17,1% ( $n = 7$ ) mais de 20 anos. Quanto ao consumo tabágico, apenas 12,2% ( $n = 5$ ) dos participantes eram ex-fumadores e nenhum fumador ativo. Dentro do subgrupo de ex-fumadores ( $n = 5$ ), a idade média era de 40 anos, com predomínio no género feminino ( $n = 4$ ) e nos enfermeiros ( $n = 4$ ). Relativamente ao conhecimento sobre CT, 51,2% ( $n = 21$ ) nunca tiveram formação formal em CT ao longo do seu percurso profissional, mas 63,4% ( $n = 26$ ) referiam ter conhecimento nas abordagens comportamentais utilizadas num programa de CT e 90,2% ( $n = 37$ ) referiam conhecer os sintomas de privação tabágica. No entanto, 65,9% ( $n = 27$ ) não tinham experiência na prescrição farmacológica.

**Conclusões:** Numa população motivada para o conhecimento sobre CT, mais de metade nunca teve qualquer formação formal sobre o

tema e praticamente dois terços não tinham qualquer experiência sobre o tratamento do tabagismo. Apesar de esta amostra ser muito pequena, está de acordo com as conclusões do relatório publicado pela DGS em 2018 sobre o tema e continua a sugerir que a formação sobre o tabagismo e seu tratamento é ainda muito incipiente em Portugal, justificando mais formação e informação sobre o tratamento do tabagismo.

**Palavras chave:** Cessação tabágica. Profissionais de saúde.

#### PC 075. A IMPORTÂNCIA DO TABAGISMO NA EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR - UMA ANÁLISE DESCRITIVA

J.P. Duarte dos Santos Oliveira Rodrigues, M. Pinto, N. Caires, R. Gerardo, J. Cardoso

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

**Introdução:** As viaturas médicas de emergência e reanimação (VMER) pertencentes ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) constituem as equipas diferenciadas de emergência médica pré-hospitalar em Portugal. São ativadas em situações que comportam risco imediato de vida (ocorrência emergente - P1) mediante preenchimento de algoritmos orientadores. O contacto com os doentes em meio pré-hospitalar decorre em ambiente stressante e muitas vezes a recolha de informações é escassa em detrimento da gravidade clínica.

**Objetivos:** Avaliar o impacto do tabagismo na população que apresenta queixas compatíveis com prioridade P1.

**Métodos:** Foi efetuada uma análise observacional retrospectiva de 9 meses, entre dezembro de 2019 e agosto de 2020, de serviço de um operacional na VMER do Hospital de São José e na VMER do Hospital Beatriz Ângelo com um total de 209 ativações. Excluíram-se as vítimas com idade inferior a 18 anos. Recolheram-se informações relativas aos hábitos tabágicos, antecedentes clínicos e terapêutica mediante entrevista direta à vítima ou consulta de documentação no local da ativação. Procedeu-se a uma análise estatística descritiva de variáveis categóricas, para o qual foi utilizada a plataforma de estatística IBM SPSS Statistics 25®, utilizando testes paramétricos conforme necessário. Significância estatística foi considerada quando Pearson < 0,05.

**Resultados:** Foram incluídas 195 vítimas, 53,8% ( $n = 105$ ) com uma idade média de 65,69. Cerca de metade das vítimas apresentava história de tabagismo (49,2%,  $n = 96$ ). Destes, mantinham hábitos tabágicos ativos cerca de 61,5% ( $n = 59$ ). Trinta e nove por cento ( $n = 76$ ) tinha pelo menos uma doença respiratória conhecida, sendo as mais prevalentes DPOC, Asma, Patologia do interstício pulmonar e bronquiectasias. Na população com patologia respiratória prévia, cerca de 60% ( $n = 44$ ) descrevia história de tabagismo. Das vítimas socorridas com DPOC ( $n = 36$ ), a maioria apresentava história tabágica: 81% ( $n = 29$ ), sendo que 13 mantinham hábitos tabágicos ativos apesar do diagnóstico ( $p < 0,05$ ). Na população de fumadores e ex-fumadores ( $n = 96$ ), 23% das chamadas foram devido a dispneia ( $n = 22$ ) e 16% por dor torácica ( $n = 15$ ) [ $p < 0,05$ ]. Nas vítimas sem hábitos tabágicos apenas seis (%) foram por dispneia e 12% ( $n = 12$ ) por dor torácica.

**Conclusões:** O tabagismo permanece como um hábito frequente da população que apresenta queixas compatíveis com prioridade P1. Estes dados sugerem que o tabagismo é um fator de risco claro para situações clínicas de elevada gravidade com necessidade de uma equipa diferenciada em emergência médica pré-hospitalar. Estão também de acordo com os dados da literatura internacional relacionada ao aumento do risco cardiovascular e de patologia respiratória com o consumo tabágico. Naturalmente, constata-se que é premente a introdução de práticas mais frequentes de estratégias para a prevenção do tabagismo como medida de saúde pública e o incentivo da cessação tabágica por parte das equipas médicas assistentes.

**Palavras chave:** Emergência médica. Tabagismo.

### PC 076. DERRAME PLEURAL EOSINOFÍLICO - UMA FORMA RARA DE PANICULITE MESENTÉRICA

M. Baptista, J. Barata, J. Sá, M.J. Valente, M.S. Valente

*Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.*

**Introdução:** O diagnóstico diferencial de derrame pleural eosinofílico (> 10% eosinófilos) é extenso, sendo as causas mais comuns irritação pleural (por pneumotórax, hemotórax ou procedimentos pleurais), doença maligna e infeção. A paniculite mesentérica é uma doença inflamatória crónica do tecido adiposo do mesentério, rara e em geral com evolução benigna. A sua patogénese não está bem esclarecida, mas pode surgir em contexto paraneoplásico. Foram descritos casos raros com ascite e derrame pleural.

**Caso clínico:** Mulher, 38 anos, operária têxtil, recorre ao serviço de urgência por toracalgia pleurítica e epigastralgia com 5 dias de evolução, associadas a astenia e anorexia, sem perda ponderal ou outros sintomas respiratórios. História de tireoidite autoimune, sem qualquer medicação habitual. Negava história de trauma, cirurgia ou toracocentese prévia. Não fumadora e sem outras exposições ambientais relevantes. Apresentava-se subfebril, eupneica, saturação periférica de oxigénio de 98%, mas semiologia compatível com derrame pleural bilateral de moderado volume, confirmado por radiografia torácica. Analiticamente, anemia e eosinofilia ligeira (Hgb 10,5 g/dL, 500 eos/ $\mu$ L), elevação da PCR (4,56 mg/dL) e D-Dímeros (4.694  $\mu$ g/L), VS no limite superior (21 mm/H). Gasimetria com alcalose respiratória. Angio-TC torácico excluiu TEP e alterações parenquimatosas relevantes. Realizada toracocentese diagnóstica com saída de líquido amarelo turvo, com características de exsudado, predomínio de polimorfonucleares e 62% eosinófilos. Estudo bacteriológico, micobacteriológico e citológico negativo. Realizou Videotoroscopia médica com biópsias pleurais revelando pleurite com angiogénese e infiltração macrofágica. Videobroncofibroscopia e ecocardiograma sem alterações. A TC abdominal mostrava ascite de volume moderado, aumento da densidade e espessamento mesentérico com nódulos intercalados e dois gânglios linfáticos com cerca de 4 mm de eixo curto. Foi realizada PET/TC, estudo endoscópico digestivo e avaliação ginecológica, que excluíram a presença de neoplasia. O rastreio séptico foi negativo e não se verificou melhoria com antibioterapia empírica. O estudo autoimune também não revelou alterações. Após exclusão de patologia maligna, infecciosa e autoimune, e revisão de imagens de TC por radiologista, colocada a hipótese de Paniculite mesentérica. Foi instituída corticoterapia com metilprednisolona intravenosa 40 mg/dia, com melhoria clínica significativa. Em ambulatório a doente cumpriu 3 meses de deflazacorte, em esquema de desmame, com resolução dos sintomas, do derrame pleural e das alterações na TC abdominal. A doente manteve seguimento sem reaparecimento das queixas.

**Discussão:** Neste caso clínico, a presença de derrame pleural eosinofílico foi a primeira peça para uma investigação diagnóstica mais extensa. Ressalva-se a importância de exclusão de malignidade, uma vez que pode estar associada quer ao derrame pleural quer à paniculite mesentérica. Apresenta-se este caso pela raridade da apresentação clínica e pelo desafio diagnóstico que representou, destacando-se a importância de uma avaliação multidisciplinar.

**Palavras chave:** Derrame pleural eosinofílico. Paniculite mesentérica.

### PC 077. SARCOMA SINOVIAL PLEURAL PRIMÁRIO: UMA ENTIDADE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA ASSOCIADA A DERRAME PLEURAL COMPLICADO

D. Noivo, A. Alfaiate, J. Patrício, L.S. Fernandes, V. Durão, C. Torres, P. Duarte

*Hospital São Bernardo.*

**Introdução:** A acidose do líquido pleural direcciona as hipóteses diagnósticas de um derrame pleural em estudo para empiema, der-

rame parapneumónico complicado, perfuração do esófago, tuberculose ou neoplasia maligna.

**Caso clínico:** Descreve-se um homem de 67 anos, admitido com dor no hemitórax/hipocôndrio esquerdo e tosse emetizante. Objectivou-se derrame pleural esquerdo de etiologia a esclarecer. Apresentava síndrome metabólica, doença renal crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica de etiologia tabágica e exposição a asbestos. A toracocentese revelou líquido pleural compatível com exsudado e pH < 6,80, pelo que foi colocada drenagem torácica e iniciada antibioterapia de largo espectro. A tomografia computadorizada (TC) torácica evidenciou espessamento difuso da pleura esquerda e lesão nodular de ângulos obtusos no lobo superior esquerdo, sugerindo origem pleural. Realçava-se aumento dos marcadores tumorais Enolase Específica do Neurónio e Cyfra 21,1. A biópsia transtorácica equacionou possível adenocarcinoma de origem extrapulmonar. Manteve agravamento clínico paulatino, com necessidade de lavagens pleurais diárias. Os exames microbiológicos foram estéreis, à excepção de hemocultura com isolamento de *Klebsiella pneumoniae* multirresistente, assumida em contexto de pneumonia nosocomial tardia. O caso foi discutido com Cirurgia Torácica, colocando-se a hipótese de mesotelioma pleural. O doente foi submetido a toracosopia vídeo-assistida, onde se observaram sinais de carcinomatose pleural, com biópsia de volumosas massas pleurais pétreas. Identificou-se neoplasia de células fusiformes imunorreativas para linfoma de células B-2 (bcl-2), compatível com sarcoma sinovial bifásico. A translocação t(X;18) não foi identificada no estudo genético. A tomografia de emissão de positrões (PET-TC) mostrou extensa infiltração pleuro-pulmonar esquerda, com extensão à parede torácica homolateral, sem focos extratorácicos. O doente apresentou um internamento hospitalar prolongado de 81 dias, no qual imperou a necessidade de estabilização das suas comorbilidades. Devido à extensão da doença e ao status performance, apresentava indicação para radioterapia e quimioterapia paliativas. O doente recusou, em conjunto com a sua família, a admissão em Unidade de Cuidados Paliativos. Teve alta hospitalar, com analgesia optimizada e oxigenoterapia paliativa, vindo a falecer no domicílio, junto dos seus familiares.

**Discussão:** O sarcoma sinovial pleural primário é uma doença maligna que representa menos de 0,5-1% de todas as neoplasias pleuro-pulmonares. Ocorre maioritariamente em adolescentes e adultos jovens. Um sarcoma sinovial primário da pleura, com extensão à parede torácica, num doente sexagenário é extremamente raro. Estão descritos menos de dez casos de sarcomas sinoviais envolvendo a parede torácica. A translocação cromossômica t(X;18) está associada a mais de 90% dos casos, o que não se verificou neste doente. O tratamento ideal do sarcoma sinovial da pleura ainda não foi estabelecido. Terapêutica multimodal englobando cirurgia, quimioterapia e radioterapia tem sido utilizada. A ressecção cirúrgica radical é a opção-padrão, semelhante à usada para outros sarcomas de partes moles. A radioterapia adjuvante é geralmente recomendável após ressecção incompleta. O doente apresentava três factores que afectavam adversamente a sobrevida: dimensão tumoral superior a 10 centímetros, ressecção incompleta e impossibilidade de terapêutica adjuvante. Frisa-se a importância da optimização da ponte hospital-domicílio, no sentido de providenciar os melhores cuidados de fim de vida a doentes portadores de neoplasias rapidamente progressivas e com baixa sobrevida.

**Palavras chave:** Sarcoma sinovial. Derrame pleural. Acidose pleural.

### PC 078. DERRAME PLEURAL INAUGURAL NO CARCINOMA CÉLULAS RENAIIS - UM CASO INVULGAR

D. Cardoso, M.B. Paiva, J. Cemlyn-Jones

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** O carcinoma de células renais (CCR) é diagnosticado em 30% dos casos numa fase avançada da doença com metastização

à distância, atingindo frequentemente o pulmão. A metastização pleural é pouco comum, sendo quase sempre secundária à pulmonar, por disseminação hematogénica. O envolvimento pleural isolado é extremamente raro estando associado a disseminação venosa pelo Plexo de Batson. A citologia do líquido pleural (LP) é essencial no estudo de um exsudato, uma vez que mais de metade tem origem maligna. No entanto, apresenta baixa sensibilidade diagnóstica (60%) aumentando ligeiramente com uma segunda amostra. As biópsias pleurais fechadas são diagnósticas em apenas 40% dos casos de malignidade, uma vez que as lesões pleurais tendem a localizar-se nos seios costo-frénicos e diafragma, ficando pouco acessíveis. Apesar do uso de toracocenteses repetidas e biópsias pleurais fechadas, cerca de 20% dos derrames pleurais permanecem sem diagnóstico. Nos derrames malignos, a toracoscopia médica apresenta um rendimento diagnóstico superior a 90%.

**Caso clínico:** Homem de 67 anos, recorreu ao serviço de urgência por tosse seca, dor pleurítica direita e cansaço, com uma semana de evolução. Sem outras queixas nomeadamente genito-urinárias. No exame físico apresentava ausência de murmúrio vesicular no hemitórax direito, sem outras alterações. O estudo analítico mostrou elevação da PCR e a gasometria arterial, hipoxemia ligeira. A radiografia do tórax evidenciava uma opacidade em toalha no campo pulmonar direito com desvio contralateral da coluna de ar traqueal. A ecografia torácica confirmou a presença de volumoso derrame pleural à direita e identificou um nódulo pleural justadiafragmático suspeito. Foi efetuada toracocentese com drenagem de 1.500 mL de LP citrino, exsudato. A citologia apresentava elevada celularidade, com predomínio de polimorfonucleares e ausência de células neoplásicas. Posteriormente foi realizada toracoscopia médica com toracoscopio semi-flexível sob sedação consciente, que revelou múltiplos implantes pleurais de diversos tamanhos, esbranquiçados, que foram biopsados e pequenas lesões vegetantes ao nível da pleura visceral. A histologia das biópsias revelou infiltração por neoplasia epitelial maligna, com estudo imunohistoquímico compatível com metastização pleural por CCR. A videobroncofibroscopia evidenciou uma lesão endobrônquica ipsilateral, necrotizada, ocluindo o segmento intermediário. A histologia das biópsias brônquicas foi, contudo, inespecífica e o aspirado brônquico não apresentou células neoplásicas. A TC toraco-abdominopélvica mostrou várias formações nodulares pleurais direitas, mais evidentes na base; preenchimento do brônquio lobar inferior direito, suspeito de invasão tumoral e volumosa formação tumoral heterogénea no rim esquerdo. Foi posteriormente orientado pela urologia e iniciou terapêutica sistémica com sunitinib.

**Discussão:** A apresentação inaugural do carcinoma de células renais com derrame pleural, como no presente caso, é extremamente incomum e o estudo citológico frequentemente inconclusivo. A toracoscopia médica apresenta elevado rendimento diagnóstico no estudo de derrames pleurais exsudatos, devendo, portanto, ser considerada na abordagem inicial de um derrame pleural de etiologia desconhecida.

**Palavras chave:** Toracoscopia médica. Carcinoma de células renais. Derrame pleural.

### PC 079. PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO APÓS QUIMIOTERAPIA POR LINFOMA DE HODGKIN

J. Almeida Borges, F. Fradinho, A.J. Ferreira

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** O pneumotórax é uma complicação rara da quimioterapia com incidência descrita na literatura de menos de 1% e comumente associado a tumores quimiosensíveis (como tumores das células germinais, linfomas e sarcomas). Geralmente ocorre 2-7 dias após a quimioterapia e pode ser unilateral ou bilateral. O mecanismo de desenvolvimento do pneumotórax não está completamente

esclarecido. São fatores predisponentes idades jovens, Linfoma de Hodgkin e radioterapia. A abordagem requer a rápida drenagem torácica pelo que alguns autores sugerem que esta entidade seja reconhecida como uma emergência oncológica.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 36 anos, enviada ao serviço de urgência, transferida do hospital de área de residência, por quadro de tumefação mediastínica, adenopatia axilar e dispneia com 2 meses de evolução. Tratava-se de puérpera com parto distóxico por cesariana 2 semanas antes e desde então referia sudorese noturna e astenia marcada. Durante a gravidez apresentava-se em cessação tabágica e há a referir antecedentes de diabetes gestacional. Do estudo radiológico realizado no hospital de origem destacava-se opacidade homogénea do campo pulmonar esquerdo compatível com volumoso derrame pleural com colapso pulmonar e desvio do mediastino contralateral e massa provavelmente adenopática no mediastino superior. A histologia da biópsia excisional de adenopatias axilares esquerdas diagnosticou Linfoma de Hodgkin clássico do subtipo com esclerose nodular. Foi submetida a toracocentese diagnóstica e evacuada que revelou derrame pleural exsudativo, de aspeto turvo, com microbiologia negativa e imunofenotipagem compatível com o diagnóstico prévio. Ficou internada no Serviço de Hematologia para estadiamento e abordagem terapêutica. Realizou PET com 18 F-FDG para estadiamento que demonstrou sinais compatíveis com Linfoma de alto grau metabólico, com envolvimento ganglionar supra e infra-diafragmático, com massa bulky mediastínica e derrame pleural, pericárdico e peritoneal. Tratava-se assim de um estágio IVB pelo que iniciou quimioterapia com esquema ABVD (Doxorrubicina, Bleomicina, Vinblastina e Dacarbazina). Por recidiva de derrame pleural esquerdo, optou-se por toracostomia com drenagem subaquática. Durante a primeira semana sob drenagem torácica apresentou uma boa evolução mantendo drenagens diárias. Ao 3º dia da segunda metade do primeiro ciclo do esquema ABVD, o controlo radiológico apresentou hidropneumotórax de novo pelo que foi colocada aspiração no sistema de drenagem torácica. O controlo radiológico permitia também identificar redução das dimensões da massa mediastínica. Após mais de 2 semanas de drenagem, houve resolução quase total do pneumotórax tendo sido mantida a vigilância e repouso relativo, com estabilidade das alterações mesmo 5 dias depois quando iniciou o ciclo de quimioterapia seguinte.

**Discussão:** Existem algumas séries de casos de pneumotórax após a quimioterapia citoredutora. Tendo em conta a evolução e a exclusão de outras causas para o hidropneumotórax, este foi assumido como complicação da quimioterapia. Apesar da raridade desta entidade, a evolução foi favorável provavelmente pela rápida abordagem terapêutica. Serve este caso para alertar para este raro mas possível efeito adverso da quimioterapia. O tratamento é direcionado para a re-expansão pulmonar.

**Palavras chave:** Pneumotórax. Quimioterapia.

### PC 080. ETIOLOGIA DO DERRAME PLEURAL - CASUÍSTICA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA TERCIÁRIO

S. Cabral, V. Fernandes, D. Madama, A.J. Ferreira

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** A etiologia do derrame pleural pode abranger um vasto número de causas, englobando quer patologia benigna, quer maligna. As principais condições associadas ao derrame pleural são a insuficiência cardíaca congestiva, a pneumonia, as neoplasias e a embolia pulmonar. No decurso do estudo etiológico do líquido pleural, revela-se de grande importância a identificação ou exclusão destas causas, de forma a permitir uma correta e atempada orientação clínica e terapêutica.

**Objetivos:** Identificar as principais etiologias do derrame pleural, num grande Hospital Central, durante um período de tempo de quatro meses.

**Métodos:** Procedeu-se à recolha de dados clínicos e laboratoriais de doentes com derrame pleural, que foram submetidos a toracocentese diagnóstica/evacuadora, a colocação de dreno torácico ou a toracosopia médica, na Unidade de Técnicas Pneumológicas. Os dados foram referentes ao período de 01-04-2019 a 31-07-2019.

**Resultados:** 47 doentes foram incluídos, sendo a mediana de idade de 77 anos. 25/47 dos doentes eram do género feminino. 12/47 efetuaram colheita por toracocentese diagnóstica, sendo que em 17/47 foi concomitantemente efetuada toracocentese evacuadora e em 14/47 colocado dreno torácico; nos restantes 4/47 a colheita foi efetuada no decurso de toracosopia médica. 41/47 revelaram tratar-se de exsudatos; nos 6 transudatos a etiologia foi cardíaca e hepática. O derrame associado a patologia maligna foi encontrado em 28/47. Em 12/28, o cell block e estudo imunohistoquímico do líquido pleural, contribuíram para estabelecer o diagnóstico inaugural de patologia neoplásica: 7/12 com perfil compatível com envolvimento pleural por adenocarcinoma do pulmão, em 3/12 por doença linfoproliferativa e em 2/12 por carcinoma do ovário. Em um dos casos o estudo do líquido pleural não permitiu estabelecer o diagnóstico de neoplasia de pulmão, tendo este sido efetuado no decurso de realização de biópsia pulmonar transtorácica. Nos restantes casos, existiu associação com patologia maligna prévia que estava subjacente ao derrame: 5/16 carcinoma da mama, 5/16 doença hematológica, 2/16 carcinoma suprarrenal, 2/16 carcinoma endométrio, 1/16 carcinoma hepatocelular e carcinoma parotídeo. Em 13/16 foi efetuada pleurodese química. No que diz respeito à etiologia não maligna, 6/18 estavam associados a insuficiência cardíaca, 4/18 doença renal crónica sob HD, 3/18 etiologia meta-pneumónica, 2/18 etiologia pós-traumática, 1/18 associada a TEP, a sarcoidose, a amiloidose cardíaca e a pancreatite aguda. No exame cultural não foram identificados gérmes em nenhuma das amostras.

**Conclusões:** O estudo do derrame pleural revela-se de grande importância no esclarecimento etiológico e respetiva orientação terapêutica, uma vez que na maioria dos casos estabelece o diagnóstico ou identifica a patologia prévia que lhe está subjacente. A elevada mediana da idade dos doentes incluídos pode justificar o significativo número de patologia maligna encontrada.

**Palavras chave:** Líquido pleural. Toracocentese. Toracosopia. Exsudato. Imunofenotipagem.

### PC 081. UMA FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DE MELANOMA MALIGNO

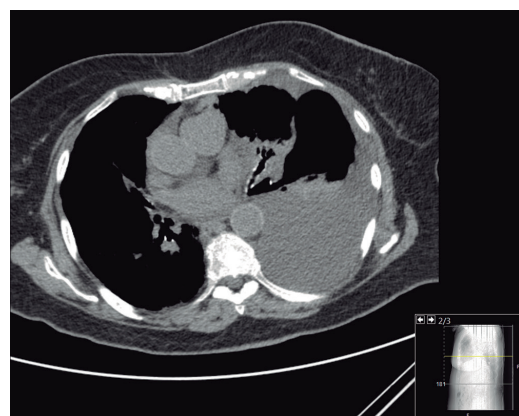
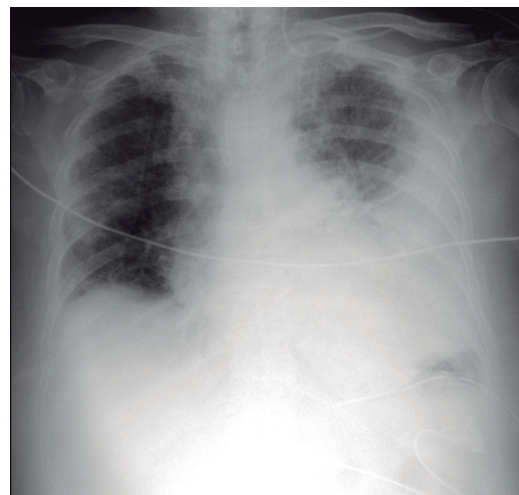
J.D. Rodrigues Barbosa, Cl. Sousa, S. Salgado, P. Esteves

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.*

**Introdução:** O melanoma é um tumor maligno cuja incidência está a aumentar mundialmente quando comparado com outras neoplasias. Comumente tem origem na pele e menos frequentemente na retina, trato digestivo, fígado, trato respiratório superior, pulmão, uretra e próstata. Embora a metastização pleural de melanomas com origem na pele possa ocorrer, o melanoma pleural primário é uma neoplasia extremamente rara, apenas descrito em nove casos. Não existem critérios de diagnóstico estabelecidos para o melanoma pleural primário, no entanto, Jensen e Egedorf propuseram seis critérios para o melanoma pulmonar primário que podem ser apropriados.

**Caso clínico:** Doente de 82 anos, do sexo feminino, não fumadora, cozinheira reformada, com diagnóstico de NSIP idiopática sob mofetil, sem antecedentes pessoais de melanoma, recorre ao serviço de urgência por dor precordial e dorsalgia com três dias de evolução, tosse seca e dispneia. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, apirética, sem sinais de dificuldade respiratória, com uma auscultação pulmonar a evidenciar murmúrio vesicular abolido na porção inferior esquerda e ferveores crepitantes com predomínio à direita. Não foram documentadas alterações cutâneas suspeitas nem oculares. Dos exames complementares de diag-

nóstico a destacar analiticamente PCR 4,98 mg/dL, sem alterações da função renal, NTproBNP 173 pg/mL; gasimetria arterial (FiO<sub>2</sub> 21%) com hipoxemia e telerradiografia do tórax a demonstrar hipotransparência na porção inferior esquerda, delimitada por linha de concavidade superior, compatível com derrame pleural. Foi internada no serviço de pneumologia admitindo-se derrame pleural de etiologia a esclarecer e suspeita de pneumonia em doente imunocomprometida pelo que foi iniciada antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam, não se documentando isolamentos nos exames culturais. A tomografia axial computadorizada do tórax e abdómen evidenciou volumoso derrame pleural esquerdo, gânglio do grupo 7 com 15 mm e áreas de consolidação com broncograma aéreo. A broncofibroscopia realizada demonstrou evidência de compressão extrínseca no brônquio lobar inferior esquerdo. Efetuou quatro toracocenteses no decorrer da marcha diagnóstica e por recidiva do derrame pleural, no entanto, as biópsias pleurais não foram conclusivas. O líquido pleural foi suspeito de neoplasia, no entanto, a amostra apresentava baixa celularidade. Foi proposta para biópsia pleural e talcagem por VATS documentando-se pleura espessada, aspiração de conteúdo sero-hemático da loca pleural e observação de conteúdo de tipo encefaloíde intra-pleural em topografia basal posterior que foi enviado para anatomia patológica. Foi transferida para a unidade de cuidados intensivos por instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória parcial agudizada, tendo-se assumido infeção respiratória nosocomial e iniciado meropenem e linezolide. Após transferência para a unidade de cuidados intermédios, sob oxigenoterapia nasal de alto fluxo, verificou-se progressivo agravamento clínico, vindo a doente a falecer após quarenta dias de internamento. O resultado anátomo-patológico do tumor intra-pleural e biópsias pleurais foi compatível com melanoma maligno. Não foi documentado envolvimento extratorácico, colocando-se a hipótese de melanoma maligno pleural primário.



**Discussão:** Este caso clínico relata uma apresentação extremamente rara de melanoma maligno com envolvimento pleural primário. Embora possa ser difícil distinguir melanoma pleural primário ou metastático, a doente apresentava cinco dos seis critérios de Jensen and Egedorf. O prognóstico desta patologia é reservado.

**Palavras chave:** Melanoma maligno pleural primário. Derrame pleural.

### PC 082. FÍSTULA PANCREATO-PLEURAL: UMA CAUSA INCOMUM DE DERRAME PLEURAL

D.E.Silva Ferreira Madureira Baptista, G. Moura Portugal, H. Cabrita, M. Antunes, E. Brysch, J.F. Júnior, G. Nunes da Silva

*Serviço de Medicina III-B, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.*

**Introdução:** O derrame pleural (DP) trata-se de uma situação clínica comum associada a inúmeras patologias pulmonares, pleurais ou extra-pulmonares. A semiologia clínica, as características imagiológica do Derrame Pleural e a análise do líquido pleural contribuem para o diagnóstico etiológico em 75% dos casos. Noutras situações, o diagnóstico diferencial pode tornar-se mais desafiante com necessidade de outros meios complementares de diagnóstico ou biópsia.

**Caso clínico:** Os autores apresentam um caso de um doente do sexo masculino, de 71 anos, com hábitos tabágicos (cerca de 60 UMA) e alcoólicos activos, exposição ocupacional prévia a amianto na construção naval durante cerca de 25 anos e com diagnósticos prévios de doença pulmonar obstrutiva crónica, síndrome de apneia obstrutiva do sono e pancreatite crónica de etiologia alcoólica. O doente recorreu ao serviço de urgência com quadro caracterizado por dispneia com 10 dias de evolução e de agravamento progressivo e cansaço para médios esforços. Negava febre, toracalgia ou queixas abdominais. Ao exame objetivo apresentava-se dispneico, com saturações periféricas entre 90-92% e com murmúrio vesicular diminuído no hemitórax esquerdo à auscultação pulmonar, sem outras alterações de relevo. Dos exames complementares diagnósticos destacam-se a radiografia do tórax que demonstrava um derrame pleural bilateral com maior extensão à esquerda e, na avaliação laboratorial, verificava-se o discreto aumento de marcadores inflamatórios. Deste modo decidiu-se internar o doente para investigação etiológica do Derrame pleural. Durante o internamento realizou-se toracocentese diagnóstica e evacuadora à esquerda, cuja análise do líquido pleural revelou características de exsudato, destacando-se o aumento considerável da amilase no líquido. Pesquisou-se marcadores tumorais e realizou-se também TC-torácica para exclusão de neoplasia pulmonar, dado a história de exposição de longa duração ao amianto e tabagismo activo por parte do doente. Para investigação adicional e por derrame pleural recorrente à toracocentese realizou tomografia computadorizada abdominal que revelou presença de pancreatite aguda necrotizante complicada de fístula pancreato-pleural, confirmada por Ressonância Magnética. Como tratamento médico conservador foi-lhe instituído terapêutica com octreótido, inibidor da bomba de prótons e alimentação entérica, bem como outras medidas de suporte, observando-se uma evolução clínica favorável ao longo de cerca de 1 mês de internamento. Após alta, manteve-se seguimento do doente em consulta externa, juntamente com controlo analítico e exames de imagem seriados, constatando-se estabilização clínica, analítica e imagiológica gradual verificadas através de um follow-up de 2 em 2 meses.

**Discussão:** Este caso reflete uma causa rara de derrame pleural, com uma apresentação atípica de pancreatite complicada de fístula pancreato-pleural, salientando-se a ausência de sintomas e sinais gastrointestinais. Esta entidade está associada a derrames pleurais extensos, unilaterais e recorrentes. A abordagem terapêutica inclui tratamento conservador, endoscópico ou cirúrgico, e muitas vezes

necessita de equipas multidisciplinares para uma decisão terapêutica personalizada.

**Palavras chave:** Derrame pleural. Fístula pancreato-pleural. Toracocentese. Líquido pleural. Tratamento conservador.

### PC 083. EDEMA PULMONAR DE REEXPANSÃO - RARA SEQUÊNCIA DE TRÊS CASOS CLÍNICOS

D. Marques Rodrigues, A. Cunha, L. Gomes, I. Farinha, S. Pereira, D. Canhoto, G. Gonçalves, S. Cabral, M. Valério, J. Caldeira, A.F. Costa, C. Rodrigues, T. Costa

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** O edema pulmonar de reexpansão (EPR) é uma complicação rara, que pode surgir após tratamento do colapso pulmonar secundário a derrame pleural, pneumotórax ou atelectasia. Os autores apresentam uma rara sequência de três casos de EPR diagnosticados em contexto de urgência durante a fase de pandemia SARS-CoV2.

**Casos clínicos:** Caso 1: Homem, 25 anos, fumador ativo de cigarros e canabinoides. Sem antecedentes patológicos. Admitido no serviço de urgência (SU) por dispneia e toracalgia direita com 6 dias de evolução, seguido de palpitações, tosse seca e pico febril isolado. Foi diagnosticado pneumotórax hipertensivo à esquerda, tratado com oxigenoterapia e colocação de dreno torácico (drenagem passiva). Rx Tórax e ecografia de controlo com expansão completa. Uma hora após procedimento, o doente inicia taquicardia, tosse seca, dispneia e insuficiência respiratória grave, não responsiva a oxigenoterapia. Auscultação pulmonar com crepitações em todo o CP esquerdo. Ecografia torácica com linhas B e RX tórax com opacidades alveolares dispersas no CP esquerdo. Assumido EPR e iniciado tratamento com CPAP + oxigenoterapia. Após estabilidade clínica foi transferido para unidade de cuidados intermédios, onde lhe foi retirado tratamento com pressão positiva e oxigenoterapia, tendo o doente entrado em falência respiratória aguda, com necessidade de entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva (VMI). Caso 2: Homem, 34 anos, não fumador. Recorre ao SU por cansaço fácil e toracalgia direita com 3 dias de evolução. Efetuado diagnóstico de pneumotórax total à direita. Iniciada oxigenoterapia e colocação de dreno torácico (drenagem passiva), com expansão completa em RX Tórax de controlo. Duas horas após procedimento, desenvolveu agitação, ansiedade e toracalgia direita, pelo que foi medicado com benzodiazepina e analgesia com melhora. RX de controlo com pequena lamina de pneumotórax apical e com opacidades alveolares no campo pulmonar direito. Foi assumido o diagnóstico de EPR e o doente foi internado no Serviço de pneumologia, onde se verificou agravamento clínico progressivo, com necessidade de FiO2 de 60% para SPO2 95%. Caso 3: Homem, 53 anos, obeso, fumador, com múltiplas comorbilidades cardiovasculares e com hepatopatia alcoólica. Enviado ao SU por dispneia em repouso, tosse e aumento do perímetro abdominal com 1 mês de evolução e agravamento progressivo. Em SU foi diagnosticado e tratado edema agudo do pulmão. Foi também identificado volumoso derrame pleural à direita, tratado com paracentese e toracocentese evacuadora (total de 4.500 ml). Três horas após procedimento, verificou-se agravamento progressivo com dispneia e insuficiência respiratória grave. Repetiu RX tórax que evidenciou opacidades alveolares apico-caudais à esquerda. Foi pedido parecer da pneumologia, tendo sido assumido o diagnóstico de EPR, tratado com FiO2 progressivamente mais elevada e posterior escalada para CPAP e depois BiPAP. Todos os doentes acabaram por necessitar de admissão na Unidade de Cuidados Intensivos. O doente 1 necessitou de VMI e correção cirúrgica do pneumotórax, já o doente 2 completou internamento de 3 dias na unidade, sem necessidade de VMI. O doente do caso 3 mesmo sob VMI e suporte aminérgico, acabou por falecer.



**Discussão:** O EPR é uma entidade clínica rara, mas cujo reconhecimento é fundamental para o diagnóstico precoce, prevenção e tratamento atempado.

**Palavras chave:** Edema pulmonar. Reexpansão. Pneumotórax. Derrame pleural.

#### PC 084. DO ECRÃ DO ECÓGRAFO PARA OS ACHADOS DA TORACOSCOPIA

M. Inês Costa, J. Gomes, F. Guedes

*Centro Hospitalar Universitário do Porto.*

**Introdução:** A toracoscopia médica (TM) é uma bem estabelecida técnica de diagnóstico e tratamento da patologia pleural. A ecografia torácica tem vindo, nos últimos anos, a ganhar destaque na pneumologia e a sua aplicabilidade no estudo da cavidade pleural tem já provas dadas. Publicações recentes defendem que o doente deve ser sempre avaliado com ecografia torácica previamente à TM. Com a avaliação ecográfica é possível caracterizar com mais detalhe o derrame pleural, identificando septações ou loculações, estimar o volume do derrame, e estudar qual a distribuição do fluido com o doente na posição que assumirá durante o procedimento. Assim, a ecografia auxilia na decisão de qual o ponto mais adequado para a abordagem da cavidade pleural - o mais seguro e aquele que permite, com mais facilidade, explorar a totalidade da cavida-

de pleural. Adicionalmente, não raras vezes é possível com a ecografia identificar lesões nodulares pleurais dificilmente identificáveis na radiografia ou mesmo na TC torácica, e esta informação pode guiar uma técnica que tenha como objetivo a realização de biópsias dirigidas, com intuito diagnóstico. Apresentam-se dois casos em que a utilização da ecografia torácica auxiliou a marcha diagnóstica, fornecendo informações de grande valor. Estes são também dois exemplos evidentes do paralelismo que se consegue estabelecer entre as duas técnicas, observando-se na toracoscopia a tradução direta dos achados ecográficos previamente identificados.

**Casos clínicos:** Caso 1: homem, 84 anos, sem história de exposição a pneumotóxicos, apresentava toracalgia pleurítica e dispneia em agravamento. Radiografia torácica com derrame pleural de moderado volume, sem outras evidentes alterações. Ecografia torácica complementar demonstrou volumoso derrame pleural livre, com ecos internos, destacando-se volumosa massa pleural lobulada no ângulo costofrénico. Realizada TM que documentou volumosa massa pleural necrótica, multilobulada, com morfologia e localização sobreponíveis ao ecograficamente avaliado. Caso 2: homem 56 anos, fumador de 45 UMA, trabalhador da construção civil, com queixas de dispneia limitante na sua atividade laboral. Auscultação pulmonar com franca diminuição do murmúrio vesicular na base direita. Radiografia torácica a mostrar derrame pleural de grande volume, sem outras alterações de relevo. Realizada ecografia torácica demonstrando derrame pleural livre, de grande volume, sem ecos internos,

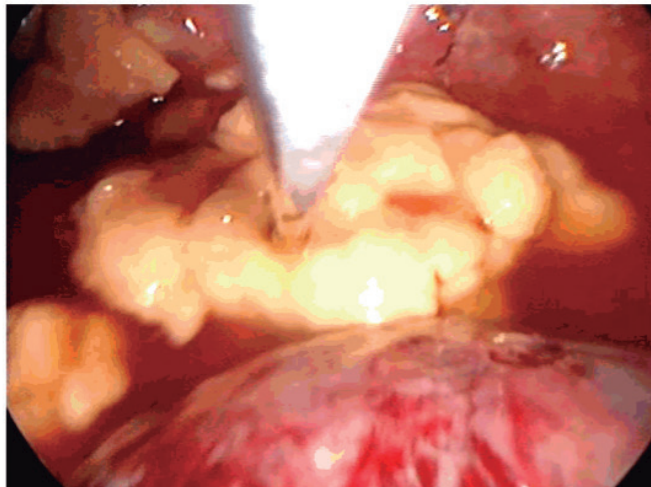
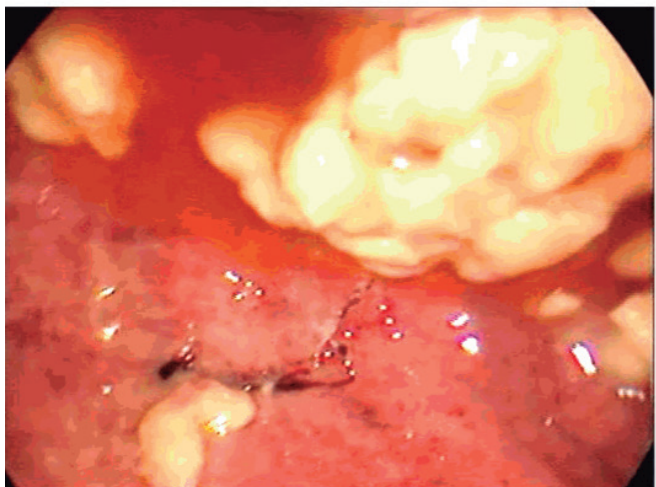
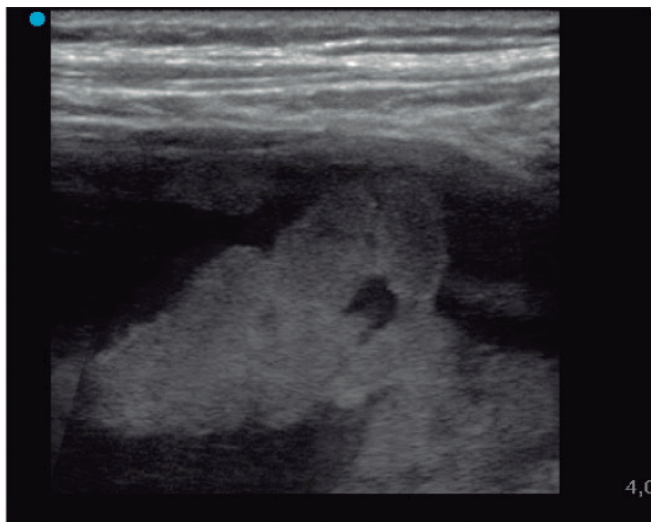
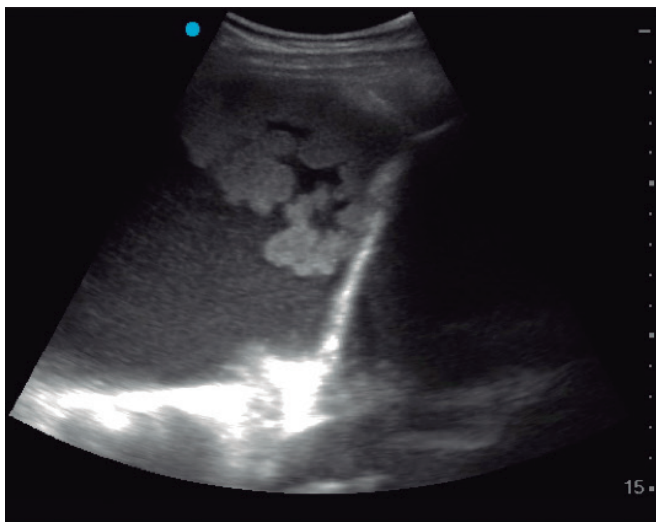


Figura PC 084A

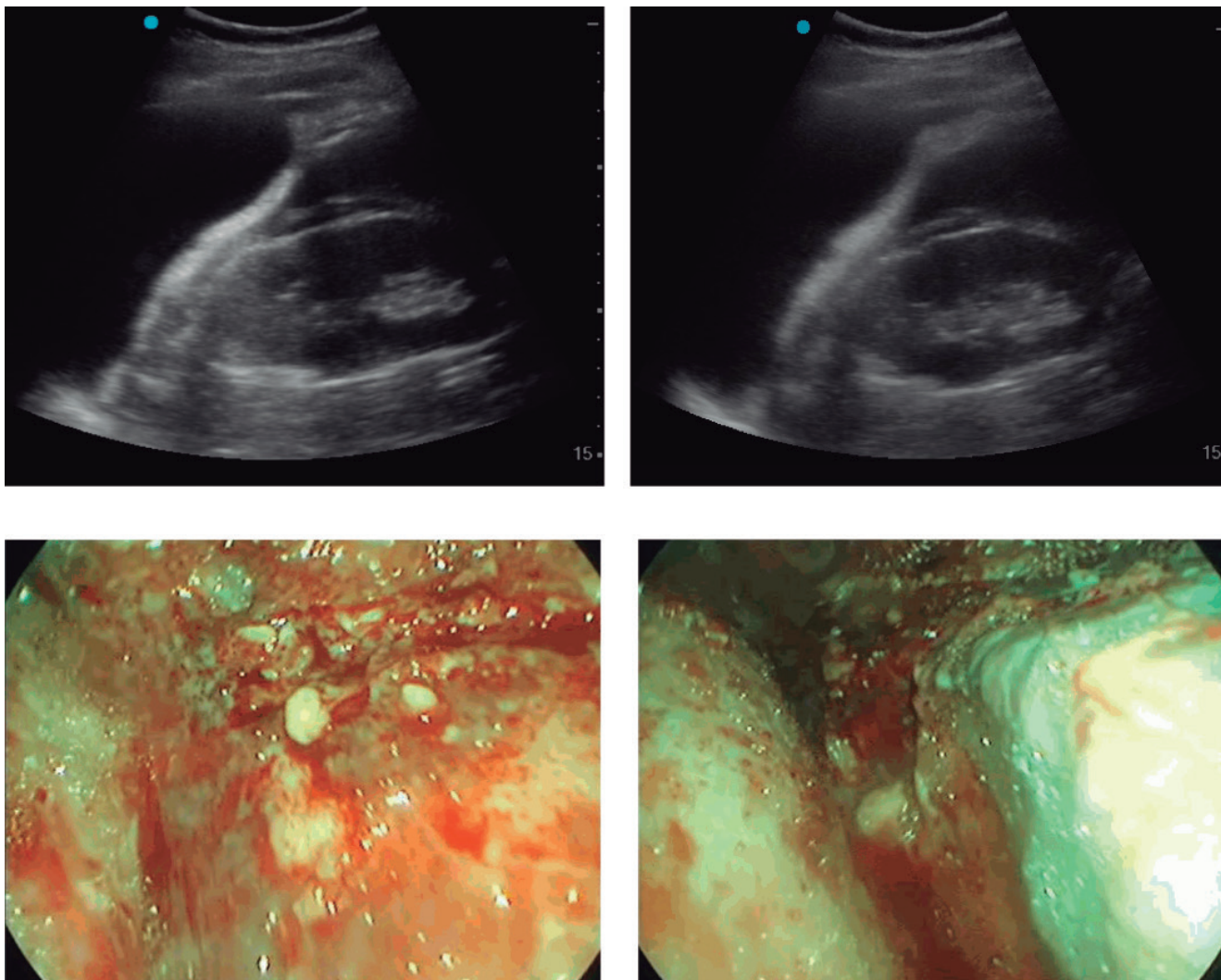


Figura PC 084B

identificando-se um nódulo bem definido e focos de espessamento na pleura diafragmática. Realizada TM observando-se, na pleura diafragmática, em localização concordante com o achado ecográfico, nódulo pleural de maiores dimensões, associado a espessamento difuso e micronodularidades da pleura diafragmática e ao nível do ângulo costo-frênico. Aquando a avaliação de um derrame pleural de etiologia desconhecida, a realização de ecografia torácica fornece dados com impacto relevante no processo diagnóstico, complementando a informação fornecida pelo TC de tórax, exame auxiliar de diagnóstico muito utilizado no estudo de doentes com pleuropatia.

**Discussão:** Os casos aqui apresentados refletem a rentabilidade deste método de avaliação imagiológica, refletindo a transposição das imagens do ecrã do ecógrafo para os achados da toracoscopia.

**Palavras chave:** Ecografia torácica. Toracoscopia médica. Patologia pleural.

#### PC 085. TUMORES ENDOBRÔNQUICOS EM IDADE PEDIÁTRICA: O PAPEL DA BRONCOSCÓPIA

A.L. Fernandes, G. Fernandes, A. Magalhães

Hospital Pedro Hispano.

**Introdução:** Os tumores traqueobrônquicos são extremamente raros na população pediátrica, sendo responsáveis por cerca de 0,2% dos

tumores. Dado a sua baixa prevalência e a ausência de sinais e sintomas específicos, o seu diagnóstico é geralmente tardio.

**Caso clínico:** Caso 1: criança de 12 de anos, com antecedentes de prematuridade e bronquiolite obliterante associado a Adenovírus (provas funcionais respiratórias (PFR) (01,2018)FVC 54,7% e FEV1 43%), foi avaliado por pneumonia adquirida na comunidade com resolução dos sintomas após antibioterapia em março.2018. Posteriormente, aparecimento de dispneia de esforço com agravamento progressivo durante um ano. Realizou PFR que mostrou agravamento da função pulmonar (FVC 38% e FEV1 22%). Foi efetuado estudo exaustivo com exclusão de causas cardíacas e estudo do sono. A telerradiografia do tórax revelou uma consolidação no terço médio do hemitórax direito. A tomografia computadorizada (TC) de baixa dose do tórax demonstrou obstrução do tronco intermediário (TI) por aparente lesão polipóide com atelectasia segmentar associada e padrão difuso de atenuação em mosaico. Foi submetido a broncoscopia rígida (BR) que revelou lesão endobrônquica lobulada e vascularizada obstruindo quase totalmente o TI. Foi submetido a fotocoagulação laser e desobstrução mecânica, recuperando a patência brônquica. Após o procedimento, com melhoria sintomática e recuperação parcial da função respiratória. A biópsia brônquica revelou um tumor mucoepidermóide de baixo grau. Realizou PET-CT que não revelou doença à distância. Em reunião do grupo oncológico (RGO) foi decidido não ser candidato a cirurgia dado a função respiratória devendo esta opção ser reavaliada com o crescimento

e provável melhoria dos volumes pulmonares. Após discussão de múltiplas opções terapêuticas com centro oncológico pediátrico de referência em Paris, foi decidida vigilância com broncoscopia e tratamento local de recidiva. Posteriormente, existiu necessidade de realizar fotocoagulação laser por sinais de recidiva em duas das três reavaliações endoscópicas. Atualmente, sem evidência de doença local ou à distância na vigilância imagiológica. Caso 2: criança de 10 anos, com antecedentes de asma alérgica foi avaliado por história de pneumonias de repetição no último ano. A telerradiografia do tórax revelou aparente atelectasia do LID. A TC do tórax mostrou lesão endobrônquica, com captação de contraste localizada imediatamente a jusante da origem do segmento apical do BLID. A BR identificou uma lesão endobrônquica ovóide e vascularizada ocluindo totalmente a entrada da pirâmide basal direita. Foi submetido a desobstrução mecânica e com fotocoagulação laser com saída de material mucopurulento abundante e recuperação da patência brônquica. A histologia revelou um tumor carcinoide típico. Foi discutido em RGO e proposto para avaliação para tratamento cirúrgico.

**Discussão:** Estes casos demonstram a importância da necessidade de elevada suspeição clínica para o diagnóstico atempado de tumores endobrônquicos no caso de infecções de repetição ou agravamento função pulmonar na idade pediátrica. A broncoscopia é um procedimento fundamental e seguro para o diagnóstico, tratamento e seguimento de tumores endobrônquicos nesta faixa etária. De acordo com a literatura, a desobstrução endoscópica pode ter um papel na melhoria sintomática, ser uma ponte para tratamentos posteriores e usada nos casos de doentes sem condições para tratamentos definitivos.

**Palavras chave:** Broncoscopia. Pediatria. Tumores endobrônquicos.

#### PC 086. AVALIAÇÃO MACROSCÓPICA QUANTITATIVA IMEDIATA DE AMOSTRAS EBUS-TBNA

M.I. Matias, J. Caldeira, P. Matos, M. de Santis, A.L. Fonseca, L. Barradas

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** A aspiração endobrônquica por agulha guiada por ecografia (EBUS-TBNA) é um teste de diagnóstico minimamente invasivo com elevado desempenho diagnóstico em que a aquisição óptima de amostras é essencial. O exame citológico rápido in situ (ROSE) durante o EBUS-TBNA pode ser útil, mas o acesso é limitado. Numa tentativa de fornecer informação imediata ao operador, a equipa de Pneumologia de intervenção do IPO Coimbra começou a classificar macroscopicamente cada amostra de gânglios linfáticos em termos de abundância. O principal objectivo deste estudo era esclarecer se esta avaliação macroscópica in-situ estava relacionada com os resultados da histologia.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes sujeitos a EBUS-TBNA no ano 2018. A avaliação macroscópica da abundância de material nos relatórios EBUS foi descrita em quatro categorias: “Insuficiente”, “Suficiente”, “Bom” e “Excelente”. A avaliação histológica das amostras foi dividida em três categorias de acordo com os relatórios histológicos: “Inadequado”, “Duvidoso” e “Adequado/Diagnóstico”. A análise estatística foi realizada pelo SPSS.

**Resultados e conclusões:** No ano 2018, dos 134 EBUS-TBNA realizados, 121 procedimentos foram incluídos, totalizando 288 estações ganglionares puncionadas. Foram observados resultados/diagnósticos histológicos adequados em 11,1% das amostras “Insuficientes”, em 40,9% das amostras “Suficientes”, em 76,4% das amostras “Boas” e em 88,1% das amostras “Excelentes”. As análises foram estatisticamente significativas ( $p < 0,0001$ ) e, portanto, de grande importância clínica, uma vez que se trata de um método rápido, barato e fácil que fornece informação imediata ao operador. A avaliação macroscó-

pica imediata pode influenciar a realização de punções adicionais e potencialmente reduzir as taxas não-diagnosticadas.

**Palavras chave:** EBUS-TBNA. Avaliação macroscópica quantitativa in situ. Rose.

#### PC 087. OUTCOMES DE DOENTES INTERNADOS POR TEP EM CUIDADOS INTENSIVOS: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 10 ANOS

I. Rodrigues, C. Carvalho, B. Conde, N. Barros, F. Esteves

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

**Introdução:** O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma condição potencialmente grave, e que se associa a taxas de morbilidade e mortalidade importantes. Os doentes classificados como “risco intermédio” ou “alto risco” geralmente requerem admissão em unidades de cuidados intensivos (UCI).

**Objetivos:** Descrever os internamentos por TEP numa UCI; identificar fatores associados a piores outcomes.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes com diagnóstico de TEP, classificados como “risco intermédio” ou “alto risco”, entre 2010-2019.

**Resultados:** Foram incluídos 101 doentes, sendo 33,7% do sexo masculino, com uma idade média de  $61,1 \pm 1,81$  anos. Mais de metade (58,6%) apresentava fatores de risco moderados ou fortes para TEP; os mais comuns foram a insuficiência cardíaca congestiva/fibrilhação auricular ( $n = 15$ ), fratura/cirurgia ortopédica ( $n = 10$ ) e neoplasia ( $n = 10$ ). Quarenta doentes (39,6%) eram obesos, e um quarto tinham antecedentes de diabetes e doença pulmonar crónica. À admissão, 81,5% dos doentes apresentavam hipoxémia e 22,8% progrediram para ventilação mecânica (VM). A terapêutica com vasopressores foi necessária em 25,7%. Quase metade dos doentes (45,5%) foram classificados como “alto risco”; desses, 67,4% foram submetidos a trombólise intravenosa. As pontuações médias do APACHE II e SAPS II foram de 12 e 30, respetivamente. A taxa de mortalidade foi de 11,9% (21,7% em doentes de “alto risco”). A mediana de permanência na UCI foi de 2 dias (1,5 dias para os não-sobreviventes), e a de internamento hospitalar foi de 13 dias (4 dias para não-sobreviventes). A necessidade de VM invasiva ( $p < 0,001$ ), utilização de vasopressores ( $p < 0,001$ ), valores mais elevados de lactatos ( $p = 0,009$ ), pontuações mais elevadas de APACHE II e SAPS II ( $p < 0,001$  e  $p = 0,001$ ) e menor duração de internamento na UCI ( $p = 0,005$ ) e hospitalar ( $p = 0,001$ ) associaram-se a uma maior mortalidade.

**Conclusões:** A instabilidade hemodinâmica, hipoxémia refratária e valores elevados de lactato à admissão parecem ser preditores de piores outcomes. A mortalidade foi mais elevada nos primeiros dias após o internamento na UCI.

**Palavras chave:** TEP. UCI.

#### PC 088. TRAUMA TORÁCICO EM CUIDADOS INTENSIVOS: CORRELAÇÃO DA PROTEÍNA C-REACTIVA COM A GRAVIDADE DO TRAUMA

C. Lopes Figueiredo, J. Santos-Lima, A. Santos, L. Bento

*Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta.*

**Introdução:** O trauma torácico é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. O trauma torácico é comum nos doentes politraumatizados e tem um impacto marcado na evolução clínica dos doentes em unidades de cuidados intensivos.

**Objetivos:** Correlacionar a gravidade/características do trauma torácico com o perfil inflamatório e com os outcomes em cuidados intensivos.

**Métodos:** Realizámos um estudo observacional retrospectivo dos adultos admitidos na nossa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)

com trauma torácico entre 2016 e 2019. Para efetuar a análise estatística foi utilizado o programa SPSS® 25. Os critérios de exclusão foram os períodos entre trauma e a admissão na UCI superior a 72 horas e entre trauma e morte inferior a 72 horas. Efetuamos a correlação entre diferentes características/gravidade do trauma torácico com os outcomes em UCI e com o valor mais elevado de proteína C-reativa (PCR) dos primeiros 4 dias em UCI (marcador stress inflamatório).

**Resultados:** Foram incluídos trinta e oito doentes com uma média de idade de 50 anos (SD ± 20), a maioria (82%) do sexo masculino e a maioria (92%) com trauma fechado. As causas de trauma foram: acidente de viação (53%), queda (32%) e outras (15%). Quanto à gravidade foram utilizadas as seguintes escalas: a thorax Abbreviated Injury Scale (t-AIS) com uma mediana de 3 (1-5) e o Emergency Trauma Score com mediana de 2 (0-9). Ocorreu choque hemorrágico em 8 doentes. Vinte (53%) doentes foram submetidos a ventilação mecânica invasiva. A mortalidade nesta população durante o internamento na UCI foi de 5,3%. Quanto às características do trauma torácico: em 39% ocorreu contusão, 37% atelectasia e 18% vollet costal. A presença de vollet costal esteve associada a mais dias de ventilação invasiva (VMI) (mediana de 17 (IQ95 9-24) vs 5 (IQ95 2-13) dias, U 11, p 0,009) e mais dias de internamento em UCI (mediana de 13 (IQ95 9-24) vs. 6 (IQ95 5-12) dias, U 66,5, p 0,01). A presença de atelectasia esteve associada a mais dias de VMI (mediana de 12 (IQ95 7-22) vs 5 (IQ95 2-10) dias, U 22, p 0,009). A média da PCR (do valor mais elevado dos primeiros 4 dias) foi de 189 mg/L (SD ± 102). Ocorreu isolamento microbiológico em 24% dos doentes com uma média superior de PCR de 286 mg/L (DE ± 114) comparativamente aos que não tiveram isolamento microbiológico de 158 mg/L (DE ± 76) (t (36) = -3,88, p < 0,001). A PCR correlaciona-se directamente com a gravidade do trauma torácico (avaliado através da escala t-AIS, r (36) = 0,40, p 0,012) e com o rácio pO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (r (36) = -0,60, p < 0,001), independentemente da presença de infeção documentada.

**Conclusões:** Pretendemos com esta análise reforçar o impacto que o trauma torácico tem nos outcomes em unidade de cuidados intensivos dependendo da gravidade e características do trauma que podem ser quantificadas segundo escalas acreditadas. Identificamos também a correlação entre o valor de proteína C-reativa e a gravidade do trauma torácico, independentemente da presença de infeção.

**Palavras chave:** Trauma torácico. Proteína C-reativa. Cuidados intensivos.

### PC 089. CIRURGIA DE RESSEÇÃO PULMONAR MAJOR EM DOENTES COM FUNÇÃO PULMONAR COMPROMETIDA

R. Pereira, J. Branco, F.N. Rocha, C. Figueiredo, A.R. Costa, J. Silva, J. Eurico Reis, J. Maciel, P. Calvino

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

**Introdução:** A estratificação de risco de cirurgia pulmonar baseia-se, fundamentalmente, nos resultados das provas de função respiratória. Em doentes considerados de risco, geralmente é negada a cirurgia major, optando-se por terapêuticas potencialmente menos curativas.

**Objetivos:** Avaliar os resultados pós-operatórios da cirurgia pulmonar major em doentes considerados de alto risco.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de todos os doentes submetidos a lobectomia, bilobectomia e pneumectomia num período de três anos consecutivos, num centro de referência de Cirurgia Torácica, tendo sido divididos em dois grupos: grupo A composto por doentes com função pulmonar pré-operatória normal e grupo B composto por doentes com função pulmonar comprometida, definida como volume expiratório forçado no primeiro segundo (FEV1) e/ou capacidade de difusão pulmonar para o monóxido de carbono (DLCO) ≤ 60%.

**Resultados:** Foram incluídos 234 doentes, 181 (77,4%) no grupo A e 53 (22,6%) no grupo B. No grupo B os doentes eram mais novos, mais fumadores, tinham mais frequentemente associada doença pulmo-

nar obstrutiva crónica (DPOC), apresentavam estadios clínicos mais avançados quando o diagnóstico que motivou a cirurgia era a neoplasia primária do pulmão e foram mais frequentemente submetidos a toracotomia. No pós-operatório, os doentes do grupo B apresentaram maior tempo de internamento, maior tempo de drenagem torácica, maior necessidade de oxigenoterapia no domicílio, no entanto, não houve aumento estatisticamente significativo da morbidade nem da mortalidade.

**Conclusões:** A cirurgia torácica major pode ser realizada em segurança, em doentes selecionados, com função pulmonar comprometida, não devendo ser negada a cirurgia potencialmente curativa com base apenas nos testes de função respiratória.

**Palavras chave:** Função respiratória. Função pulmonar comprometida. Risco cirúrgico. Cirurgia torácica. Lobectomia. Bilobectomia. Pneumectomia.

### PC 090. DEZ ANOS DE EXPERIÊNCIA EM DOENTES COM ASPERGILOSE SUBMETIDOS A CIRURGIA TORÁCICA

D. Barros Coelho, R. Costa, A. Amorim, P. Fernandes

Centro Hospitalar Universitário de São João.

**Introdução:** A aspergilose pulmonar engloba um conjunto de doenças heterogêneas provocadas pelo fungo *Aspergillus*: aspergilose pulmonar crónica é caracterizada por lesões nodulares ou cavitárias com 3 meses de duração em doente sem imunossupressão, com comprovada infeção por *Aspergillus*; aspergilomas são lesões solitárias, com sintomas minor e sem progressão radiológica em 3 meses. A decisão de realizar um tratamento cirúrgico é sempre avaliada individualmente devido à elevada prevalência de comorbilidades nestes doentes, sendo necessário avaliar não só a indicação, mas também as condições para o procedimento cirúrgico proposto.

**Métodos e objetivos:** Foi realizada uma análise retrospectiva de doentes com diagnóstico histológico de aspergilose submetidos a cirurgia torácica entre agosto de 2010 e agosto de 2020 no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ). O objetivo, para além da caracterização destes doentes, foi dar a conhecer os resultados cirúrgicos precoces e após um ano de cirurgia.

**Resultados:** No período de 10 anos estabelecido, 25 doentes efetuaram cirurgia devido a aspergilose crónica - 12 doentes (48,0%) com o diagnóstico de aspergiloma, 8 (32,0%) com aspergilose pulmonar crónica, 3 (12,0%) com aspergilose sub-aguda invasiva e 2 (8,0%) com aspergilose pulmonar cavitária crónica. Dezassete (68,0%) eram do sexo masculino, com uma idade média de 48 ± 12,2 anos. Os principais sintomas de apresentação foram hemoptises ou expetoração hemoptoica em 12 doentes (48,0%), síndrome constitucional (n = 4, 16,0%), sendo que 5 doentes não tinham sintomas acompanhantes (20,0%). A principal causa para referência para cirurgia foi o desenvolvimento de hemoptises (n = 12, 48,0%). Um total de 12 doentes (48,0%) tinha antecedentes de tuberculose, 10 (40,0%) tinham bronquiectasias e 7 doentes tinham imunossupressão (3 com doença hematológica, 2 com diabetes mellitus, 1 com imunossupressão farmacológica e 1 com VIH). O tempo mediano desde o diagnóstico até à intervenção cirúrgica foi de 9 meses (0-83). A maioria dos doentes realizou toracotomia (n = 23; 92,0%) e os restantes realizaram cirurgia torácica assistida por vídeo - 20 lobectomias, 5 ressecções atípicas, sendo que 1 doente teve necessidade de efetuar à posteriori pneumectomia esquerda. Dos doentes que fizeram lobectomia ou ressecção atípica, 12 fizeram cirurgia do lobo superior esquerdo, 6 do LSD e 6 do LIE. A maioria dos doentes não apresentou nenhuma complicação cirúrgica (n = 13, 52,0%), sendo que dos restantes se destaca fuga aérea prolongada (n = 5) e infeção nosocomial (n = 3). O tempo mediano de internamento foi de 8 dias (4-98). Dois doentes morreram, 1 no pós-operatório imediato e outro ao fim de 47 dias de internamento. Dos doentes previamente sob antifúngico, o tempo mediano de tratamento após cirurgia foi de 1 mês (1-24). Dos doentes com avaliações seriadas de imuno-

globulinas (n = 8), apenas 1 não teve diminuição IgG de *Aspergillus*. Não houve recidivas de aspergilose no primeiro ano após cirurgia nos doentes que mantiveram seguimento.

**Conclusões:** A cirurgia deve ser considerada no tratamento dos doentes com aspergilose crônica, sendo que apresenta um perfil de morbidade e mortalidade aceitáveis. Não houve recidiva precoce da infecção nesta amostra.

**Palavras chave:** *Aspergillus*. Cirurgia torácica. Hemoptises.

### PC 091. TUMOR DE IGG4 COM RECIDIVA DE DERRAME PLEURAL NO PÓS-OPERATÓRIO

R. Costa, J. Maciel, P. Fernandes, P. Pinho

*Serviço de Cirurgia CardioTorácica, Centro Hospitalar Universitário de São João.*

**Introdução:** A doença associada a IgG4 (DA-IgG4) é uma doença fibroinflamatória imunomediada cujo atingimento isolado do pulmão é raro. É caracterizada pela invasão de células IgG4 positivas nos diferentes órgãos e apesar de estar associada a um aumento de IgG4 sérico, o diagnóstico definitivo é histológico sendo recomendado uma biopsia excisional da lesão. Imagiologicamente pode ter diversas apresentações e a nível pulmonar simula mais frequentemente doença pulmonar intersticial ou neoplasia. Os casos cuja forma de apresentação é um nódulo pulmonar sólido ou em vidro despolido constituem um desafio diagnóstico, nomeadamente no diagnóstico diferencial com o cancro do pulmão. Outra questão fundamental da DA-IgG4 é esta poder aumentar o risco de malignidade e o crescente reconhecimento da coexistência dos dois diagnósticos (cancro do pulmão e DA-IgG4).

**Caso clínico:** Apresenta-se um caso de um paciente do sexo masculino com 76 anos, ex-fumador, que por queixas de tosse e expetoração hemoptoica, realizou tomografia axial computadorizada (TAC) torácica que revelou uma massa pulmonar justa-hilar esquerda irregular com 47 × 23 mm. A broncofibroscopia comprovou a compressão extrínseca à esquerda (segmento apical do BLIE). A biopsia trans-torácica revelou achados sugestivos de DA-IgG4 iniciou tratamento com corticoide com controlo imagiológico por TAC após 6 meses com aumento da lesão (50 × 22 mm). A tomografia por emissão de positrões demonstrou captação ávida na massa com SUVmax tardio 4,6. Dada a falha no tratamento com corticoterapia, o doente foi discutido em reunião multidisciplinar, optando-se pela ressecção da massa. O doente foi submetido a lobectomia inferior esquerda com esvaziamento ganglionar. Neste caso uma biopsia excisional através de uma ressecção atípica foi excluída por impossibilidade técnica dada a localização central da massa e o contato próximo com a carina secundária. Teve alta no 2º dia pós-operatório sem complicações imediatas. A análise pela anatomia patológica da peça cirúrgica foi concordante com o diagnóstico de DA-IgG4, não se observando sinais de malignidade. Por agravamento das queixas de dispneia e tumefação da parede torácica no local de incisão cirúrgica, realizou TAC torácico 2 meses após cirurgia que evidenciou derrame de grande volume à esquerda. O derrame pleural é uma manifestação da DA-IgG4 e tem sido incluído como uma etiologia possível nos derrames até agora considerados idiopáticos. No caso apresentado o derrame poderia representar uma recidiva da DA-IgG4 ou tratava-se de um derrame inflamatório na sequência de uma intervenção recente. O doente foi reintervenção tendo sido realizado drenagem do derrame pleural com biopsia pleural (cujo resultado não foi conclusivo) e pleurodese. Reavaliado um mês após alta, mantinha-se assintomático e sem recidiva de derrame pleural. Apesar da DA-IgG4 ser uma entidade reconhecida, ainda existem bastantes dúvidas nomeadamente desta ser um fator de risco para o surgimento de neoplasias.

**Discussão:** Qual o melhor tratamento, as indicações cirúrgicas e qual o procedimento mais adequado são perguntas ainda sem resposta. Uma das questões mais importantes para os grupos de trabalho envolvidos no tratamento do cancro do pulmão é o diagnóstico

diferencial entre as duas patologias sendo que só através da biopsia excisional se faz um diagnóstico definitivo da DA-IgG4.

**Palavras chave:** Doença de IgG4. Cancro do pulmão. Cirurgia torácica.

### PC 092. NÓDULO PULMONAR “DE NOVO”: QUANDO A PERCENTAGEM É APENAS 1%

R. Costa, J. Maciel, P. Fernandes, P. Pinho

*Serviço de Cirurgia CardioTorácica, Centro Hospitalar Universitário de São João.*

**Caso clínico:** Apresenta-se um caso de um paciente do sexo masculino, 56 anos, não fumador, assintomático, com lesão nodular no lobo inferior esquerdo (LIE) com 11 mm de diâmetro máximo, “de novo” na tomografia axial computadorizada (TAC) torácica realizada em julho de 2019. De antecedentes médicos de relevo há a realçar o diagnóstico de um adenocarcinoma retal em 2015, tendo realizado quimioterapia e radioterapia que terminou em janeiro de 2016, ficando em programa de vigilância. Realizou duas biopsias aspirativa do nódulo pulmonar, com material insuficiente para diagnóstico. A tomografia por emissão de positrões (PET) apresentou unicamente captação ávida de FDG no nódulo pulmonar já conhecido. O restante estudo não tinha alterações. O doente foi submetido a uma ressecção pulmonar atípica do nódulo do LIE com esvaziamento ganglionar por cirurgia torácica assistida por vídeo, sem complicações perioperatórias. A análise pela anatomia patológica da peça cirúrgica revelou como diagnóstico um linfoma B difuso de células grandes (LDGCB), não se identificando outras lesões como carcinoma (primário ou metastático). O doente completou seis ciclos de quimioterapia (R-CHOP: rituximab; ciclofosfamida; doxorubicina; vincristina e prednisona), não havendo evidência de recidiva após 6 meses da cirurgia.

**Discussão:** O diagnóstico de linfoma primário do pulmão (LPP) é extremamente raro e corresponde entre 0,5-1% das lesões malignas primárias pulmonares e a 3-4% dos linfomas não-Hodgkin (LNH) extraganglionar. Este diagnóstico refere-se a um grupo heterogêneo de linfomas, no qual se inclui LDGCB que corresponde apenas a 10% dos LPP diagnosticados. O diagnóstico para além de imunocitoquímico e anatomopatológico (evidência de proliferação linfóide monoclonal) exige a exclusão de doença extratorácica na altura de diagnóstico e após 3 meses. A imunossupressão tem sido apontada como fator de risco para LDGCB. O diagnóstico diferencial é dificultado pela sua raridade e ausência de sintomas específicos. A apresentação imagiológica é igualmente sendo por isso erradamente diagnosticada como abcesso pulmonar, cancro do pulmão, metástase pulmonares entre outros. A biopsia aspirativa guiada por TAC é frequentemente inconclusiva sendo necessário uma biopsia excisional da lesão para o diagnóstico definitivo. O melhor tratamento para doentes com LDGCB (cirurgia vs quimioterapia vs cirurgia e quimioterapia adjuvante) continua por definir. Até ao estadio IIE pelo estadiamento baseado em Ann Arbor/Costwolds e sendo possível ressecção completa os doentes podem ser considerados candidatos cirúrgicos. R-CHOP é considerado primeira linha de tratamento em doentes com LDGCB, e Zhang et al reportam taxas de resposta completa elevadas com LDGCB primários do pulmão. Em termos de prognóstico o LDGCB está descrito como agressivo quando comparado com os restantes LPP e com uma taxa de recidiva local elevada. O LDGCB é uma doença reconhecida, mas ainda com muitas questões por responder, nomeadamente as indicações para cirúrgica, qual o melhor tratamento e qual deverá ser o protocolo de seguimento, daí a importância dos relatos destes casos. Todas as lesões que possam mimetizar um cancro do pulmão primário devem ser submetidas a uma investigação de diagnóstico diferencial e estadiamento de forma a não protelar tratamentos, nomeadamente tratamentos cirúrgicos.

**Palavras chave:** Linfoma B difuso de células grandes. Cancro do pulmão. Cirurgia torácica.

### PC 093. HAMARTOMA PULMONAR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M.I. Luz, A. Fabiano, F. Rodrigues, L. Carreto

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

**Introdução:** Os hamartomas pulmonares, embora sejam raros, são as lesões tumorais benignas mais frequentes do pulmão. São mais comuns no sexo masculino, com um pico de incidência aos 50 anos. A maioria dos hamartomas são lesões periféricas e assintomáticos, descobertos acidentalmente na radiografia torácica. Os hamartomas centrais podem causar obstrução da brônquia levando a atelectasia, pneumonia obstrutiva, tosse, expectoração e/ou dor torácica. A cirurgia está indicada nas lesões centrais, de grandes dimensões ou de crescimento rápido, bem como nos doentes sintomáticos.



**Caso clínico:** Apresentamos o caso de uma mulher de 59 anos, não fumadora, com antecedentes pessoais de esquizofrenia e sem outras patologias conhecidas. Internada por quadro com 5 dias de evolução de febre, tosse com expectoração por vezes hemoptóica e dispnéia para médios esforços. Na radiografia do tórax apresentava imagem nodular de limites bem definidos no lobo superior do pulmão esquerdo. Realizou TC torácica que revelou volumosa massa heterogênea/expansiva de limites bem definidos com 6,5 cm de diâmetro com algumas calcificações milimétricas dispersas. Adenopatia clavicular esquerda (13 × 9 mm). Realizou-se broncofibroscopia que mostrou lesão que obstruía o orifício de abertura do lobo superior esquerdo, cujas biópsias evidenciaram neoplasia de etiologia mesenquimatosa. A caracterização adicional por PET demonstrou avidéz ténue para FDG da massa do LSE (SUV máx. 3). O estudo funcional respiratório revelou síndrome ventilatório do tipo obstrutivo ligeiro (FEV1/FVC:

64,3% FVC 91%, FEV1 74%). A doente foi referenciada para cirurgia torácica. Foi submetida a lobectomia superior esquerda e linfadenectomia mediastínica. A histologia da peça operatória revelou hamartoma condromixóide. Após 6 meses de seguimento a doente apresentou-se clinicamente bem e sem recidiva da lesão.

**Discussão:** Os hamartomas são a neoplasia benigna mais frequente do pulmão, tipicamente encontrados no parênquima pulmonar sob a forma de nódulo solitário do pulmão. Este caso é particularmente interessante pelas dimensões do hamartoma e pelos sintomas associados.

**Palavras chave:** Hamartoma. Neoplasia benigna. Cirurgia.

### PC 094. TRATAMENTO DO EMPIEMA: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UMA SÉRIE CIRÚRGICA

G. Santos, M. Barata, C. Rodrigues, F. Félix

Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta.

**Introdução:** A abordagem cirúrgica do empiema tem como objetivo a drenagem do empiema loculado e permitir uma boa re-expansão pulmonar quando a abordagem conservativa não é suficiente. O empiema em fase II, III e os abscessos pulmonares, numa pequena percentagem dos doentes, não respondem a uma terapêutica conservadora não devendo, nesses casos, o tratamento cirúrgico ser atrasado.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes internados com empiema e/ou abscesso pulmonar, num período de 30 meses, entre 2018 e 2020, no Serviço de Cirurgia Torácica. Tivemos como objetivo o estudo das características clínicas, microbiológicas e tratamento dos doentes com empiema internados num Serviço de Cirurgia Torácica.

**Resultados:** Foram selecionados 73 doentes, 84% do sexo masculino (n = 61), com idade média 55 anos (mínimo 16; máximo 91). A média de internamento foi 12,8 dias. As co-morbilidades mais frequentes foram: hipertensão arterial (33%), diabetes mellitus (19%), dislipidemia (12%), patologia cerebrovascular (12%) e patologia respiratória (11%). Apenas 3 doentes apresentavam abscesso pulmonar concomitantemente com empiema. Cerca de 14% (n = 10) apresentavam derrame pleural com loca única, sendo os restantes loculados. Foram obtidos isolamentos microbiológicos em 48% (n = 35) dos doentes em hemoculturas, líquido pleural (LP) e/ou expectoração. Os principais agentes isolados nas hemoculturas foram: *Streptococcus pneumoniae* (n = 5); e no LP foram: *Staphylococcus aureus* multiresistente (n = 3), *Streptococcus intermedium* (n = 3), *Staphylococcus aureus* multiresistente (n = 3) e *Mycobacterium tuberculosis* (n = 3). Houve apenas um isolamento fúngico no LP - *Candida glabrata* - e ainda um isolamento serológico de *Chlamydia*. Os agentes anaeróbios isolados foram: *Fusobacterium nucleatum*, *Fingoldia magna*, *Parvimonas micra*, *Actinomyces odontolyticus* e *Atopobium parvulum*. As culturas do LP foram positivas em 69% dos empiemas. Os doentes com abscessos não obtiveram quaisquer isolamentos. O tratamento cirúrgico foi realizado em 96% dos doentes (n = 73) tendo sido a maioria submetido a cirurgia via videotoracoscopia (VATS) (66%, n = 48). Apenas em 29% (n = 21) houve necessidade de realizar toracotomia. Foram realizados 41 desbridamentos pleurais, 22 descorticações, 5 ressecções pulmonares (2 em conjunto com descorticação e 3 com desbridamento) e 10 pleurectomias. 3 doentes mantiveram um tratamento conservador, apenas com drenagem torácica e antibioterapia. Todos os doentes iniciaram antibioterapia empírica anteriormente ao procedimento cirúrgico com posterior adaptação para terapêutica dirigida de acordo com os testes de sensibilidade. Nenhum doente faleceu durante a cirurgia ou internamento.

**Conclusões:** A realização de cirurgia via videotoracoscopia permite a drenagem pleural com recolha de melhores amostras culturais comparativamente à toracocentese; e a realização de técnicas cirúrgicas que permitem a re-expansão pulmonar, sem necessidade

de uma cirurgia aberta, características estas observadas na nossa casuística. A taxa de sucesso da VATS é elevada, com baixa taxa de complicações. A conversão de VATS para toracotomia aberta é simples. Apesar do isolamento de agentes etiológicos nem sempre ser possível, verificamos que cerca de 50% dos nossos doentes obtiveram culturas positivas. A duração do ciclo de antibioterapia prévio à cirurgia poderá influenciar também o prognóstico final.

**Palavras chave:** Empiema. Antibioterapia. Toracotomia e VATS.

### PC 095. PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE - RELAÇÃO ENTRE ISOLAMENTO MICROBIOLÓGICO, ESCALADA DE ANTIBIOTERAPIA E MORTALIDADE

M. Sá Marques, A. Fonseca, E. Silva, T. Shiang, M. Vanzeller, C. Ribeiro

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma importante causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo. O *Streptococcus pneumoniae* mantém-se como o principal responsável identificado, mas o diagnóstico etiológico não é alcançado em 30-65% dos casos. A mortalidade intra-hospitalar é cerca 20,4%, em Portugal.

**Objetivos:** Avaliação do impacto do isolamento de microorganismo na escalada de antibioterapia e na mortalidade.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes internados com o diagnóstico de PAC no Serviço de Pneumologia de um hospital terciário de 1 de Janeiro de 2018 a 31 de Dezembro de 2018.

**Resultados:** Foram analisados 193 doentes. O sexo masculino foi predominante, correspondendo a 66,8%. A idade média dos doentes foi de 65,8 anos ( $\pm 16,1$  anos), sendo a idade mínima de 27 anos e a máxima de 93 anos. Os doentes internados eram maioritariamente autónomos (79,8%). O CURB-65 à admissão foi de risco baixo-intermédio (0-2) em 79,1% e de risco alto (3-5) em 20,9%. Cerca de 26,9% (n = 52) dos doentes tiveram isolamento microbiológico. O principal microorganismo isolado foi o *Streptococcus pneumoniae* em 66%, seguido do *Haemophilus Influenza* em 13,2% e do vírus Influenza em 11,2%. Os antígenos urinários foram a fonte mais frequente do isolamento, em 51,9% dos doentes, sendo o isolamento adquirido à admissão dos doentes. Nos restantes casos o isolamento microbiológico foi alcançado com mediana de 6 dias após a admissão, sendo o número de dias mínimo 2 e o máximo de 24. A mediana da duração de antibioterapia foi de 7 dias com duração mínima de 5 dias e máxima de 35 dias. A mortalidade intra-hospitalar foi de 10,8%. A média de idades dos doentes com mortalidade intra-hospitalar foi estatisticamente superior à dos doentes que tiveram alta ( $64 \pm 15,9$  vs  $78 \pm 12,0$ ;  $p < 0,01$ ). Para além disso, cerca de 33,3% dos doentes que faleceram tinham a suspeita ou o diagnóstico de neoplasia pulmonar metastizada, 19% tinha doença pulmonar obstrutiva crónica grave e 14,3% tinha agravamento da doença intersticial de base.

**Conclusões:** O isolamento de microorganismo não teve repercussão estatisticamente significativa para a escalada de antibioterapia nem para a taxa de mortalidade intra-hospitalar. O isolamento tardio de microorganismo poderá ter condicionado a escalada de antibioterapia.

**Palavras chave:** PAC. Isolamento. Mortalidade.

### PC 096. INFEÇÃO RESPIRATÓRIA A PSEUDOMONAS AERUGINOSA COMPLICADA DE BACTERIÉMIA: ANÁLISE DE FACTORES COM IMPACTO NO PROGNÓSTICO

C.S. Figueira de Sousa, L. Marote Correia

Serviço de Pneumologia, Hospital Central do Funchal.

**Introdução:** A *Pseudomonas aeruginosa* é um microorganismo capaz de provocar infeção respiratória grave sobretudo em meio hospitalar e naqueles doentes com debilitação dos mecanismos de defesa. Esta bactéria tem mecanismos lesivos capazes de debelar as defesas inatas e adaptativas do sistema imunitário. Na história natural desta infeção, a identificação do agente na corrente sanguínea (bacteriémia) representa um passo no sentido de um pior desfecho.

**Objetivos:** Caracterizar as infeções respiratórias devida a *Pseudomonas aeruginosa* complicada de bacteriémia e identificar factores implicados num pior prognóstico.

**Métodos:** Elaborou-se um estudo retrospectivo descritivo com componente analítica. Identificamos todas as admissões hospitalares de infeção respiratória que apresentasse bacteriémia a este agente em adultos ao longo de 2 anos. Foram extraídos dados relativos à demografia dos casos identificados e as características do foco respiratório primário. Foi explorada a presença de factores que pudessem contribuir para a aquisição da infeção, nomeadamente o estado de imunossupressão iatrogénica ou patologias debilitadoras do sistema imunitário. Apurou-se os padrões de resistência antimicrobiana do agente isolado. Os critérios para resistência microbiana seguiam as orientações da European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Assumiu-se como desfecho principal a ocorrência de óbito intra-hospitalar por qualquer causa. Elaborou-se um modelo de regressão logística para factores associados a este desfecho. Assumimos como significado estatístico um valor  $p < 0,050$ . Utilizámos a aplicação informática da instituição para o acesso aos processos clínicos e o processamento estatístico foi realizado com recurso a IBM SPSS versão 19.0.

**Resultados:** Obtivemos uma amostra de 33 casos. A maioria (22 casos, 66,7%) pertencia ao sexo masculino. A média das idades foi de 75,4 anos (desvio-padrão 10,6). O foco primário deveu-se a: pneumonia (28 casos; 84,8%), traqueobronquite aguda (4 casos; 12,1%) e abscesso pulmonar (1 caso; 3,0%). Todos apresentavam critérios para infeção nosocomial. Entre os factores predisponentes, a salientar: quimioterapia ativa (7 casos, 21,2%), diabetes mellitus (6 casos; 18,2%), etilismo (5 casos; 15,2%). Verificou-se resistência antimicrobiana “in vitro” em 10 casos (41,7%), nomeadamente à Piperacilina-tazobactam (9 casos; 27,3%), Cefotaxima (5 casos; 15,2%), Ciprofloxacina (3 casos; 9,1%), Meropenem (2 casos; 6,1%). A mortalidade atingiu os 60,6% (20 casos). Comparando os doentes cujo desfecho foi o óbito com os restantes, verificou-se uma maior proporção de homens (80,0% versus 46,2%  $p = 0,044$ ). O final de modelo de regressão logística identificou sexo masculino com factor associado a ocorrência de óbito intra-hospitalar (odds ratio 7,8  $p = 0,034$ ).

**Conclusões:** As infeções respiratórias a *Pseudomonas aeruginosa* com presença de bacteriémia apresentam elevada taxa de mortalidade intra-hospitalar. O sexo masculino parece representar um factor de pior prognóstico.

**Palavras chave:** *Pseudomonas*. Infeções respiratórias. Bacteriémia.

	Com isolamento microbiológico	Sem isolamento microbiológico	p-value
	n=52 (26,9%)	n=141 (73,1%)	
Internamento no ano prévio (%)	14 (26,9)	37 (26,2)	0,924
Escalada antibioterapia (%)	10 (19,2)	19 (13,5)	0,321
Mortalidade intra-hospitalar(%)	4 (7,7)	17 (12,1)	0,388

Figura PC 095

### PC 097. DOIS VIZINHOS COM ASPERGILOSE PULMONAR CRÔNICA: UM CASO DE SAÚDE PÚBLICA?

J.R. Seabra Patrício, A. Alfaiate, D. Noivo, L.S. Fernandes, V. Durão, P. Duarte

*Hospital de São Bernardo EPE, Centro Hospitalar de Setúbal.*

**Introdução:** *Aspergillus spp.* é um bolor ubíquo presente no ambiente sendo responsável por cerca de 60% das infeções fúngicas em imunodeprimidos. O espectro de apresentação clínica é inespecífico e variável, e as manifestações pulmonares podem assumir formas diversas, dependendo de alterações estruturais pulmonares e do grau de imunossupressão do hospedeiro. A aspergilose pulmonar crónica (APC) refere-se à forma que ocorre mais frequentemente em doentes com lesões estruturais prévias. Submetem-se dois casos clínicos de APC numa altura em que se verificou um aumento da incidência ou suspeita destes casos no serviço.

**Casos clínicos:** Caso 1: mulher, 62 anos, ex-fumadora, com status pós-lobectomia superior direita por sequelas de tuberculose pulmonar cavitada e diabetes mellitus tipo 2. Apresentava infeções respiratórias de repetição, complicadas de hemoptises, pelo que foi referenciada a Consulta de Pneumologia. A tomografia computadorizada (TC) do tórax evidenciava bronquiectasias cilíndricas, com preenchimento mucoso, e micronódulos centrilobulares, com maior expressão no lobo inferior direito. Realizou broncofibroscopia (BF) com lavado brônquico dirigido (LBD) com isolamento de *Aspergillus terreus* (predomínio), *Aspergillus fumigatus* (AF) e *Aspergillus fusarium sp.* e pesquisa de Ag. Galactomannan no LBD positiva com índice 2,1. Apresentava IgG AF elevada, IgE AF negativa e IgE total normal. Os exames micobacteriológico, bacteriológico e citológico do LBD e a serologia para vírus da imunodeficiência humana (VIH) foram negativos. Concluiu-se aspergilose pulmonar crónica com indicação para iniciar tratamento com voriconazol, perante o qual se verificou melhoria clínica. Caso 2: homem, 61 anos, ex-fumador, com sequelas de tuberculose pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença de Parkinson. Internado por quadro consumptivo, tosse produtiva com agravamento recente e hemoptises em grande quantidade. A TC do tórax revelou cavitação no lobo superior direito com densificação associada, opacidades subpleurais nos lobos inferior direito e superior esquerdo e condensação peribroncovascular a nível do lobo médio. Realizou BF que revelou sinais inflamatórios generalizados e secreções mucopurulentas. Apresentava IgG AF e IgE total elevadas. Os exames micobacteriológico, bacteriológico e citológico do LBD e a serologia do VIH foram negativos. Por apresentação de critérios clínicos e radiológicos suspeitos de APC cavitária e isolamento de fungo filamentosos nas amostras respiratórias iniciou terapêutica com voriconazol (isolamento posterior de *Aspergillus niger* em LBD), verificando-se melhoria clínica. Foi proposto para Cirurgia Torácica.

**Discussão:** A APC é uma doença incomum cuja apresentação mais frequente é a aspergilose pulmonar cavitária crónica, sendo menos frequentes o aspergiloma e o nódulo de *Aspergillus*. O diagnóstico requer doença com evolução superior a 3 meses, com pelo menos uma cavitação (com/sem aspergiloma) ou nódulos torácicos, evidência direta de infeção ou resposta imunológica a *Aspergillus* e exclusão de diagnósticos alternativos. Salienta-se a importância do diagnóstico precoce de APC visto que a ausência de tratamento representa uma mortalidade elevada a 5 anos (75-80%). Durante o internamento simultâneo destes doentes tomou-se conhecimento de que os mesmos habitavam no mesmo prédio pelo que o plano incluiu a referenciação à Saúde Pública para investigação das condições sanitárias do mesmo no sentido de identificar e controlar um potencial foco prejudicial de crescimento fúngico no ambiente domiciliário destes doentes.

**Palavras chave:** *Aspergillus. Aspergilose pulmonar crónica. Saúde pública.*

### PC 098. MAIS DO QUE UM BRONQUIOLITO, UM RESIDENTE INESPERADO

M. Araújo, B. Cabrita, S. Dias, A.L. Moreira, B. Seabra

*Hospital Pedro Hispano (Prof. Dr. Jorge Ferreira).*

**Caso clínico:** Mulher, 60 anos, autónoma e cognitivamente íntegra. Esteticista e ex fumadora desde 2004 (carga tabágica de 3 UMA). Cardiopatia medicada com bisoprolol, sem outros antecedentes patológicos de relevo. Encaminhada para a consulta externa de pneumologia por dispneia com três anos de evolução, pieira e tosse. Doente previamente acompanhada em consulta de cirurgia geral por eventração diafragmática com queixas de refluxo gastroesofágico e dispneia interpretadas neste contexto. Foi submetida a correção cirúrgica em Maio de 2017. Face à persistência das queixas de dispneia, tosse não produtiva e pieira nocturna foi excluída em consulta de Medicina Interna patologia cardíaca e realizada tomografia computadorizada (TC) do tórax em 2018 onde se observavam aspectos sugestivos de bronquiólitos no segmento apical do lobo inferior esquerdo. Neste contexto, foi referenciada à consulta de Pneumologia para avaliação. Revisto estudo imagiológico nesta consulta, constatado que as alterações radiológicas descritas estavam já presentes e sobreponíveis em TC de 2015. As provas de função respiratórias demonstraram um defeito moderado da difusão alvéolo-capilar do monóxido de carbono, sem outras alterações. Voltou a repetir TC confirmando-se a estabilidade das lesões. Optou-se pela realização de videobroncofibroscopia tendo-se identificado ao nível do segmento apical do lobo inferior esquerdo, no subsegmento B6b, uma lesão vegetante esbranquiçada causando obstrução completa deste subsegmento. A biópsia da lesão revelou a presença de necrose, calcificação distrófica e presença de estruturas leveduriformes, ramificadas e septadas com morfologia compatível com *Aspergillus* (Grocott+) - achados compatíveis com aspergiloma. A IgE sérica e IgG e IgE específicas para *Aspergillus* foram negativas. Realizada broncoscopia rígida com desobstrução e aparente exérese completa da lesão. Posteriormente verificada diminuição da lesão na reavaliação imagiológica e endoscópica. Na ausência de evidência de doença invasiva decidida abordagem conservadora. A doente mantém-se em vigilância na consulta de pneumologia, sem evidência, até aos dias de hoje, de doença disseminada e com melhoria da sintomática.

**Discussão:** O aspergiloma endobrônquico é uma manifestação rara da infeção por *Aspergillus*. Os doentes podem ser assintomáticos, apresentar sintomas respiratórios ou constitucionais e a maioria tem antecedentes de doença pulmonar. Imagiologicamente podem apresentar uma massa que pode simular uma neoplasia. As serologias e lavado broncoalveolar não são fidedignos e os achados na broncofibroscopia são variáveis, desde placas brancas/amareladas a nódulos esbranquiçados. Ainda não existe consenso quanto à terapêutica indicada nesta patologia.

**Palavras chave:** *Aspergillus. Aspergiloma endobrônquico. Bronquiólito. Dispneia. Tosse.*

### PC 099. HISTOPLASMOSE - UMA DOENÇA DOS IMUNODEPRIMIDOS ?

S. Martins de Castro, A. Vasconcelos, C. Cascais Costa, J. da Costa Oliveira, I. Silva Pinheiro, G. Teixeira, J. Cravo

*Centro Hospitalar do Baixo Vouga.*

**Introdução:** A histoplasmose é uma infeção fúngica causada pelo fungo dimórfico *Histoplasma capsulatum*. Em áreas endémicas tem como reservatório o solo e dejetos de morcegos e aves. O fungo contagia através da inalação de esporos em locais contaminados e tem sobretudo um comportamento de infeção oportunista. O quadro clínico é muito variável, desde infeção assintomática a infeção progressiva disseminada culminando em morte, se não for tratada corretamente.



**Caso clínico:** Apresentamos o caso de um homem de 56 anos, enviado em 2017 a consulta de Medicina Interna por esplenomegalia com vários anos de evolução, sem esclarecimento etiológico. Esta foi detetada em 2014, como achado incidental numa TC abdominal. O controlo imagiológico revelou um incremento dimensional progressivo ao longo dos anos. Nessa primeira consulta, o indivíduo apresentava hepatoesplenomegalia, sem adenomegalias, sem prurido e com leucopenia e trombocitopenia. Referência a hábitos etílicos pesados no passado, sem antecedentes familiares relevantes, no entanto com história de viagens frequentes a países asiáticos (Índia e Indonésia). Do estudo, VIH negativo e exclusão de doença de Gaucher, Fabry, Leishmanniose visceral, esplenomegalia tropical e Niemann-Pick. Observou-se ainda SACE e  $\beta 2$  microglobulina aumentadas. Realizou TC torácica, observando-se alterações enfisematosas e múltiplas formações ganglionares mediastínicas e na topografia do tronco celiaco, esplénica e gástrica. Em 2019 iniciou seguimento em consultas de Pneumologia por dispneia associada a tosse produtiva e por suspeita de asma em doente fumador. Do estudo inicial, provas funcionais respiratórias revelando padrão obstrutivo com prova de broncodilatação positiva, SACE de 140, revelando em TC torácicas enfisema pulmonar paraseptal e centrilobular, gânglios mediastínicos sem critério de adenomegalias, estrias fibrosas no ápice pulmonar direito, bolhas de enfisema e estriação ao nível do contorno pleural. Realizou broncofibroscopia flexível onde se observaram lesões nodulares esbranquiçadas, na submucosa, dispersas por toda a traqueia e no terço inicial do brônquio principal esquerdo, que foram biopsadas. A anatomia patológica revelou granulomas necrotizantes, associada a infeção fúngica, com características morfológicas e histoquímicas compatíveis com histoplasma. Foi ainda observado por ORL que biopsou na laringe alterações que revelaram corresponder a infeção por histoplasma. Após consulta de processo verificou-se informação acerca da presença de granulomas a nível da medula óssea. Assumiu-se diagnóstico de histoplasmosse disseminada progressiva afetando pulmão, faringe, laringe, medula óssea e com esplenomegalia associada. O doente foi internado ao cuidado da Pneumologia para realização de tratamento com anfotericina B endovenosa durante 14 dias, com boa resposta ao tratamento, prosseguindo tratamento com itraconazol oral, sem intercorrências.

**Discussão:** Pretendemos chamar à atenção para a emergência de casos de histoplasmosse disseminada em doentes imunocompetentes, nomeadamente em áreas não endémicas. O tratamento apropriado de indução e posteriormente manutenção permite controlar a doença na maioria das situações.

**Palavras chave:** *Histoplasmosse. Imunocompetente. Hepatoesplenomegalia.*

### PC 100. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE INFEÇÕES PULMONARES A MYCOBACTERIUM ABSCESSUS EM ADULTOS

D. Tavares Teixeira da Silva, T. Mourato, M. Conceicao Gomes, A. Miguel

*Hospital de Santa Marta.*

**Introdução:** O complexo *Mycobacterium abscessus* é um grupo de micobactérias não tuberculosas multirresistentes e que comumente causam infeção pulmonar em adultos imunocomprometidos, habitualmente com rápida evolução. O tratamento consiste frequentemente em associações de antibióticos compostas por macrolídeos - azitromicina ou claritromicina -, amicacina, tigeciclina, cotrimoxazol e linezolid. Neste estudo, pretendemos caracterizar as manifestações clínicas numa amostra de doentes portugueses.

**Métodos:** Revisão dos processos clínicos de 19 pacientes com infeção pulmonar complexa por *Mycobacterium abscessus* acompanhados no Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches, Portugal, entre janeiro de 2004 e dezembro de 2018.

**Resultados:** A amostra era constituída por 47% elementos do sexo masculino. Em 84% dos casos (n = 16), o principal padrão radiológico era difusamente nodular, com bronquiectasias moderadas a graves; nos outros 3 casos, dois apresentavam padrão linear difuso e o restante apresentou-se em forma de consolidação lobar. A imunossupressão foi observada em 73,6% (n = 14) dos casos: 11 devido à medicação imunossupressora (corticoterapia, quimioterapia e azatioprina) e os outros três a infeção por HIV. Três pacientes morreram de infeção por *Mycobacterium abscessus*, tendo-se observado resistência a macrolídeos nos três casos, algo que se verificou apenas num caso dos restantes 16 doentes.

**Conclusões:** Com este estudo, parece que o grupo do complexo *Mycobacterium abscessus* tende a afetar mais pessoas imunocomprometidas e pacientes com bronquiectasias extensas, sendo que a resistência aos macrolídeos parece estar relacionada a um pior prognóstico.

**Palavras chave:** *MDR-Tb (multidrug-resistant tuberculosis). Bacteria.*

### PC 101. DOENÇA DE ADDISON: UMA VELHA CONHECIDA DA TUBERCULOSE

P. Barros, B. Santos, J. Romero Contreras, U. Brito

*Hospital de Faro.*

**Introdução:** A doença de Addison ou insuficiência adrenal primária foi descrita pela primeira vez em 1855 por Thomas Addison em doentes com Tuberculose, sendo na época a principal etiologia desta doença. Hoje em dia, nos países desenvolvidos, a autoimunidade é a principal causa desta doença, mas a tuberculose continua a ser uma etiologia frequente, englobando 7 a 20% dos casos. A adrenolite tuberculosa resulta da disseminação hematogénica do bacilo de Koch, levando a uma afetação bilateral. A maioria dos sintomas e sinais são inespecíficos, atrasando e dificultando o diagnóstico. A hiperpigmentação da pele e mucosas pode ser uma grande ajuda para alcançar o diagnóstico, sendo frequente encontrar hiponatremia, hipercaliemia e hipercalcemia nas análises iniciais.

**Caso clínico:** 63 anos, sexo masculino, reformado de jardineiro. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, etilismo e fumador (75 UMA). Recorreu ao SU do Hospital de Faro por queixas com 3 meses de evolução de astenia, anorexia, náuseas e perda ponderal de 18 Kg neste período, além de apresentar no último mês febre vespertina, tosse com expectoração mucopurulenta e dispneia (mMRC 2). No exame físico com deterioração do estado geral, mas eufónico em repouso e auscultação pulmonar sem ruídos adventícios. Analiticamente com PCR de 53 mg/L, sem leucocitose, com hiponatremia e hipercaliemia. Foi solicitado uma TC toraco-abdomino-pélvica que revelou “densificações parenquimatosas apicais bilateralmente, algumas nodulariformes com contornos espiculados, observando-se focos de cavitação”, além de “aumento das dimensões das glândulas supra-renais, à esquerda com espessamento de ambos os braços, e à direita com massa hipodensa, medindo 54 mm x 18 mm no eixo axiais, de etiologia indeterminada”. Optou-se pelo internamento no serviço de Pneumologia, em quarto de isolamento respiratório, e colheu expectoração para exame micobacteriológico. O resultado do exame direto foi positivo, e foram iniciados antibióticos com o esquema Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol. Nos primeiros dias de internamento verificou-se agravamento da astenia, perfil tensional hipotensivo, períodos de desorientação e manteve hiponatremia após reposição de sódio. Foi também observada hiperpigmentação excessiva em áreas não fotoexpostas e língua azulada, que referiu apresentar há vários meses. Por suspeita de insuficiência adrenal foi pedido novo estudo analítico, apresentando níveis de cortisol muito diminuídos, ACTH elevado, hipercalcemia, além de níveis de renina e aldosterona diminuídos. Estes dados confirmaram Doença de Addison, iniciando corticoterapia com hidrocortisona e fludrocortisona. O doen-

te apresentou melhoria progressiva do estado geral, tendo alta após 3 semanas de internamento, orientado para o CDP e consulta de Endocrinologia.



**Discussão:** Este é um caso interessante relembrando que, apesar da incidência da tuberculose ter diminuído nas últimas décadas, esta continua a ser uma causa importante de doença de Addison nos países desenvolvidos. Nestas situações, a destruição da glândula suprarrenal é gradual e doença apenas se torna clinicamente aparente quando cerca de 90% do tecido cortical é afetado. Por esse motivo, o dano normalmente é irreversível, sem recuperação da função após o início de antibacilares. Por outro lado, o tratamento com rifampicina aumenta o metabolismo do cortisol, podendo agravar a clínica apresentada pelo doente, algo que se verificou no caso descrito.

**Palavras chave:** Tuberculose. Addison. Hiperpigmentação. Glândula suprarrenal.

#### PC 102. HEPATOXICIDADE GRAVE A ISONIAZIDA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R.J. Pereira de Matos Cordeiro, A. Nunes, C. Silvestre, N. André, M. Coelho, N. André, A. Domingos

Centro Hospitalar do Oeste-Hospital de Torres Vedras.

**Introdução:** A lesão hepática induzida por medicamentos (DILI) foi descrita em 5% -28% dos doentes tratados com medicação anti-TB. A maioria dos estudos utiliza a elevação de 3 vezes o limite superior da normalidade (LSN) da alanina transaminase (ALT) ou da aspartato transaminase (AST) com sintomas atribuíveis a lesão hepática ou a 5 vezes o LSN de ALT ou AST sem sintomas para definir hepatotoxicidade. Apesar de décadas de uso e de um grande número de pacientes sob medicação anti-TB em todo o mundo, a patogénese subjacente à hepatotoxicidade é ainda pouco compreendida. Para a maioria dos antibacilares, a relação entre dose e toxicidade é desconhecida, excepto a hepatotoxicidade associada a altas doses de PZA (> 40 mg/kg/dia). Os fatores de risco para DILI são idade, sexo

(mulheres são mais suscetíveis), estado nutricional, ingestão de álcool, doença hepática crónica e abuso de drogas intravenosas. Segundo a literatura, a elevação sintomática da transaminase (5x o LSN) ocorre em 0,1% dos doentes que iniciam tratamento.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de uma doente, 76 anos, caucasiana, com antecedentes pessoais de artrite reumatoide (AR), SAOS, hipertensão arterial e depressão. Referenciada para a consulta de pneumologia para rastreio de infecção latente por *M. tuberculosis* (TBIL) de doente candidata a terapêutica biológica. Medicada desde há 5 anos com prednisolona 15 mg e Plaquinol 400 mg. A radiografia torácica apresentava alterações de aspecto sequelar compatíveis com TP no passado. A prova de Mantoux foi < 5 mm e o IGRA (Interferon Gamma Release Assay) foi igualmente negativo. A doente iniciou tratamento com isoniazida 300 mg. A doente recorreu ao serviço de urgência 1 mês depois por quadro de mal-estar generalizado e icterícia com dois dias de evolução sem sinais de encefalopatia, abdómen depressível a palpação. Análises com valores aumentados de bilirrubina total (30,6 mg/dL), AST 1.007 U/L, ALT 2.257, Fosfatase alcalina (ALP) 553 U/L, Amónia 128 umol/L - compatível com padrão de lesão hepatocelular. Suspendeu-se a isoniazida e plaquinol. A doente realizou corticoterapia durante 7 dias e iniciou ursofalk 250 mg 3id com melhoria clínica. Os testes serológicos foram negativos para hepatite A, B, C e E, citomegalovirus, HIV, Epstein Barr e Herpes Virus. Os marcadores de hepatite autoimune foram negativos. Valores de  $\alpha$ 1-antitripsina e ceruloplasmina normais. Ecografia abdominal sem alterações relevantes. A RM mostrou fígado de características heterogêneas, com padrão micronodular, compatível com insuficiência hepática aguda. Vias biliares intra-hepáticas sem obstrução de fluxo e sem ectasias. A doente teve alta hospitalar após 25 dias, com valores praticamente normais de bilirrubina total, AST, ALT e ALP.

**Discussão:** A doença hepática medicamentosa é um diagnóstico de exclusão. A reversão do quadro de hepatotoxicidade tarda algumas semanas, sendo a recuperação completa frequente. Em conclusão, esforços para erradicar a tuberculose através do tratamento da TBIL vão expor um número maior de doentes a potenciais efeitos adversos hepatotóxicos da medicação anti-TB, atendendo ao facto de que as alternativas medicamentosas com perfil de segurança são limitadas. O risco individual de DILI deve ser ponderado, e a monitorização frequente e restrita deve ser a norma em doentes sob tratamento para TBIL

**Palavras chave:** Hepatotoxicidade. Antibacilares.

#### PC 103. TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Â.M. Dias Cunha, M. Argel, R. Ferro, M. Conceição, S. Guerra, J. Vale, R. Nunes, A. Simões Torres

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE.

**Introdução:** A tuberculose é uma doença infecciosa que pode afetar qualquer órgão, apresentando uma morbimortalidade globalmente elevada. Apesar da tuberculose pulmonar ser a forma de apresentação mais comum, o envolvimento extrapulmonar pode ocorrer em 20% dos casos.

**Caso clínico:** Homem, 57 anos, caucasiano, técnico de telecomunicações. Sem viagens recentes ao estrangeiro. Não fumador e sem consumo de álcool nos últimos 10 anos. Antecedentes de diabetes mellitus e dislipidemia. Doente com clínica de dor pélvica crónica, por vezes com irradiação testicular, disúria, polaquiúria e nictúria com 3 anos de evolução. No último ano com urgência miccional e episódios transitórios de hematúria. Múltiplas idas ao Serviço de Urgência pelas mesmas queixas, interpretadas no contexto de cólica renal ou cistite aguda. Analiticamente apresentava sempre eritrocitúria e leucocitúria, com várias uroculturas sem desenvolvimento bacteriano. Cumpru múltiplos ciclos de antibioterapia empírica de diferentes classes, sem resolução das queixas. Encon-

trava-se em seguimento em consultas de Urologia, onde realizou uro-TC que revelou foco de litíase renal e sinais inflamatórios ativos no rim direito. Para exclusão de neoplasia foram realizadas várias biópsias prostáticas compatíveis com hiperplasia benigna da próstata e prostatite crônica; e da bexiga compatíveis com cistite erosiva e folicular. Além disso, foi referenciado para a consulta de Nefrologia para estudo de doença renal crônica estadio 2. Realizou ainda várias ecografias renovesicais descrevendo rim direito com redução dimensional, ectasia de múltiplos cálices e suspeita de litíase coraliforme e bexiga com espessamento parietal difuso e irregular. Recorreu ao Serviço de Urgência pelas queixas anteriormente descritas, associadas a febre com cerca de um mês de evolução e perda ponderal de 10 kg nos últimos três meses. Negava hipersudorese noturna ou sintomas respiratórios. Exame físico normal. Analiticamente com anemia normocítica normocrômica, creatinina de 1,2 mg/dL, elevação dos marcadores de lesão hepática e elevação de parâmetros inflamatórios. Serologias VIH, hepatites e sífilis negativas. Ficou internado sob antibioterapia com levofloxacina e foram solicitadas uroculturas com pesquisa de micobactérias em 3 amostras. O exame direto mostrou bacilos álcool-ácido resistentes (1-9/100 campos) e o teste molecular de resistências identificou *Mycobacterium tuberculosis complex* sensível à rifampicina, que foi posteriormente confirmado pelo exame cultural. Iniciou terapêutica antibacilar com esquema quádruplo clássico, com apirexia após 48h e melhoria substancial das queixas algicas. Posteriormente foi solicitada TC-tórax que revelou incontáveis nódulos punctiformes, dispersos por todo o parênquima bilateralmente, sugestivos de tuberculose miliar. Realizada broncofibroscopia com confirmação de tuberculose pulmonar. Atualmente, o doente encontra-se no 81º dia de tratamento antibacilar (TOD), sem sintomas adversos e sem quaisquer queixas urinárias ou respiratórias.

**Discussão:** A tuberculose genitourinária é uma forma de tuberculose extrapulmonar relativamente pouco frequente sobretudo nos países desenvolvidos, mas é das formas mais graves devido à sintomatologia inespecífica e consequente atraso no diagnóstico. Deste modo, os autores pretendem alertar para a importância de se considerar este diagnóstico perante um doente com piúria estéril persistente, sem resolução da sintomatologia após a antibioterapia.

**Palavras chave:** Tuberculose. Extrapulmonar.

#### PC 104. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DECLÍNIO DA FUNÇÃO PULMONAR NA FIBROSE QUÍSTICA ASSOCIADA À MUTAÇÃO R334W

J. Oiveira Pereira, S. Cabral, F. Gamboa

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** A fibrose quística (FQ) é a doença autossômica recessiva letal mais frequente na população caucasiana e resulta de mutações no gene CFTR causadoras de disfunção da proteína CFTR. Embora apresente alguma prevalência em Portugal, a mutação R334W é uma mutação pouco frequente a nível global e o seu impacto nas características clínicas e declínio funcional dos doentes encontra-se pouco descrito.

**Métodos:** Foram estudados retrospectivamente dados de doentes com seguimento no Centro de Referência para a Fibrose Quística do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. A recolha de dados incluiu variáveis como o género, idade ao diagnóstico, genótipo, infeção crónica por *Pseudomonas aeruginosa*, função pulmonar (FEV1) à admissão no centro e respetiva evolução, internamentos por exacerbação e realização de transplante pulmonar. O declínio da função pulmonar foi obtido por correlação linear para cada doente (com exclusão se controlo espirométrico inferior a 1 ano e censura à data de transplante). A análise estatística foi realizada com recurso ao IBM SPSS Statistics para Windows, versão 24 (IBM Corp., Armonk, N.Y., EUA).

**Resultados:** Foram incluídos 22 doentes com FQ, 10 dos quais apresentando mutação R334W (grupo R334W - 5 doentes homocigotos e 5 doente heterocigotos R334W/ΔF508). 5 dos 10 doentes referidos eram do sexo masculino, por comparação com 4 dos 12 doentes com a mutação ΔF508 em homocigotia (grupo ΔF508 - ΔF508/ΔF508). Verificou-se infeção crónica por *Pseudomonas aeruginosa* em 7 doentes do grupo R334W e 6 do grupo ΔF508. A idade ao diagnóstico foi significativamente superior em doentes do grupo R334W (mediana 23 anos vs. 2 anos,  $p < 0,01$ ). Os doentes do grupo R334W apresentaram mediana de 1 internamento (min. 0 (4 doentes), máx. 18), por comparação com 3 internamentos em doentes homocigóticos para ΔF508 (min 0 (1 doente), máx. 59) ( $p > 0,05$ ). A mediana do FEV1 (% do previsto) ao diagnóstico foi de 69,2% no grupo R334W e 87,2% nos restantes. Verificou-se uma taxa de declínio mediana de 102 mL/ano na população R334W ( $n = 8$ ) e de 84 mL/ano na população ΔF508/ΔF508 ( $n = 12$ ) ( $p > 0,05$ ). Quatro doentes foram transplantados durante o período de seguimento.

**Conclusões:** A mutação R334W encontra-se associada a um diagnóstico de FQ significativamente mais tardio, tendencialmente em idade adulta, quando comparada com a homocigotia ΔF508. A colonização por *Pseudomonas aeruginosa* verificou-se com frequência em ambas as populações estudadas. Com a presente amostra não foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas no declínio da função pulmonar ou frequência de exacerbações com internamento entre doentes com a mutação R334W e ΔF508 em homocigotia, sendo necessários estudos com uma amostra mais abrangente.

**Palavras chave:** Fibrose quística. Provas de função respiratória. Estudo de associação genética.

#### PC 105. POLISSONOGRÁFIAS TIPO 1, DADOS ANTROPOMÉTRICOS E PATOLOGIA CARDIOVASCULAR

C. Cascais Costa, L. Andrade

*Centro Hospitalar do Baixo Vouga.*

**Introdução:** A obesidade é um fator de risco comum a inúmeras patologias, nomeadamente na Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). A distribuição da gordura corporal é, contudo, um fator de risco adicional que motivou o estudo das suas características e da sua associação com as variáveis do estudo do sono na nossa população.

**Objetivos:** Caracterizar a população com base nas polissonografias nível 1 e estabelecer correlações entre as variáveis do estudo perimetral cervical, abdominal e anca e a presença de patologia cardiovascular.

**Métodos:** Realizou-se um estudo descritivo e retrospectivo dos dados de utentes que realizaram polissonografia nível 1 durante o ano de 2018. Recolheram-se dados antropométricos e variáveis do estudo do sono. Considerou-se existir SAOS se  $IDR > 5$ , usamos testes de associação do  $\chi^2$  e testes de correlações, admitindo a existência de significância estatística se  $p < 0,05$ . Para análise estatística utilizaram o programa IBM SPSS Statistics versão 25®.

**Resultados:** Foram realizadas um total de 162 polissonografias tipo 1, idade média 53,3 anos ( $\pm 12,3$ ), 57,4% do sexo masculino ( $n = 93$ ), IMC médio 30,6 ( $\pm 7,4$ ), perímetros cervical médio 44,1 ( $\pm 32,2$ ), abdominal médio 108,2 ( $\pm 16,7$ ), anca médio 111,5 ( $\pm 12,5$ ). Encontrou-se uma prevalência de 54,3% de hipertensão, 9,3% de doença coronária e 20,4% de DM. Destes, 90 doentes (55,56%) tinham SAOS, 63,3% sexo masculino, IMC médio de 32,6  $\pm 7,66$ . Apresentavam perímetro cervical médio 42,5  $\pm 5,01$ , 34,4% doentes tinham ESAP positivo perímetro abdominal médio 112,72  $\pm 13,96$ , perímetro anca médio 114,37  $\pm 13,07$ . 68 (75,55%) eram hipertensos, 7 (7,8%) tinham antecedentes de AVC, 11 (12,2%) tinham doença coronária registada, 28 (31,1%) tinham DM. Nas variáveis da PSG encontramos IDR médio de 19,5  $\pm 16,19$ , saturação média de 93,43  $\pm 2,61$ , média de mínima de 77,63  $\pm 12,1$ , ODI médio de 29,54  $\pm 21,1$ , T90 médio

de  $12,16 \pm 21,64\%$ , roncopatia média de  $6,85 \pm 9,38$ , tempo em decúbito dorsal médio de  $37,2 \pm 32,4\%$ . Verificou-se correlação positiva entre o IMC e perímetros abdominal ( $r = 0,868$ ), anca ( $r = 0,838$ ), T90 ( $r = 0,353$ ), ODI ( $r = 0,38$ ) e correlação negativa com a saturação média ( $r = -0,375$ ). Entre os dados antropométricos, o perímetro abdominal é o que apresenta uma correlação mais forte ( $r = -0,428$ ) com a saturação média, com o ODI ( $r = 0,466$ ), com o T90 ( $r = 0,421$ ) e com o IDR ( $r = 0,382$ ). O tempo em decúbito dorsal não se correlacionou com nenhuma das outras variáveis. Observou-se correlação entre a percentagem do T90 com doença coronária ( $r = 0,314$ ) e com IMC ( $r = 0,353$ ).

**Conclusões:** Este estudo demonstrou que os perímetros são bons indicadores de obesidade, fáceis de obter, sem custos adicionais e correlacionam com o Índice de Distúrbios Respiratórios do sono pelo que devem ser integrados com outros fatores de risco para SAOS para melhor se estabelecer a prioridade de realização da polissonografia.

**Palavras chave:** Polissonografia tipo 1. Perímetro cervical. Perímetro abdominal e perímetro da anca. HTA. Doença coronária e DM.

### PC 106. FACTORES PREDITIVOS DE SAOS NA DPOC

D. Dantas Barreto Rodrigues, A.L. Vieira, M.J. Araújo, F. Aguiar, L. Ferreira

Hospital de Braga.

**Introdução:** A síndrome de sobreposição caracteriza-se pela presença concomitante de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), e está associada a maior morbimortalidade e pior qualidade de vida.

**Objetivos:** Comparar doentes com DPOC com e sem SAOS e avaliar possíveis factores preditivos de síndrome de sobreposição.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes com diagnóstico de DPOC com e sem SAOS, sob ventilação não invasiva (VNI), observados em consulta de insuficiência respiratória entre Janeiro de 2018 e Junho de 2019. Foi realizada uma análise comparativa e os determinados os factores preditivos de síndrome de sobreposição.

**Resultados:** Foram identificados 94 doentes com DPOC, dos quais 74,5% ( $n = 70$ ) eram do sexo masculino, com uma média de idade de  $71,36 \pm 11,5$  anos e índice de massa corporal (IMC) médio foi de  $29,2 \pm 5,9$  Kg/m<sup>2</sup>. A maioria dos doentes estava inserido no grupo B (35,1%,  $n = 33$ ) ou D (51,1%,  $n = 48$ ) da classificação GOLD, com um valor médio de FEV1 de 43,9%. O modo ventilatório mais frequente foi o bi-nível ST (90,4%,  $n = 85$ ). A síndrome de sobreposição estava presente em 51,1% ( $n = 48$ ) dos indivíduos (IAH médio de 26,5/h). Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre doentes com e sem síndrome de sobreposição, relativamente à idade (média 68,7 vs 74,2 anos,  $p = 0,018$ ), IMC (30,5 vs 27,9 kg/m<sup>2</sup>,  $p = 0,04$ ) e tempo com saturação nocturna inferior a 90% (T90) (78,4% vs 20,5%,  $p < 0,001$ ). Relativamente aos valores de gasimetria prévios ao início de VNI, existiram diferenças significativas entre os valores de PaO<sub>2</sub> (61,8 mmHg vs 70,2 mmHg,  $p = 0,03$ ), sem diferenças nos valores de pCO<sub>2</sub> e bicarbonato. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à presença de comorbilidades, carga tabágica, função pulmonar, exacerbações ou número de internamentos. Uma análise multivariada mostrou uma associação positiva entre o valor IMC, FEV1, T90 e o valor de IAH ( $F(3,5) = 6,43$ ,  $p = 0,001$ ).

**Conclusões:** Esta análise mostrou que os doentes com síndrome de sobreposição são mais jovens e obesos e apresentam maior hipoxemia e dessaturação nocturna comparativamente a doentes com DPOC isolada. A presença de dessaturação noturna revelou-se preditiva para a existência de síndrome de sobreposição. Por outro lado, não se verificaram diferenças a nível de exacerbações ou internamentos, o

que poderá estar relacionado com o tratamento com VNI. Como expectável, o valor de IMC foi preditivo da presença de SAOS (valor de IAH), assim como valores de FEV1 mais elevados.

**Palavras chave:** Síndrome de sobreposição. Apneia do sono. DPOC.

### PC 107. MELHORIA NO CONTROLO DA DOR CRÓNICA ASSOCIADA À TERAPÊUTICA COM ACPAP EM DOENTES COM SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

D.M. Monteiro Canhoto, M.I. Matias, J. Caldeira, M.F. Teixeira, J. Moita

Centro de Medicina do Sono de Coimbra, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução:** O tratamento com pressão positiva contínua da via aérea (CPAP) é a terapêutica basilar da síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). Os doentes com SAOS sofrem de um sono fragmentado que, pela sua fraca qualidade, acarreta prejuízo sobre a sua qualidade de vida. Este problema é ainda agravado pelas comorbilidades frequentes que se manifestam com dor nocturna. Igualmente, a reduzida eficiência de sono também tem sido associada com maior sensibilidade nevrálgica, propagando este ciclo de dor e sono de qualidade subótima. Este estudo investiga o efeito do tratamento com CPAP nos níveis de dor em doentes com SAOS e dor crónica (DC).

**Métodos:** Este estudo seguiu um desenho longitudinal prospectivo. Foi obtida uma amostra de conveniência de 82 indivíduos das Consultas de Patologia do Sono de um centro multidisciplinar diferenciado em Sono. Os critérios de inclusão foram (1) o doente apresentar SAOS, independentemente de estar sob tratamento com CPAP, e (2) sofrer de DC de qualquer etiologia, necessitando de medicação antálgica crónica (analgésicos ou adjuvantes analgésicos). Após ingresso no ensaio, doentes com e sem tratamento com CPAP foram monitorizados ao longo dos seguintes meses relativamente ao tipo, frequência e dosagem de antiálgicos tomados.

**Resultados:** A maioria dos doentes era do sexo feminino ( $n = 50$ ) e de idades entre os 50 e os 70 anos. A maioria sofria de dor do foro neurocirúrgico ( $n = 18$ ) ou ortopédico ( $n = 28$ ). Numa minoria, a dor devia-se a doença auto-imune ou era secundária a uma perturbação psiquiátrica. A maioria dos doentes encontrava-se no degrau 2 da escala de dor da Organização Mundial de Saúde (sob agonistas opióides parciais e anti-inflamatórios não esteróides), enquanto 10% necessitavam de tratamento com opióides em alta dose. Verificou-se uma correlação forte entre tratamento com CPAP e redução na toma diária de analgésicos ( $r = 67,3$ ;  $p < 0,001$ ). Esta melhoria foi independente do acompanhamento em Consulta de Dor Crónica ou do tratamento com opióides. Curiosamente, o tratamento com adjuvantes analgésicos (e.g., pregabalina, gabapentina) mostrou correlação negativa ( $r = 42,9$ ;  $p < 0,001$ ) com melhoria sob CPAP. Por último, foi observada ausência de melhoria na dor de etiologia psicogénica.

**Conclusões:** Este estudo mostrou um efeito positivo da CPAP em doentes que sofriam de DC e SAOS, através de uma redução do consumo de analgésicos. A correcção de eventos pela CPAP poderá ter inibido a activação simpática nocturna e a fragmentação do sono, de acordo com o racional de que uma activação iterativa do sistema nervoso simpático contribui para amplificar a sinalização nevrálgica aferente. Do mesmo modo, poderá explicar a refractividade da dor psicogénica ao benefício da CPAP, por esta apresentar uma integração neurológica predominantemente cortical (e não autonómica). O efeito benéfico dos adjuvantes analgésicos foi único entre classes de medicação antálgica. Estudos prévios apontam para uma capacidade intrínseca destes fármacos melhorarem o sono em algumas formas de DC, possivelmente justificando uma redução no benefício da CPAP. Contudo, é também possível que estes achados possam estar relacionados com a gravidade ou etiologia

subjacente (e.g., nevrálgica) da dor em doentes sob adjuvantes analgésicos.

**Palavras chave:** Síndrome de apneia obstrutiva do sono. Terapêutica de pressão positiva contínua na via aérea. Dor crônica.

### PC 108. ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO EM DOENTES COM ALTO RISCO DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: COMO FAZER EM SEGURANÇA

R. Estêvão Gomes, M. Redondo, M. Gonçalves

*Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta.*

**Introdução:** O ecocardiograma tranSESOFÁGICO (ETE) fornece informações diagnósticas únicas. Este procedimento exige colaboração do doente, sendo necessário sedação ou anestesia geral. Apesar da sedação em ventilação espontânea evitar a logística da intubação orotraqueal, está associada a maior risco de insuficiência respiratória, sendo contraindicada em doentes de alto risco.

**Caso clínico:** Mulher, 31 anos; história médica conhecida de fibrose quística com insuficiência respiratória crónica e doença renal terminal secundária a amiloidose, em lista para transplante combinado pulmão-rim. Estava sob ventilação não invasiva (VNI) domiciliária (16h) - máscara oro-nasal e nasal alternadas; oxigenioterapia de longa duração (2 L/min) e hemodiálise. Foi admitida no hospital por um quadro caracterizado por anasarca e febre sem foco, com picos febris durante as sessões de hemodiálise. As hemoculturas isolaram um *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina e o ecocardiograma transtorácico mostrou uma massa na auricular direita adjacente ao cateter de hemodiálise. A caracterização por ETE era mandatória. A doente foi submetida a ETE sob sedação e VNI em modo pressão de suporte (Philips Respironics Trilogy 202), utilizando a sua máscara nasal domiciliária, ResMed Mirage™ FX. Monitorização incluiu pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso. A sedação foi feita com midazolam - nível de sedação desejado de -3 na escala de agitação de Richmond (RASS). Antes de iniciar, a doente foi posicionada em decúbito lateral esquerdo e colocada uma peça bucal para passagem da sonda de ETE. O ventilador foi programado com pressão positiva inspiratória (IPAP) de 22 cmH<sub>2</sub>O, pressão positiva expiratória (EPAP) de 6cmH<sub>2</sub>O e fração inspiratória de oxigénio (FiO<sub>2</sub>) de 40%. Ajustes durante o procedimento foram feitos com base na oximetria e volume corrente (Vte). Antes do início do procedimento a doentes estava eupneica, com saturação periférica de oxigénio (SpO<sub>2</sub>) de 97%. Foram administrados um total de 4 mg de midazolam. Poucos minutos após o início do procedimento, a SpO<sub>2</sub> caiu para 88% e o Vte para valores < 100 mL. O IPAP foi aumentado para 24 cmH<sub>2</sub>O e FiO<sub>2</sub> para 80% e, posteriormente, 100%. A SpO<sub>2</sub> corrigiu para 100% e o Vte para > 100 mL. As fugas registadas foram de 30 to 80 L/min. O ETE durou 11 minutos e os operadores não referiram dificuldades técnicas associadas ao procedimento. A doente manteve-se em RASS -3 até ao fim. Dez minutos após o procedimento estava desperta e sem memória para o procedimento. A utilização de VNI como adjuvante ao ETE sob sedação já foi descrita como eficaz na prevenção de insuficiência respiratória. Contudo, os relatos anteriores utilizaram máscaras oronasais ou faciais totais. Em ambas, a sonda de ETE tinha de atravessar uma porta na máscara antes de chegar à boca do doente, condicionando dificuldade na introdução e manuseamento da sonda. Apesar da fuga durante o procedimento ter sido elevada, devido à boca aberta, esta foi eficazmente compensada pelo aumento da pressão de suporte e FiO<sub>2</sub>.

**Discussão:** O caso clínico descreve a utilização da máscara nasal domiciliária na realização de VNI durante um ETE e mostrou a sua eficácia. Não se observou insuficiência respiratória mantida, o procedimento foi bem tolerado e não houve dificuldade técnica no ETE.

**Palavras chave:** Insuficiência respiratória. Ecocardiograma tranSESOFÁGICO. Ventilação não invasiva.

### PC 109. CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES COM MIASTENIA GRAVIS ADMITIDOS NUMA UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPIRATÓRIOS, AO LONGO DE OITO ANOS

F. Godinho Oliveira, S. Moreira, P. Falcão, C. Teles Martins, E. Fragoso, C. Lopes, P. Azevedo, Inês Claro

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.*

**Introdução:** A miastenia gravis (MG) é a doença autoimune com atingimento das estruturas pós-sinápticas da junção neuromuscular mais comum. Caracterizada pela presença de fraqueza muscular com flutuação de intensidade ao longo do dia, que afecta os músculos oculares, bulbares, respiratórios e dos membros. A crise miasténica (CM), manifestada pela fraqueza dos músculos respiratórios com perigo de vida, atinge cerca de 15% dos doentes. Frequentemente, há necessidade de iniciar ventilação mecânica não invasiva ou invasiva.

**Objetivos:** Estudo retrospectivo dos doentes com MG internados numa unidade de cuidados intensivos respiratórios. Análise da abordagem diagnóstica e terapêutica.

**Métodos:** Foram analisados os doentes com MG internados numa unidade de cuidados intensivos respiratórios, de Janeiro de 2012 a Setembro de 2020, com o fim de se verificar as características dessa população, quais os motivos de internamento mais frequentes, os diagnósticos estabelecidos e suporte ventilatório utilizado.

**Resultados:** Houve 23 internamentos de doentes com MG, correspondentes a 15 doentes (um reinternamento). Cinco doentes (33,3%) eram do sexo feminino e 10 (66,7%) do sexo masculino. A média de idade foi 62,2 anos. O motivo de internamento mais frequente foi insuficiência respiratória (IR) hipercápnica (43,5%), seguido de internamento para vigilância no pós-operatório (30,4%) e IR hipoxémica (26,1%). O score APACHE II médio foi de 17,95. A demora média na UCI foi de 15,2 dias, desviada por um internamento prolongado de 100 dias por choque séptico e ARDS primário por pneumonia a vírus Influenza A H1N1 com sobreinfecção bacteriana. Os diagnósticos principais foram: crise miasténica (9 doentes- 39,2%), pós-operatório de timectomia ou outra cirurgia torácica (6 doentes- 26,1%), pneumonia no imunodeprimido (4 doentes- 17,5%), pneumonia nosocomial (1 doente- 4,3%), enfisema subcutâneo pós-descorticação pleural (1 doente- 4,3%), carcinoma pulmonar de grandes células (1doente- 4,3%) e insuficiência cardíaca descompensada (1 doente- 4,3%). Em 12 dos 23 internamentos (52,2%) os doentes foram submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI) com uma duração média de 14 dias; em 15 (65,2%) instituiu-se ventilação mecânica não invasiva (VNI) com uma duração média de 4,9 dias; dos 15 doentes submetidos a VNI, a mesma foi efectuada para prevenção da falência de extubação em 21,7%, 17,4% cumpriram VNI de forma isolada e em 13,0% a VNI foi utilizada antes e após o suporte ventilatório invasivo. Nenhum doente realizou oxigenoterapia de alto fluxo. Nenhum doente foi traqueostomizado. Seis doentes (40,0%) foram submetidos a timectomia prévia ou no decurso de internamento, um doente (6,7%) apresentava um timoma e outro (6,7%) tinha tiroidite de Hashimoto associada. Quatro doentes faleceram (mortalidade não ajustada de 17,4%). Tinham como diagnóstico principal: carcinoma pulmonar de grandes células localmente avançado associado a síndrome da veia cava superior, pneumonia no imunossuprimido (sob micofenolato de mofetilo e prednisolona) por *Pneumocystis jirovecii*, pneumonia nosocomial por *Pneumococcus* e pneumonia por *Pseudomonas aeruginosa*. A média de idade foi de 73,8 anos.

**Conclusões:** Tal como se verificou em estudos anteriores, os doentes com MG internados em unidade de cuidados intensivos, apresentaram aumento da mortalidade quando associados a sepsis com disfunção multiorgânica e IR com necessidade de VMI. Os doentes com VMI prolongada assim como os doentes que faleceram, apresentavam score APACHE III à admissão elevado.

**Palavras chave:** *Miastenia gravis. Doença neuromuscular. Ventilação não invasiva. Ventilação invasiva.*

### PC 110. LOCALIZAÇÃO IMPROVÁVEL DE METASTIZAÇÃO DE CANCRO DO PULMÃO

C. Lopes Figueiredo, B. Mendes, M. Pinto, S. Santos, J. Cardoso

*Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta (CHULC).*

**Introdução:** A síndrome mascarada ocular apresenta-se com diminuição da acuidade visual insidiosa causada por múltiplas causas possíveis como é exemplo as lesões neoplásicas. Os tumores oculares malignos mais frequentes são as metástases de carcinomas de outros órgãos (mais frequentemente mama ou pulmão). O espaço ocular mais frequentemente envolvido é o tracto uveal. Sendo um local de metastização pouco frequente, a deteção de metástase uveal precede o diagnóstico do carcinoma do pulmão em cerca de 60% dos casos. O tratamento envolve a decisão de quimioterapia consoante o tumor primário concomitante em alguns casos com radioterapia local.

**Caso clínico:** Homem de 74 anos, totalmente autónomo, cuidador da esposa, ex-fumador desde os 45 anos com carga tabágica de 80 unidades maço-ano. Com antecedentes pessoais de prostatectomia radical em 2007 por carcinoma da próstata com recidiva bioquímica em 2016 para a qual realizou radioterapia e ciproterona com estabilidade clínica e analítica; hipertensão arterial e hiperuricemia. Recorreu ao serviço de urgência em Julho de 2020 por quadro de diminuição da acuidade visual do olho esquerdo. Foi avaliado pela Oftalmologia que detectou evidente amaurose do olho esquerdo e com presença em TC-crânio-encefálica de nódulo uveal do olho esquerdo, com sintomas e sinais compatíveis com síndrome mascarada ocular, sem outras lesões do parênquima cerebral. Após questionado referia também dispneia progressiva e toracalgia anterior direita pleurítica com 1 mês de evolução mas que o próprio doente desvalorizara. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, sem sinais de dificuldade respiratória mas com diminuição do murmúrio vesicular à auscultação no terço superior do hemitórax direito. Por deteção de hipotransparência no hemicampo torácico direito em radiografia realizou TC-torácica que demonstrou massa pulmonar apical do lobo superior direito (93 × 71 × 60 mm) com invasão pleural e músculos intercostais e múltiplos nódulos pleurais ipsilaterais com invasão de um arco costal. Nos segmentos abdomino-pélvicos referência a metastização múltipla hepática, supra-renal direita, implantes peritoneais e retroperitoneais e óssea (D10 e iliaco). Foi internado para realização de estudo complementar dirigido tendo realizado biópsia pulmonar trans-torácica com deteção de carcinoma de não pequenas células (CK 7 (+), TTF1 (-), p63 (-) e PDL-1 positivo (1-50%)) de assumida origem primária pulmonar. Foi então assumido carcinoma pulmonar não pequenas células estágio IV. O doente teve alta encaminhado para consulta de Pneumologia, Oncologia Pneumológica e Onco-Oculoplástica, com controlo sintomático e sem outras intercorrências. Após 2 semanas por agravamento sintomático, diminuição franca do apetite, dor lombar e torácica crescente, com emagrecimento franco foi decidido internamento para controlo sintomático e decisão quanto ao tratamento oncológico tendo em conta o franco agravamento do performance status. Durante o internamento evidenciou agravamento clínico progressivo tendo falecido após 2 semanas, sem possibilidade de iniciar tratamento oncológico dirigido ou estudo mais exaustivo da metastização ocular assumida no olho esquerdo.

**Discussão:** Pretendemos com este caso clínico apresentar uma localização rara de metastização de cancro do pulmão e deste modo alertar para o estudo e deteção precoce do carcinoma primário, geralmente do pulmão ou da mama, logo após a deteção de uma lesão uveal compatível com metastização.

**Palavras chave:** *Cancro do pulmão. Metástase. Síndrome mascarada.*

### PC 111. CANCRO DO PULMÃO, DOENÇA PROFISSIONAL OU AMBAS? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

D. Laertes Correia, J. Nunes Caldeira, A.M. Arrobas

*Serviço de Saúde Ocupacional, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE.*

**Introdução:** Estima-se que a exposição ocupacional a agentes cancerígenos contribua com 10% de todos os casos de cancro do pulmão, assumindo a história profissional um papel importante. Por exigir um longo período de exposição e apresentar longo período de latência, surgindo na idade da reforma, importa que, para além dos médicos do trabalho, todos os médicos cumpram o dever de participação de doença profissional aquando da sua suspeita.

**Caso clínico:** Homem de 68 anos, internado para estudo de dispneia e fadiga com 1 mês de evolução. Trata-se de um ex-fumador (5 UMA), com obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial, hiperuricemia e dislipidemia, que reside próximo de uma pedreira, possui lareira em casa e cão e gato como animais domésticos, atualmente reformado, com histórico profissional de técnico de limpeza de caldeiras e serralheiro. Apresentava crepitações dispersas pelos campos pulmonares e hipoxemia ligeira. Radiograficamente com padrão micronodular disperso. Durante o internamento apurou-se ECA normal, autoimunidade e proteinograma sem alterações. Tomografia computadorizada do tórax com padrão micronodular difuso com hipótese prioritária de sarcoidose e menos provavelmente pneumoconiose. Estudo Funcional Respiratório com padrão restritivo grave e Prova de Marcha de 6 Minutos com dessaturação. Videobroncoscopia sem alterações morfológicas, LBA normal sem alterações. Iniciou oxigenoterapia e, por suspeita de sarcoidose, teve alta para a consulta de Patologia Respiratória Profissional e do Interstício, a aguardar o resultado das biópsias brônquicas e transbrônquicas. Foi revista a história profissional e apurou-se exposição a fuligem, partículas de diesel e fumos de soldadura na manutenção e limpeza de caldeiras alimentadas inicialmente a carvão e mais tarde a derivados do petróleo, sem utilização de qualquer tipo de EPI. As biópsias concluíram adenocarcinoma mucinoso, excluindo-se a hipótese de doença profissional. Foi estadiado como IVa e, atendo à deterioração rápida do estado basal, privilegiou-se tratamento paliativo.

**Discussão:** Todos os compostos identificados como exposições ocupacionais do doente são considerados pela IARC como carcinogéneos para o pulmão. O tempo de exposição ocupacional verificado vai de encontro ao tempo necessário para caracterização de cancro profissional. Todavia, pela etiologia multifatorial do cancro, vários fatores contribuíram para que não fosse participada a suspeita de doença profissional, incluindo o raciocínio médico focado no tratamento e o facto do doente estar reformado. Aqui é evidenciada a necessidade premente de divulgação do dever de participação de doença profissional por todas as especialidades, esclarecimento das suas vantagens para o conhecimento científico e para o doente e seus familiares e desmistificação do processo de participação e certificação.

**Palavras chave:** *Cancro do pulmão. História profissional. Doença profissional. Cancro relacionado com o trabalho.*

### PC 112. TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DA PLEURA: UM GRANDE ACHADO, UMA ENTIDADE “BENIGNA”?

M. Barata, D. Cabral, C. Couto, A. Oliveira, C. Rodrigues

*Hospital Garcia de Orta.*

**Introdução:** O tumor solitário fibroso da pleura (TSFP) é uma neoplasia mesenquimatosa rara, que corresponde a menos de 5% dos tumores primários da pleura. Comporta-se geralmente de forma indolente, mas cerca de 12% dos casos têm uma diferenciação maligna e agressiva. A ressecção cirúrgica é a abordagem mais frequen-

te, nomeadamente no caso de massas volumosas, devido à compressão do pulmão, mediastino e grandes vasos.

**Caso clínico:** O presente caso reporta um homem de 73 anos, referenciado à consulta de Pneumologia por quadro de tosse seca esporádica associada a lesão pulmonar em radiografia de tórax de rotina. No exame objetivo a destacar PS 1, eupneico em repouso, com diminuição do murmúrio vesicular no terço médio e inferior do hemitórax esquerdo (Htesq). Do estudo realizado a destacar na telerradiografia do tórax uma hipotransparência homogênea, ocupando os dois terços inferiores do Ht esq. A TAC de tórax revelou uma volumosa lesão broncopulmonar esquerda, com 11 × 14 cm, entendendo-se do hilo à pleural costal. Sem gânglios mediastínicos de dimensões patológicas. Na PET CT esta massa não apresentou atividade metabólica valorizável. O doente realizou broncofibroscopia, cuja biópsia pulmonar transbrônquica revelou fragmentos de parênquima pulmonar com pequenos focos de proliferação mesenquimatosa de celularidade moderada, constituída por células de núcleos ovais e ocasionalmente fusiformes. A imunofixação revelou-se positiva para bcl2+, CD99+, STAT6+, Ki67+ < 1% e negativa para Actina, Desmina, EMA, CK19, TTF1, aspetos consistentes com TSFP. O doente foi submetido a pneumectomia esquerda, devido à natureza invasiva da lesão, cujo resultado histológico confirmou TSFP com 15 × 15 × 8 cm, macroscopicamente com aspecto heterogêneo. Microscopicamente apresentava padrão fuso-celular, de elevada celularidade, com áreas de padrão hemangiopericitóide e numerosos vasos na parede esclerosada. Com áreas de necrose e 3 mitoses/10 campo de grande ampliação. Estudo imunohistoquímico positivo para STAT-6, bcl-2 e focalmente CD34 e CD99. O doente foi posteriormente discutido em reunião multidisciplinar, mantendo-se atualmente em vigilância estreita, dada a presença de algumas características associadas a malignidade (tamanho do tumor ≥ 10 cm, elevada celularidade, aumento da vasculatura intrapulmonar e áreas de necrose, apesar de índice proliferativo (Ki67+) < 1%).

**Discussão:** O diagnóstico diferencial entre TSFP benigno e maligno, de forma a prever o prognóstico, é geralmente problemático dada a inexistência de biomarcadores estabelecidos, embora algumas séries de casos sugiram alguns critérios. O presente caso destaca um TSFP com características malignas, tornando necessária uma abordagem multidisciplinar e vigilância apertada com o intuito de detetar com maior brevidade recorrência da doença.

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

### PC 113. CARCINÓIDE TÍPICO, TUMOR RARO EM LOCALIZAÇÃO RARA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

B. de Freitas Ramos, R. Lopes, A.J. Ferreira, J. Bernardo, A. Pego  
Serviço de Pneumologia, CHUC .

**Caso clínico:** Homem, 40 anos, trabalha como canalizador/soldador, performance status "0". Antecedentes Pessoais: síndrome ansiosa; hipersensibilidade à penicilina. Sem medicação habitual. Ex-fumador de 11 UMA. Antecedentes familiares de patologia neoplásica do foro digestivo e ginecológico. Exame objetivo sem alterações. Em 3/2012 apresentou dois episódios de hemoptises, em pequena quantidade, com febre e rinorreia purulenta concomitantes. Realizou angiografia-TC torácica, que evidenciou formação tecidual com 1,2 cm na face posterior da traqueia, na proximidade da bifurcação, com suspeita de comunicação esófago-traqueal. Foi posteriormente enviado à consulta de Pneumologia. Exames complementares de diagnóstico e terapêutica: Análises, incluindo autoimunidade, marcadores tumorais, imunoglobulinas e SACE sem alterações. Estudo funcional ventilatório (5/2012): volumes e débitos pulmonares normais. TC do tórax (6/2012): acima da bifurcação da traqueia observa-se imagem nodular sólida de contornos regulares; pequenas formações ganglionares para-traqueais inferiores bilateralmente. Cintigrafia recetores da somatostatina (7/2012):

foco hipercaptante na dependência da traqueia, sem outros identificados. Videobroncofibroscopia (VBF) (05/2012): lesão tumoral vegetante, irregular, localizada na vertente posterior do esporão traqueal, com posição central, que foi biopsada, revelando hiperplasia de células basais do epitélio respiratório. Broncoscopia rígida (5/2012): lesão neoplásica avermelhada, francamente vascularizada, irregular, a nível do esporão traqueal, submetida a biópsias e laserterapia YAG; exame anatomopatológico revelou mucosa respiratória com lâmina própria dissociada por trabéculas e maciços de células neoplásicas poligonais, com índice mitótico < 4%, com expressão de CD56 e cromogranina: tumor carcinóide da traqueia. O doente foi apresentado à Cirurgia Cardiorádica, com o intuito de uma abordagem curativa. Foi submetido a cirurgia em 8/2012, que consistiu na ressecção da carina com reimplantação do brônquio principal esquerdo (BPE) na traqueia e do brônquio principal direito (BPD) na face lateral inferior direita da traqueia. Verificou-se na dependência da carina, a presença de uma lesão vegetante, com crescimento endofítico para o terminus da traqueia e início do BPD, que poupava a origem do BPE; gânglios do grupo 4 e 7, com conglomerado, que foram excisados. Diagnóstico histopatológico: Tumor carcinóide pTNM T1aN0Mx, sem invasão da margem de ressecção. Submetido a VBF em 09/2012 e 02/2017, onde foi observada área de anastomose broncoatraqueal, sem alterações aparentes. A 09/2019 foi novamente submetido a VBF, sem imagens compatíveis com recidiva tumoral, com discreta hipertrofia de aspeto cartilágneo na face anterior do BPE; realizado escovado e biópsias, sem identificação de células neoplásicas. A TC do Tórax de 7/2019 sem lesões endoluminais a nível da traqueia, brônquios principais ou alterações no parênquima sugestivas de lesões secundárias. O doente permanece assintomático e sem evidência de recidiva de doença nos exames complementares realizados.

**Discussão:** Os tumores da traqueia são entidades raras, representando cerca de 0,3% de todos os tumores. Com esta exposição, os autores pretendem destacar o caso clínico de um tumor raro, numa localização rara e sem sintomas inequívocos, alertando para a importância de um diagnóstico atempado. A cirurgia de ressecção, apesar da complexidade aliada a esta, constitui o tratamento de eleição nestes doentes, com sobrevida aos cinco anos que varia entre os 87 e os 100%.

**Palavras chave:** Carcinóide típico. Traqueia. Cirurgia torácica.

### PC 114. IMUNOTERAPIA EM DOENTES COM NEOPLASIA DO PULMÃO/HIV POSITIVOS - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

S. Cabral, V. Fernandes, D. Madama, M.A. Pego

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução:** Estudos clínicos levaram à aprovação da imunoterapia baseada em inibidores de checkpoint imunitários (ICPI) para uma variedade de neoplasias. Estes fármacos incluem anti-PD-1 (nivolumab, pembrolizumab), anti-PD-L1 (atezolizumab, durvalumab, avelumab) e agentes associados a linfócitos T anticitotóxicos (CTLA-4) (ipilimumab, tremelimumab). Dados emergentes sugerem que os ICPI direcionados à via PD-1/PD-L1 podem ser seguros e eficazes em doentes com HIV e neoplasia.

**Casos clínicos:** Caso clínico 1: homem de 68 anos, bom estado geral, com diagnóstico de carcinoma epidermóide do pulmão direito em 12/2018, em estadio avançado, por metastização pulmonar e adenopatias mediastínicas e supraclaviculares. Apresentava expressão de PD-L1 negativa nas células neoplásicas. Ex-fumador (cessou 1 ano previamente ao diagnóstico) com CT 45 UMA. HIV positivo com diagnóstico em 2007, sob TARV, CD4-370/mm<sup>3</sup> e virémia-0. Iniciou terapêutica com duplete de platino e gemcitabina tendo realizado 6 ciclos. Por progressão iniciou Docetaxel, tendo iniciado Nivolumab em 3ª linha, após reunião multidisciplinar com os colegas de Infe-

ciosas. Cumpriu 4 meses de terapêutica sem intercorrências. Por queixas de dermatite grau 1 e colite grau 2, foi suspenso temporariamente o tratamento. Aguarda exame imagiológico e clínico, para avaliar retoma da terapêutica. Caso clínico 2: homem de 49 anos de idade, bom estado geral, com diagnóstico de carcinoma epidermóide do pulmão em 08/2019, em estadio avançado, com metastização pulmonar e ganglionar. Apresentava expressão PD-L1 positiva em 50% das células neoplásicas. Trata-se de doente fumador com CT 40 UMA. Foi diagnosticado como HIV positivo em 2003, estando atualmente sob TARV, CD4-420/mm<sup>3</sup> e virêmia-0. Iniciou terapêutica de 1ª linha com duplo de platino e gemcitabina, tendo cumprido 6 tratamentos. O controlo imagiológico demonstrou a presença de nódulo pulmonar de novo, em contexto de progressão da doença. Após discussão multidisciplinar com colegas de Infeciosas, iniciou pembrolizumab em 2ª linha, estando atualmente no 4º mês de tratamento, sem intercorrências. Aguarda controlo imagiológico, para avaliar resposta à terapêutica.

**Discussão:** Os doentes HIV têm maior risco para desenvolver neoplasias comparativamente à população em geral; este risco é parcialmente atribuído a comorbilidades como o consumo tabágico, o que se verificou nos 2 casos clínicos apresentados. No passado, as neoplasias associadas ao HIV, eram indicadores de uma imunodeficiência profunda, tal como ocorria na apresentação do Sarcoma de Kaposi. Com a introdução da terapêutica retroviral, houve uma enorme diminuição destas apresentações, e atualmente as neoplasias não associadas a estados de imunodeficiência, como é o caso da neoplasia do pulmão, são as mais frequentes. É também sabido que cerca de 80% dos doentes sob imunoterapia, experimentam eventos adversos inflamatórios e relacionados com a imunidade, e que em doentes HIV com contagens CD4 dentro da normalidade, esse risco é semelhante ao da população em geral. Nos 2 casos clínicos apresentados, houve decisão conjunta com a Infeciologia para iniciar imunoterapia. De salientar que os doentes se mantiveram estáveis, do ponto de vista da sua imunodeficiência, com virêmia indetetável e contagens CD4 entre 350 e 500/mm<sup>3</sup>. Mais estudos serão necessários para esclarecer o mecanismo de atuação da imunoterapia no tratamento da neoplasia do pulmão e concomitante infeção HIV.

**Palavras chave:** Imunoterapia. Inibidores de checkpoint. Neoplasia do pulmão. HIV.

### PC 115. CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DE SOBREVIDA DOS DOENTES COM CARCINOMA PULMONAR NÃO PEQUENAS CÉLULAS ESTADIO IV COM MUTAÇÕES ALVO

L. Rodrigues, D. Hasmucrai, A.S. Vilariça, E. Teixeira, P. Alves

*Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.*

**Introdução:** A descoberta de marcadores moleculares específicos e terapêuticas alvo (TA) a eles dirigidas alterou o paradigma de tratamento do carcinoma pulmonar não pequenas células (CPNPC). No presente estudo os autores propõe-se analisar e comparar características e sobrevida dos doentes com estes marcadores numa coorte de doentes com CPNPC em estadio IV.

**Métodos:** Avaliação retrospectiva dos doentes seguidos na nossa unidade hospitalar, com diagnóstico de CPNPC estadio IV entre 01-01-2017 e 31-12-2018. Seguimento mínimo de 1 ano com a colheita final de dados a 31-12-2019. Registados dados sociodemográficos, ECOG, marcadores moleculares, PD-L1, tratamento realizado, resposta terapêutica e sobrevida.

**Resultados:** De um total de 272 doentes com diagnóstico de CPNPC estadio IV 194 (71,3%) fizeram estudo genético, 77 (39,7%) tinham marcadores moleculares positivos e foram selecionados para avaliação. Todos tinham diagnóstico histológico de adenocarcinoma, idade média de 64 anos, 39 (50,6%) eram do sexo feminino. 46 (59,7%) fumadores ou ex-fumadores com carga tabágica média de 50 UMA. Quanto ao performance status a maioria apresentava-se com ECOG

0 ou 1, 25 (32,5%) e 38 (49,4%) doentes respetivamente. A mutação mais prevalente foi no gene KRAS, encontrada em 31 (40,3%) doentes, seguida do EGFR em 24 (31,2%), ALK em 16 (20,8%) e BRAF em 6 (7,8%). 14 (58,3%) doentes com mutação EGFR apresentaram deleção no exão 19. 9 (37,5%) no exão 21 e 1 (4,2%) no exão 18. A pesquisa de PD-L1 foi possível em 70 (90,9%) doentes, dos quais 22 (31,4%) tiveram resultado negativo e 27 (35,6%) tiveram um valor superior a 50%. Para a avaliação de sobrevida e reposta terapêutica foram excluídos os doentes KRAS, uma vez que não existe TA para essa mutação. A terapêutica inicial foi TA em 37 (80,4%) doentes, 4 (8,7%) não fizeram qualquer terapêutica, 3 (6,5%) fizeram quimioterapia e 2 (4,4%) imunoterapia. Nos casos em que houve progressão durante o período de seguimento, esta ocorreu em média aos 9,2 meses (mínimo de 4 e máximo de 17) sendo que em 31 (67,4%) doentes não foi documentada progressão. Na avaliação a um ano tinham progressão 12,5% dos doentes EGFR (7,1% exão 19 vs 22,2% exão 21), 43,8% dos ALK e 16,6% dos BRAF. Dos 46 doentes selecionados, 24 (52,2%) encontravam-se ainda vivos no final do período de seguimento o que lhes confere uma sobrevida global superior a 12,9 meses. Na avaliação aos 12 meses, 27 (56,7%) destes pacientes sobreviveram, por tipo de mutação verificamos que 71,4% dos EGFR exão 19, 44,4% dos EGFR exão 21, 75% dos ALK e 50% dos BRAF ultrapassaram a barreira de 1 ano de sobrevida.

**Conclusões:** Detetadas mutações em 39,7% dos doentes com CPNPC estadio IV verificando-se maior prevalência de KRAS seguido de EGFR. Tal como descrito na literatura, nas mutações EGFR a mais prevalente foi a deleção no exão 19, tendo estes doentes melhor sobrevida livre de progressão melhor sobrevida global comparativamente com outras mutações no mesmo gene. Aparente vantagem de sobrevida dos doentes com mutações ALK, mas não sendo possível retirar conclusões definitivas sem um follow-up mais prolongado.

**Palavras chave:** Carcinoma pulmonar não pequenas células (CPNPC). Marcadores moleculares. Terapêutica alvo (TA).

### PC 116. UM DERRAME PLEURAL DE APARÊNCIA QUISTICA E UMA NEOPLASIA DO PULMAO

T. Sales Marques, P. Americano, K. Cunha, J. Romero Contreras, B. dos Santos, D. Neves, U. Brito

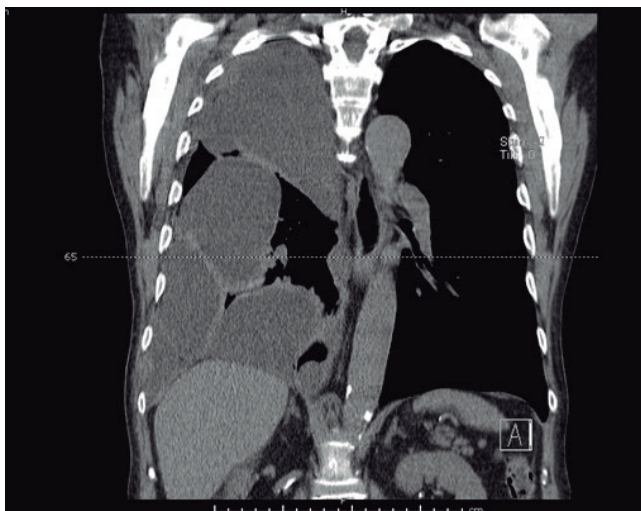
*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário do Algarve.*

**Introdução:** O derrame pleural (DP) pode resultar de doenças infecciosas, doenças sistémicas, patologia cardiovascular, trauma, neoplasias ou intervenções médicas. A determinação da etiologia do DP passa por uma história clínica detalhada, caracterização imagiológica e da análise das características do líquido pleural (LP). No entanto, o resultado dessa investigação, nem sempre permite chegar ao diagnóstico definitivo.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 72 anos, autónomo, fumador (28 UMA), com hábitos toxicófilos, nomeadamente cannabis e cocaína, com hábitos alcoólicos importantes. Com antecedentes pessoais de pneumonia bilateral e pleurite recorrente há cerca de 40 anos. Em fevereiro de 2020 o doente sofreu uma queda da própria altura com embate frontal do tórax. Desde essa altura que apresenta quadro de dispneia progressiva, com mMRC 3, ortopneia, tosse seca, perceção de perda ponderal importante e dorsalgia infraescapular à direita. Recorreu a uma consulta particular tendo realizado radiografia de tórax que revelou várias hipotransparências heterogêneas de grandes dimensões de contornos definidos no hemitórax direito, tendo sido encaminhado para o Serviço de Urgência. Ao exame objetivo o doente apresentava-se hipertenso, TA 190/100 mmHg, FC 85 bpm, polipneico, FR 25 cpm, com SpO2 96%. Verificava-se uma assimetria dos movimentos respiratórios, com importante diminuição da expansão torácica à direita. À auscultação pulmonar o murmúrio vesicular encontrava-se diminuído em todo o hemitórax direito, com ferveores crepitantes na base direita.



Analicamente a destacar leucocitose de  $20 \times 10^9/L$ , com  $15 \times 10^9/L$  neutrófilos, PCR 3 mg/L, GGT 223 UI/L. A TC de tórax revelou múltiplas imagens de aparente natureza quística em topografia pleural, envolvendo a pleura costal, diafragmática e mediastínica e massa sólida ( $57 \times 48$  mm) a condicionar destruição do 3º arco costal direito em contiguidade com espessamento da pleura costal do ápex direito. O doente foi internado para esclarecimento diagnóstico. Procedeu-se a toracocentese, biopsias pleurais e colocação de dreno pleural. O LP tinha uma aparência turva apresentando características de exsudado complicado: leucócitos  $11.590 \text{ cél/mm}^3$ , predomínio de polimorfonucleares, 37% linfócitos, LDH  $> 1.995$  U/L, proteínas totais 3 g/dL, pH 7,4, Glicose  $< 5$  mg/dL, ADA 168 UI/L. Perante a apresentação clínica, imagiológica e as características do LP foi colocada a hipótese de neoplasia de eventual origem pulmonar não sendo clara a etiologia do derrame pleural. O estudo complementar, previamente realizado, nomeadamente as hemoculturas, as antigenurias de Legionella e Pneumococcus, as serologias para pneumonias atípicas e os anticorpos de Echinococcus granulosus revelou-se negativo. O rastreio virológico revelou uma Hepatite C. Os exames bacteriológico, micobacteriológico do LP e o exame micobacteriológico das biopsias pleurais revelaram-se negativos. Os exames citológicos e histológicos não evidenciaram células neoplásicas. Foi drenado um total de 1.200 cc de LP seroso, tendo-se removido o dreno torácico ao 7º dia de internamento, com melhoria clínica e radiológica, verificando-se uma expansão pulmonar quase total. Foi realizada punção aspirativa transtóraca da lesão do arco costal que revelou um adenocarcinoma do pulmão pouco diferenciado.



**Discussão:** Perante o achado de uma massa costal com invasão pleural os autores consideraram o diagnóstico de neoplasia. Salienta-se, no entanto, neste caso uma atípica apresentação imagiológica de um derrame pleural volumoso e complicado que se apresentou inicialmente como um fator confundidor.

**Palavras chave:** Derrame pleural. Neoplasia do pulmão. Adenocarcinoma.

#### PC 117. FATORES PREDITIVOS DE SOBREVIVÊNCIA NO CARCINOMA PULMONAR DE PEQUENAS CÉLULAS

J.D. Rodrigues Barbosa, D. Hasmucrai, A. Vilariça, P. Alves

Serviço de Pneumologia, Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte-Hospital Pulido Valente.

**Introdução:** O Carcinoma Pulmonar de Pequenas Células (CPPC) pertence ao grupo dos tumores neuroendócrinos do pulmão de alto

grau, representando 13% de todos os câncros do pulmão, sendo que o prognóstico está fortemente dependente do estágio da doença.

**Objetivos:** O objetivo deste estudo foi determinar fatores que predizem uma longa sobrevivência no CPPC.

**Métodos:** Foi efetuada uma análise estatística dos 68 doentes acompanhados no Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte admitidos desde 1 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2018. Realizou-se uma análise dos principais dados demográficos, clínicos, imagiológicos e terapêuticos.

**Resultados:** Dos 68 doentes registados, 48 correspondiam ao sexo masculino, a média etária era de  $65,9 \pm 10$  anos e 97% apresentavam história de hábitos tabágicos ( $65 \pm 31$  UMA). O IMC foi de  $25,1 \pm 5,2$  kg/m<sup>2</sup> e a performance status (PS) de 0-1 em 76%. Trinta e nove doentes (58%) encontravam-se em estágio IV de doença, 27 em estágio III (40%) e apenas um em estágio IA2. No diagnóstico inicial, 28% apresentavam metastização hepática, 19% suprarrenal, 16% do sistema nervoso central (SNC) versus 46% durante o seguimento, 15% metastização óssea e 12% com metastização pulmonar contralateral. O início de quimioterapia (QT) desde o diagnóstico foi de  $26 \pm 20$  dias, e 36% dos doentes efetuaram combinação com radioterapia (RT). Cerca de 82% foram submetidos a QT de primeira linha com duplete de platino e etoposido, 5% com etoposido oral e 13% não iniciaram QT. Foi observada resposta parcial em 53%, resposta completa em 7%, doença estável em 10% e progressão de doença em 16%. Foram registadas diferenças estatisticamente significativas no tempo de sobrevivência no grupo submetido a QT/RT e nos doentes submetidos a RT torácica ( $p < 0,01$ ). Foram também documentadas diferenças estatisticamente significativas nos doentes com menor PS e sem metastização hepática, óssea e suprarrenal ( $p < 0,05$ ). Relativamente à metastização no SNC não se documentou uma diferença estatisticamente significativa. Dos 56 doentes que faleceram, o tempo médio de sobrevivência foi de  $43 \pm 31$  semanas. Dez doentes tiveram uma sobrevivência superior a 24 meses, todos com PS 0-1, 80% em estágio III e 70% sem metastização do SNC.

**Conclusões:** A PS, o estágio de doença, a QT/RT, a resposta à terapêutica e a ausência de metastização óssea, hepática e suprarrenal, podem prever uma maior sobrevivência.

**Palavras chave:** Neoplasia do pulmão. Carcinoma pulmonar de pequenas células.

#### PC 118. NÓDULOS PULMONARES MÚLTIPLOS - UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

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

CHTMAD.

**Introdução:** Múltiplos nódulos pulmonares são, geralmente, de natureza metastática; no entanto, cursam com diagnóstico diferencial de uma série de doenças inflamatórias e infecciosas. Radiologistas e pneumologistas deparam-se com achados radiográficos incidentais de nódulos pulmonares diariamente. A decisão de como lidar com esses achados é muito importante, com impacto no tratamento e prognóstico.

**Caso clínico:** Mulher, 47 anos. Não fumadora. Diagnóstico de carcinoma espinocelular invasivo da língua em março de 2018. Durante o estadiamento, a TC cervico-torácica evidenciou múltiplas nodularidades, de contornos arredondados, a maior com cerca de 12 mm, na face posterior do lobo inferior direito, de natureza incerta. A doente foi então admitida para hemiglossectomia, altura na qual foi observada por Pneumologia. Foi proposta broncofibroscopia e biópsia transtorácica e enviada a consulta de Pneumologia Oncológica. Na consulta a doente apresentava como sintomatologia tosse seca e dispneia para esforços moderados com cerca de 1 mês de evolução. Negava perda de peso ou outros sintomas constitucionais, febre ou hemoptises. Durante a entrevista identificada como exposição de relevo periquitos no seu domicílio, desde janeiro de 2018. Nesta al-

tura a doente havia cessado a exposição a pássaros durante o internamento, mantendo este afastamento após a alta. A broncofibroscopia não havia apresentado alterações suspeitas de malignidade endobronquial; o aspirado brônquico era amicrobiano. Aquando da realização da biópsia havia sido verificado o desaparecimento dos nódulos dominantes, apresentando apenas micronódulos até 7 mm centrilobulares, sem indicação de biópsia naquele momento. Assim, foi decidida vigilância clínica e imagiológica. O follow-up imagiológico evidenciou estabilidade dimensional dos micronódulos durante 9 meses, altura em que a TC do tórax revelou aumento da dimensão dos nódulos e cavitação, pelo que realizou biópsia transtorácica. Os resultados da anatomia patológica revelaram Leiomioma metastizante benigno. A doente foi avaliada por Ginecologia, que propôs histerectomia total com anexectomia bilateral, revelando posteriormente leiomiomas uterinos. A imagem de reavaliação 4 meses após a cirurgia revelou resposta parcial dos nódulos.

**Discussão:** Leiomioma metastizante benigno (LMB) é uma entidade rara que afeta geralmente mulheres com história de leiomiomas uterinos, que metastatizam. O local mais frequente de metastização é o pulmão, sendo a apresentação mais comum vários nódulos pulmonares compostos por células musculares lisas. O diagnóstico geralmente é incidental. O curso clínico costuma ser indolente e a maioria das pacientes permanece assintomática. Encontramos apenas 10 casos em que a apresentação ocorreu em mulheres com o útero intacto. O tratamento não é padronizado devido à raridade da doença: vigilância, histerectomia, ooforectomia ou tratamento hormonal. As lesões pulmonares geralmente permanecem estáveis, com alguns casos de regressão com o tratamento.

**Palavras chave:** Cancro do pulmão. Nódulos pulmonares. Leiomioma metastizante benigno.

### PC 119. SÍNDROME SCHWARTZ-BARTTER COM HIPONATREMIA GRAVE REFROTÁRIA NO CARCINOMA PULMONAR DE PEQUENAS CÉLULAS

T. Sales Marques, M.P. Ferreira, C. Gaspar, V. Leite, T. Almodôvar, J. Duro da Costa

*Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Faro - Serviço de Pneumologia.*

**Introdução:** A síndrome Schwartz-Bartter, também conhecida como secreção inapropriada da hormona anti-diurética (SIADH), já foi identificada noutros tumores sólidos, mas a sua incidência é superior no carcinoma pulmonar de pequenas células (CPCC). Na maioria dos casos o diagnóstico decorre de uma avaliação analítica com ausência de sintomas relevantes.

**Caso clínico:** Homem de 56 anos, autónomo, fumador, com uma carga tabágica de 40 UMA. Sem antecedentes de relevo ou medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência do hospital da área de residência por quadro de lombalgia súbita, com agravamento progressivo, com três dias de evolução. Ao exame objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável, apirético, eupneico com SpO<sub>2</sub> 94% em ar ambiente. A auscultação pulmonar sem alterações e os membros inferiores sem edemas. Analiticamente apresentava parâmetros inflamatórios aumentados e hiponatremia grave (Na 118 mmol/L). A radiografia de tórax mostrava uma opacidade discóide de contornos regulares em aparente contacto com o hilo direito. A TC torácica revelou uma massa supra hilar direita de 8 cm de maior eixo. O doente foi internado para investigação complementar que revelou a presença de um Carcinoma Pulmonar de Pequenas Células do lobo superior direito em estadio IV com metastização hepática e óssea. Foi transferido para o nosso hospital, tendo iniciado quimioterapia com carboplatina e etoposido. Ao longo do internamento apesar da reposição endovenosa diária de sódio, a hiponatremia grave manteve-se refratária. Procedeu-se à investigação analítica dirigida destacando-se: sódio 107 mmol/L (valor mais baixo), reduzida osmolalidade sérica (216,6 mOsm/Kg), hiperosmolalidade urinária inapropriada

(489,3 mOsm/Kg) e elevada excreção urinária de sódio (143 mmol/L). A função tiroideia, renal e supra-renal encontravam-se mantidas. Admitiu-se o diagnóstico de SIADH paraneoplásica. Instituiu-se restrição do aporte hídrico, reforço de sal na dieta e terapêutica diurética com furosemida. Apesar de uma hiponatremia crónica grave, o doente manteve-se sempre assintomático. Teve alta para o domicílio com sódio sérico de 112 mmol/L mantendo a terapêutica instituída e vigilância médica regular.

**Discussão:** Salienta-se neste caso clínico a invulgar apresentação de uma hiponatremia grave refratária e assintomática num doente com um CPCC.

**Palavras chave:** Hiponatremia grave. Síndrome de secreção inapropriada de hormona anti-diurética. Carcinoma pulmonar de pequenas células. Síndrome de Schwartz-Bartter.

### PC 120. CANCRO DO PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS COM REARRANJO ROS1 - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

S. Sousa, M. Pimenta Valério, D. Rodrigues, J. Nunes Caldeira, A. Figueiredo, F. Barata

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** O rearranjo do gene ROS1, um oncogene driver, está presente em cerca de 1-2% dos CPNPC. Apesar da maioria dos doentes responder inicialmente ao inibidor da tirosina quinase (TKI) ROS1 crizotinib, a recidiva invariavelmente ocorre e as opções terapêuticas na progressão da doença são limitadas. Neste trabalho relatamos a experiência do nosso centro no tratamento de 3 doentes com CPNPC com rearranjo ROS-1.

**Casos clínicos:** Caso 1: sexo masculino, 65 anos, ex-fumador (60 UMA), adenocarcinoma estadio IV (metastização pleural), diagnosticado em Dezembro de 2014 e tratado com QT (carboplatino/pemetrexed). Reavaliação imagiológica após 4 meses com progressão da doença (óssea e pulmonar) e nova análise molecular do líquido pleural a revelar rearranjo do gene ROS1 positivo. Iniciou terapêutica alvo dirigida com crizotinib (250 mg, 2 vezes/dia) obtendo-se uma resposta sustentada durante 34 meses. Nesta altura houve necessidade de interrupção do tratamento por insuficiência renal com alteração da terapêutica para ceritinib (750 mg/dia). Manteve igualmente estabilidade prolongada da doença com ceritinib durante 21 meses até ao desenvolvimento de queixas neurológicas em contexto de progressão por metástases cerebrais. Realizou RT holocraneana e iniciou 3ª linha com lorlatinib off-label (100 mg/dia). O tratamento com este TKI foi complicado por efeitos secundários a nível do SNC (alucinações auditivas e visuais) com necessidade de redução da dose (50 mg/dia). Atualmente e após 3 meses de terapêutica com lorlatinib, verifica-se resposta cerebral e torácica. Caso 2: sexo feminino, 62 anos, não fumadora, adenocarcinoma do pulmão estadio IV (metastização pleural, pericárdica e hepática), diagnosticada em Março de 2017 e tratada com QT (6 ciclos de carboplatino/pemetrexed), com controlo da doença durante 23 meses. Subsequentemente, reavaliação imagiológica com evidência de progressão pulmonar. Realizou rebiópsia da lesão que revelou rearranjo do gene ROS1 positivo. Baseado nestes achados, iniciou crizotinib (250 mg, 2 vezes/dia) com resposta parcial sustentada durante 12 meses, altura em que a doente experienciou múltiplos efeitos laterais a este TKI, incluindo fadiga, anorexia e distúrbios gastrointestinais, que levaram a redução da dose e posteriormente à sua suspensão. Iniciou em 3ª linha certinib off-label com resposta parcial atualmente aos 3 meses de tratamento. Caso 3: Sexo feminino, 76 anos, não-fumadora, adenocarcinoma do pulmão estadio IV (metastização pleural) diagnosticada em Dezembro 2018, rearranjo do gene ROS1 positivo. Iniciou tratamento com crizotinib em 1ª linha (250 mg, 2 vezes/dia) mantendo resposta parcial atualmente aos 18 meses de tratamento.

**Discussão:** Neste relato, descrevemos um subconjunto de doentes com CPNPC com rearranjado ROS1 que beneficiaram do tratamento

com crizotinib e em que o tratamento sequencial com TKIs na progressão com ceritinib e lorlatinib esteve associado a períodos prolongados de sobrevivência.

**Palavras chave:** ROS1. Cancro do pulmão.

### PC 121. DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA PULMONAR DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19

S.C. Pimenta Dias, A.P. Vaz, R. Neves Machado, A.L. Fernandes, B. Cabrita, M. Araújo, J. Amado, M. Honavar, J. Ferreira

Hospital Pedro Hispano.

**Introdução:** Durante o período inicial da pandemia pela COVID-19 verificou-se uma reestruturação dos sistemas de saúde com o objetivo de evitar a sua sobrecarga e minimizar o contágio do novo SARS-CoV2 na população. Para além disso, observou-se uma redução do recurso aos serviços de saúde por parte dos doentes, nomeadamente ao serviço de urgência, bem como uma redução na realização de exames complementares de diagnóstico. Assim, os autores pretendem analisar os possíveis efeitos indiretos da COVID-19 no diagnóstico de neoplasia pulmonar.

**Métodos:** Análise retrospectiva e comparativa dos diagnósticos anatomopatológicos de neoplasias primárias do pulmão/pleura obtidos no Hospital Pedro Hispano, nos primeiros 6 meses de 2019 e de 2020 e, particularmente, no período em que foi declarado o Estado de Emergência (EM), de 18 de março a 3 de maio de 2020.

**Resultados:** Nos primeiros 6 meses de 2020 foram diagnosticados 43 casos de neoplasias [18 mulheres, idade média  $67,3 \pm 9,0$ ], enquanto no mesmo período de 2019 foram realizados 67 diagnósticos [21 mulheres, idade média  $69,7 \pm 9,8$ ], o que representa uma diminuição significativa de 36% [ $\chi^2 (1) = 5,24, p < 0,05$ ]. Durante o período do EM, houve uma redução significativa de 57% nos diagnósticos de neoplasias relativamente ao mesmo período em 2019 [21 em 2019 versus 9 em 2020;  $\chi^2 (1) = 4,80, p < 0,05$ ]. Verificou-se uma redução de 22% no número de diagnósticos no período após o EM quando comparado com o período equivalente em 2019, não sendo esta diminuição significativa. [14 em 2020 versus 18 em 2019;  $\chi^2 (1) = 0,50, p = 0,480$ ]. Comparando os períodos do EM com o seu equivalente em 2019, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto ao tempo de evolução dos sintomas até ao

diagnóstico [mediana em 2019 = 3 meses versus mediana em 2020 = 1 mês;  $p = 0,99$ ], estadio TNM [ $p = 0,33$ ] ou tipo de exame que confirmou o diagnóstico anatomopatológico [ $p = 1,000$ ], nomeadamente broncofibroscopia [7 em 2019 versus 3 em 2020], biópsia transtorácica [13 em 2019 versus 6 em 2020] e biópsia pleural [1 em 2019 versus 0 em 2020].

**Conclusões:** Durante o período do EM verificou-se uma redução significativa no diagnóstico de neoplasia do pulmão/pleura. Esta situação assume especial relevância, já que o atraso no diagnóstico e no início do tratamento deste tipo de neoplasias serão preponderantes no seu prognóstico. Os autores consideram que esta análise deve ser estendida ao período pós-pandemia e, desta forma, perceber o verdadeiro impacto da COVID-19 no que toca ao diagnóstico neoplásico.

**Palavras chave:** Diagnóstico. Neoplasia pulmonar. COVID-19.

### PC 122. REGRESSÃO ESPONTÂNEA DE TUMOR CARCINÓIDE PULMONAR

A.C. Pimenta, I. Rodrigues, L. Nascimento, S. Raimundo, A. Alexandre, T. Gomes, A. Fernandes

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

**Introdução:** Os tumores carcinóides do pulmão são entidades raras, representando ~1% das neoplasias malignas torácicas. A regressão espontânea de doença neoplásica refere-se à regressão parcial ou completa de lesões comprovadamente malignas na ausência de terapêutica adequada e é um fenómeno extremamente raro nas neoplasias torácicas primárias.

**Caso clínico:** Reportamos o caso de uma mulher de 79 anos, autónoma e não fumadora, com exposição passiva a fumo de tabaco, em estudo na consulta de Cardiologia por Hipertensão Pulmonar suspeita em ecocardiograma transtorácico. A doente tinha antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, dislipidemia e hipertensão arterial. Realizou TC de tórax que evidenciou “nódulo com cerca de 12 mm de diâmetro localizado à vertente médio-basal do lobo inferior do pulmão direito, de contornos muito discretamente espiculados e de características suspeitas de lesão neoforativa broncopulmonar primitiva”. Foi referenciada à Consulta de Pneumologia Oncológica

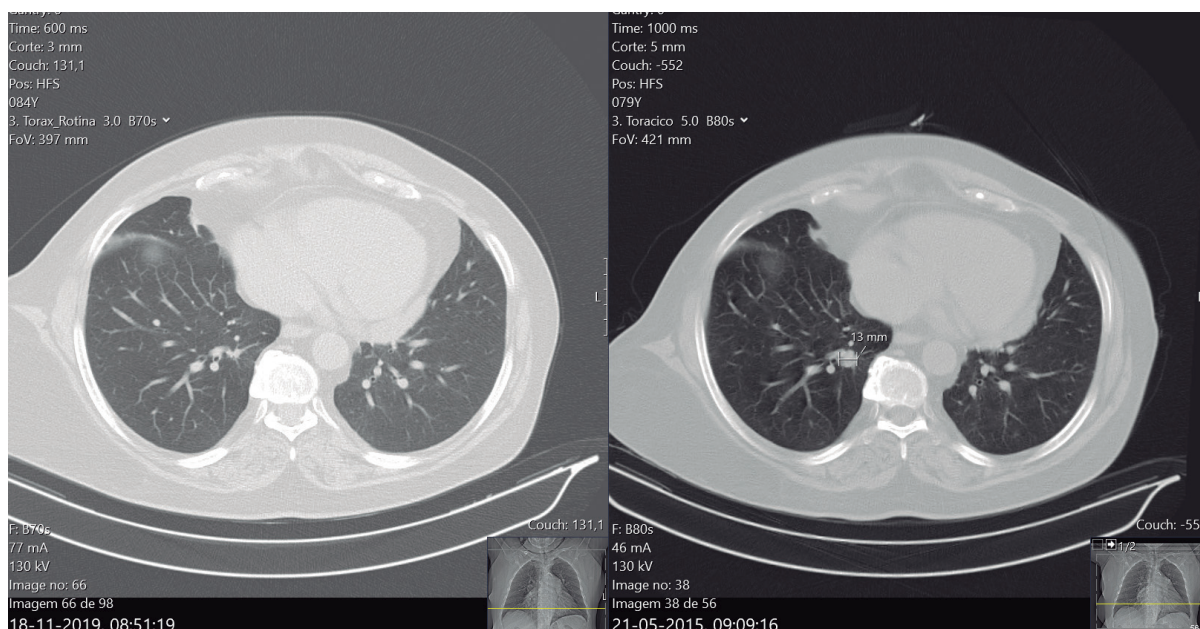


Figura PC 122

e iniciou o estudo complementar, tendo realizado broncofibroscopia, sem lesões endobrônquicas, com aspirado negativo para células malignas e PET CT com avides para FDG apenas na referida localização (SUV 2,4). Realizou Biópsia Transtorácica (BTT) que se revelou inconclusiva. Em TC de seguimento, observou-se progressão dimensional do nódulo, medindo 18 × 25 mm. Nesta altura, realizou nova BTT, que revelou “aspectos morfológicos e imunofenotípicos favoráveis ao envolvimento discreto e focal por carcinoma neuroendócrino bem diferenciado (tumor carcinóide)”, com Ki67 < 2%. As provas funcionais respiratórias revelaram Alteração ventilatória Obstrutiva ligeira com resposta a broncodilatador inalado, compatíveis com a realização de intervenção cirúrgica. No entanto, a doente recusou cirurgia, pelo que se manteve vigilância. A TC de reavaliação “nódulo sólido, captante, um pouco irregular, localizado no segmento médio-basal do lobo inferior direito medindo 12 mm (...) que não demonstra progressão dimensional”. Neste contexto, foi proposto manter-se vigilância. A lesão revelou progressiva regressão dimensional, para 10 mm de maior eixo. Em TC de reavaliação após 3 anos do início do seguimento, observa-se resolução total da imagem nodular, sendo relatado “no presente estudo, (...) na topografia do lobo inferior direito, não nos apercebemos de imagens de caráter nodular a este nível”.

**Discussão:** Neste caso, verificamos resolução imagiológica completa de um tumor carcinóide do pulmão, sem tradução endobrônquica, com aparente baixa atividade metabólica, ao longo de um follow up de 3 anos. Este fenómeno foi previamente descrito por Venkatram et. al. em 2017. A realização de biópsia transtorácica pode ter cursado com exposição antigénica e potenciado a resposta imunológica anti-tumoral, com resolução da lesão.

**Palavras chave:** Neoplasia pulmonar. Tumor carcinóide. Regressão espontânea.

### PC 123. ADENOCARCINOMA DO PULMÃO COM MUTAÇÃO COMPOSTA DO EGFR - O PAPEL DO RETRATAMENTO COM INIBIDOR DA TIROSINA CINASE DE 1ª LINHA

R. Belo Quita, S. Azevedo, P. Fidalgo, A. Araújo

*Centro Hospitalar e Universitário do Porto-Hospital Geral Santo António.*

**Introdução:** A identificação de mutações sensibilizadoras no carcinoma do pulmão de não pequenas células (CPNPC) permitiu o desenvolvimento de terapêuticas alvo com benefício na taxa de resposta e sobrevivência livre de progressão comparativamente à quimioterapia (QT). No entanto, apesar da boa resposta inicial, a doença evolui invariavelmente. O Afatinib é um inibidor irreversível da tirosina cinase (ITC) do EGFR e HER2. Em estudos mais recentes foi demonstrada a sua eficácia nas mutações raras de EGFR.

**Caso clínico:** Mulher de 69 anos, sem antecedentes patológicos de relevo e sem história tabágica. Diagnóstico de adenocarcinoma do lobo médio do pulmão direito, estadio cT2N0M0, com mutação composta do EGFR (exão 18 G719X e exão 20 S7681), ALK negativo, PD-L1 negativo. Submetida a lobectomia e esvaziamento ganglionar. O resultado anatomo-patológico revelou adenocarcinoma, G2, estadio IIIA [pT4N0(0/2)R0M0], sem invasão linfovascular. Realizou 1 ciclo de QT adjuvante com Cisplatina e Vinorelbina. Internada após, por neutropenia febril. O estudo realizado revelou extensa consolidação do lobo inferior direito. A citologia de lavado broncoalveolar confirmou recidiva de adenocarcinoma. A doente apresentava ECOG 2. Realizou tratamento sistémico paliativo de 1ª linha com Gefitinib 250 mg PO qd com boa tolerância e doença estável com melhor resposta. Nove meses após, apresentou progressão assintomática de doença. A pesquisa de mutação de resistência T790M foi negativa, inicialmente por biópsia líquida e posteriormente por biópsia tecidual. Manteve Gefitinib. Quatro meses após, apresentou progressão de doença pulmonar associada a agravamento sintomático e insuficiência respiratória. Realizou QT com Carboplatina e Pemetrexedo,

3 ciclos, tendo apresentado progressão de doença como melhor resposta. Em grupo multidisciplinar, foi proposta a realização de tratamento paliativo off label com Afatinib. A doente iniciou na dose de 40 mg PO qd, com necessidade de redução para 30 mg PO qd por diarreia G3. Desde o início do tratamento, a doente teve um franco benefício clínico com resolução de insuficiência respiratória e melhoria de estado funcional, atualmente ECOG 1. Aguarda avaliação imagiológica.

**Discussão:** O tratamento de CPNPC com mutações compostas do EGFR permanece incerto. Existe evidência que suporta a utilização de Afatinib nestes casos, em 1ª linha ou como forma de retratamento com ITC de 1ª linha. Neste caso, dada a ausência de mutação de resistência T790M e ausência de resposta a QT, a opção pela utilização de Afatinib revelou-se clinicamente significativa.

**Palavras chave:** Adenocarcinoma. Mutações EGFR. Gefitinib. Afatinib.

### PC 124. PEMBROLIZUMAB EM MONOTERAPIA COMO PRIMEIRA LINHA TERAPÊUTICA PARA CARCINOMA PULMONAR DE NÃO-PEQUENAS CÉLULAS AVANÇADO - A REAL LIFE STUDY

M. Costa e Silva, M. Dias, S. Campinha, E. Silva, D. Coutinho, T. Costa, A. Barroso

*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.*

**Introdução:** O Pembrolizumab é um anticorpo monoclonal humanizado anti-PD-1 com actividade antineoplásica sobre o Carcinoma Pulmonar de Não-pequenas Células (NSCLC). O estudo pivotal de fase III KEYNOTE-024 demonstrou que o pembrolizumab em monoterapia melhorou significativamente a progression-free survival (endpoint primário), assim como a overall survival nos doentes com NSCLC com expressão de PD-L1 ≥ 50% nas células tumorais.

**Objetivos:** Avaliar a eficácia e segurança do pembrolizumab em contexto de vida real.

**Métodos:** Estudo retrospectivo que incluiu doentes com NSCLC avançado, propostos para terapêutica de primeira linha com pembrolizumab, recrutados na Unidade Multidisciplinar de Tumores Torácicos durante 3 anos (Junho 2017-Junho 2020). Foi realizada uma caracterização epidemiológica (género, idade, hábitos tabágicos e performance status), assim como avaliado o perfil de segurança. Foi ainda avaliada a progression-free survival (PFS) e a overall survival (OS) através de curvas Kaplan-Meier.

**Resultados:** Trinta e seis doentes foram incluídos no estudo. A idade média foi de 65 ± 12 anos, a maioria era do sexo masculino (n = 31; 86,1%) e 32 (88,8%) doentes era fumadores ou ex-fumadores. Aquando do diagnóstico, a maioria dos doentes apresentava um performance status de 1 (n = 23; 63,9%); os restantes apresentaram scores de 0 (n = 10; 27,8%) e 2 (n = 3; 8,3%). Quanto à histologia, 25 apresentavam Adenocarcinoma (69,4%), 8 apresentavam Carcinoma Epidermóide (22,2%) e 3 NCSLC não especificado (8,3%). Noventa e quatro por cento (n = 34) dos doentes encontrava-se em estadio IV NSCLC ao diagnóstico, e 5,6% (n = 2) apresentavam metástases cerebrais assintomáticas, não tratadas, aquando da inclusão no estudo. A expressão de PD-L1 mediana foi 80 (intervalo: 30-100). A taxa de resposta objetiva foi de 41,7% (15 com resposta parcial; nenhum apresentou resposta completa). Onze doentes apresentaram doença estabilizada (30,6%) e 10 doentes apresentaram progressão da doença (27,8%). A PFS média foi de 10,6 ± 10,1 meses e a OS foi de 13,1 ± 10,6 meses. Foram observados um total de 21 Reações Adversas (AE), num total de 17 doentes (47,2%). Destes, o AE mais comum foi hipotireoidismo (n = 3; 14,3%), seguido de hepatite (n = 3; 14,3%), pneumonite (n = 2; 9,5%) e dermatite/rash (n = 2; 9,5%). Quatro doentes descontinuaram o tratamento devido a AEs (2 por pneumonite (50%), 1 por colite (25%) e 1 por hepatite (25%).

**Conclusões:** Numa cohort de vida real de doentes com NSCLC avançado (incluindo performance status de 2 e metástases cerebrais não

tratadas), com expressão de PD-L1  $\geq$  50%, o pembrolizumab demonstrou valores similares de PFS, assim como um perfil de segurança similar ao observado durante os estudos clínicos.

**Palavras chave:** Pembrolizumab. NSCLC.

### PC 125. ABORDAGEM EMERGENTE DO SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR RECIDIVADO

D.M. Monteiro Canhoto, D. Ferreira

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** O síndrome da veia cava superior (SVCS) é uma complicação fatal da neoplasia do pulmão, se não tratada atempadamente. A recidiva deste síndrome ocorre em taxa elevada em neoplasias em estádios avançados, tornando a necessidade de retratamento frequente. No entanto, a abordagem da recidiva do SVCS tem sofrido alterações de paradigma, em particular relativamente ao seu tratamento imediato. É apresentado um caso de decisão terapêutica difícil pela elevada complexidade do envolvimento vascular pela neoplasia.

**Caso clínico:** Mulher de 61 anos de idade, performance status Eastern Cooperative Oncology group 3 com adenocarcinoma primário do pulmão direito, estágio IV, em progressão foi admitida no serviço de Urgência por dor não controlada no hemitórax direito anterior, apesar de se encontrar sob doses elevadas de analgésicos opióides. Nos 10 meses prévios a esta admissão, a doente havia sido submetida a colocação bem sucedida de stent na veia cava superior por estenose secundária a compressão extrínseca pela massa tumoral com resultante patência endovascular. À apresentação, apresentava-se com edema da face, espessamento dos tegumentos faciais e cervicais (peau d'orange) e com circulação venosa colateral exuberante no terço superior do tórax. Era aparente distensão jugular venosa direita na posição sentada. A auscultação revelava taquicardia e roncos bilateralmente. Por último, apresentava sinal de Pemberton positivo. Analiticamente, não existiam alterações analíticas relevantes no sangue venoso periférico ou na gasimetria arterial. Por suspeita de síndrome da veia cava superior recidivado foi obtida angioTC torácica emergente. Esta revelava estenose luminal da artéria pulmonar direita e encarceramento das veias pulmonares ipsilaterais pela massa tumoral. Adicionalmente, verificava-se trombose da veia jugular interna direita e subclávia e tronco braquiocefálicos ipsilaterais, com extensão parcial do trombo para a veia cava superior e aurícula direita. Por último, era aparente invasão da aurícula esquerda com deformação da cavidade cardíaca e hidropneumotórax organizado à direita. A abordagem do caso foi discutida multidisciplinarmente. A doente iniciou corticoterapia, bem como hipocoagulação sistémica atendendo à elevada carga trombótica. A hipervolemia foi expoliada com terapêutica diurética e manteve-se um baixo limiar para administração de terapêutica antitrombótica, atendendo ao possível envolvimento do tecido de condução cardíaco. Por último, a doente foi submetida a cateterismo da veia femoral direita e flebografia do sistema venoso torácico, que corroborava os múltiplos défices de repleção e extensa circulação colateral. Subsequentemente, foi realizada nova tentativa de recanalização do segmento trombosado com stent  $16 \times 100$  mm, com sucesso no alívio sintomático e melhoria hemodinâmica.

**Discussão:** Apresentou-se o caso de uma recidiva complexa de SVCS por um adenocarcinoma do pulmão com extensa invasão locorregional, para o qual concorreram a compressão extrínseca pelo tumor e a trombose vascular e intracardíaca. Nesta doente, a componente trombótica elevada e necessidade premente de melhoria hemodinâmica motivaram a abordagem endovascular em detrimento da radioterapia emergente - indo ao encontro do preconizado na evidência mais recente para casos análogos. A terapêutica médica foi também individualizada, em concreto no que toca à hipocoagulação

sistémica, de risco elevado atendendo ao compromisso estrutural significativo e necessidade de manipulação endovascular.

**Palavras chave:** Síndrome da veia cava superior. Recidiva. Stent.

### PC 126. ALTERAÇÕES FUNCIONAIS E IMAGIOLÓGICAS EM DOENTES PÓS-COVID-19-ANÁLISE A CURTO PRAZO

M. Antunes, M. Azevedo, J.C. Winck

*Hospital Trofa Saúde Alfena.*

**Introdução:** Não é ainda bem conhecida a evolução da COVID-19 após o quadro agudo, prevendo-se que em alguns casos possam persistir sequelas a nível do aparelho respiratório.

**Métodos:** Estudámos 12 pacientes diagnosticados com COVID-19 (5 do sexo masculino e 7 do sexo feminino) com idades compreendidas entre 41 e 77 anos. Apenas 3 dos pacientes (2 homens e uma mulher) não apresentavam qualquer comorbilidade. Os restantes apresentavam pelo menos (Hipertensão arterial, diabetes mellitus, síndrome de apneia do sono, hipercolesterolemia). Três eram ex fumadores e 1 fumador. Sete pacientes tinham tido COVID-19 de grau ligeiro, 2 de grau moderado e 3 de grau grave. Todos os pacientes realizaram provas funcionais respiratórias (espirometria, pletismografia corporal e difusão) em média 2,5 meses após o diagnóstico de COVID-19 (variando de 1 mês a 4 meses) e TAC torácica, em média 2,1 meses após o diagnóstico (variado entre 0 a 4 meses).

**Resultados:** Todos (excepto em 1 caso com síndrome ventilatório restritivo) apresentavam provas funcionais respiratórias normais. Relativamente à avaliação por TAC, verificamos 4 pacientes sem alterações, e os restantes (7) apresentaram alterações residuais em vidro despolido.

**Conclusões:** Neste pequeno coorte de doentes post-COVID-19 com diferentes graus de gravidade, as alterações radiológicas residuais são muito mais significativas do que as alterações funcionais. O seguimento a longo prazo destes casos poderá permitir conhecer melhor a sua evolução.

**Palavras chave:** COVID-19. Comorbilidades. Função respiratória.

### PC 127. PNEUMONITE E GASTRITE POR INGESTÃO DE CÁUSTICO: UMA REALIDADE NA PANDEMIA COVID-19

F. Godinho Oliveira, I. Barreto, F. Ferro, C. Pereira, R. Macedo, J. Carvalho, R. Staats, P. Azevedo, P. Pinto, C. Bárbara

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.*

**Introdução:** A pandemia a SARS-CoV-2 trouxe novos desafios à sociedade, originando um aumento da ansiedade na população em geral, fruto do isolamento social domiciliário profilático aconselhado. A presença da COVID-19 introduziu alterações súbitas e inesperadas no estilo de vida, para as quais a população mundial não estava preparada.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 74 anos, com síndrome depressiva. No contexto de isolamento domiciliário profilático por pandemia a SARS-CoV-2, associado a privação de sono, o doente é levado ao serviço de urgência hospitalar por surto psicótico agudo com tentativa de suicídio por ingestão voluntária de cáustico. Apresentava GCS 15, estabilidade hemodinâmica encontrando-se eufórico em ar ambiente, sem estridor ou hipoxemia. Por disфонia foi avaliado por Otorrinolaringologia que identificou hiperemia da úvula, edema e hiperemia da epiglote bem como da restante mucosa laringea. Para protecção da via aérea procedeu-se à entubação orotraqueal e foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios. Dos exames complementares diagnósticos realizados destacava-se amilásémia de 211 U/L; Endoscopia digestiva alta (EDA) sugestiva de gastrite cáustica com classificação Zargar IIb, tendo sido colocada sonda nasojejunal para alimentação pós-piló-

rica; realizou TC cervico-toraco-abdominal para exclusão de complicações associadas, com edema marcado das estruturas da oro e hipofaringe com hipercaptação do contraste pela mucosa, áreas de consolidação do parênquima pulmonar do lobo médio e lobo inferior direito e vidro despolido, espessamento e hipodensidade da parede gástrica (região antro-pilórica), com hipercaptação do contraste pela mucosa; Broncofibroscopia e Laringoscopia sem alterações macroscópicas valorizáveis tendo o doente sido extubado com posterior redução progressiva da oxigenoterapia suplementar. Foram admitidos os diagnósticos de pneumonite e gastrite químicas por ingestão voluntária de cáustico no contexto de tentativa de suicídio. Por melhoria clínica, o doente foi transferido para a enfermaria de Pneumologia, onde manteve reabilitação respiratória e motora. Como intercorrência destaca-se infecção traqueobrônquica nosocomial a *Serratia marcescens*. O doente teve alta hospitalar sem necessidade de aporte de oxigénio suplementar, referenciado às Consultas de Pneumologia, Gastroenterologia, Nutrição, Medicina Física e Reabilitação e Psiquiatria.

**Discussão:** O presente caso pretende destacar o facto do acompanhamento e tratamento de doentes com patologias crónicas podem ter sido pouco salvaguardados face a este tempo de pandemia a SARS-CoV-2, com consequente exposição das fragilidades individuais. Salienta-se a eventual necessidade de planeamento e instituição de medidas de forma a garantir um seguimento próximo e regular dos doentes de risco. Dessa forma, será possível prevenir situações semelhantes, reduzindo o número de internamentos e utilização de múltiplos recursos.

**Palavras chave:** COVID-19. Pneumonite.

## PC 128. TUBERCULOSE E COVID 19 - UMA RELAÇÃO POR ESCLARECER

H. Rodrigues, D. Machado, J. Costeira, P. Esteves

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE, Unidade de Isolamento Respiratório, Hospital Pulido Valente.*

**Introdução:** As infecções respiratórias virais são um grande problema de saúde pública pela sua capacidade de transmissão através de aerossóis ou pequenas gotículas, sendo responsáveis por muitas pandemias ao longo da história. Por outro lado, a tuberculose (TB) é por si só uma das doenças infecciosas humanas mais amplamente estudadas. Além da coinfeção HIV-TB, ainda há muito a esclarecer sobre a interação entre infecções virais e TB.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de uma mulher de 73 anos, ex-fumadora, com diagnósticos de artrite reumatóide sob corticoterapia com prednisolona 5 mg/dia, VIH negativa e sem história prévia de tuberculose. História de internamento em Abril por pneumonia a SARS-CoV2 complicada de ARDS e necessidade de ventilação mecânica invasiva durante 10 dias. Nova readmissão duas semanas depois por febre alta e dessaturação. Repetidas pesquisas de SARS-CoV2 que foram negativas. À admissão apresentava insuficiência respiratória parcial e agravamento imagiológico com consolidação e bronquiectasias saculares do lobo superior direito, envolvendo também o 1/3 superior do lobo inferior direito e lobo superior esquerdo. Do estudo efectuado, detetam-se a presença de bacilos no exame da expectoração e após broncofibroscopia e lavado broncoalveolar deteta-se isolamento de *Mycobacterium tuberculosis*. Neste contexto foi transferida para uma unidade de isolamento, onde iniciou terapêutica dirigida. Não se detectaram mutações no estudo molecular, nem resistências no TSA de primeira linha. A doente cumpriu 3 meses de terapêutica com Isoniazida, Rifampicina, Etambutol e Pirizina, tendo, por melhoria clínica gradual e baciloscopias negativas ao terceiro mes, passado a terapêutica de manutenção com Isoniazida e Rifampicina no domicílio. À data da alta, melhoria radiológica significativa, mantendo contudo aspetos imagiológicos compatíveis com Pneumonia Organizativa pós infec-

çiosa. De acordo com uma primeira coorte de 49 pacientes co-infectados com tuberculose e COVID-19, em 14 indivíduos o diagnóstico de COVID-19 precedeu o de tuberculose. Ainda não está claro se o vírus SARS-CoV2 é um fator de predisposição à infecção ativa da tuberculose, mas historicamente sabemos que casos semelhantes ocorreram.

**Discussão:** É amplamente conhecido que as infecções virais causam imunossupressão transitória e, portanto, predispõem à reativação de agentes latentes ou comensais bacterianos, fúngicos ou micobacterianos. Este caso relembra a importância da suspeição clínica e rastreio de tuberculose, sobretudo nos casos respiratórios arrastados.

**Palavras chave:** Tuberculose pulmonar. COVID-19. SARS-COV2.

## PC 129. ZARAGATOA NASOFARÍNGEA NEGATIVA PARA SARS-COV-2: SINÓNIMO SEGURANÇA PARA O PNEUMOLOGISTA?

M. Costa e Silva, A. Oliveira, S. Neves, D. Coutinho, J. Almeida, S. Campinha

*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.*

**Introdução:** A síndrome respiratória aguda grave do coronavírus 2 (SARS-CoV-2) é o agente causador da doença COVID-19. A detecção por PCR em tempo real do SARS-CoV-2 em amostras de zaragatoas nasofaríngeas/orofaríngeas tornou-se a ferramenta standard para o diagnóstico da COVID-19. Embora a sensibilidade do teste seja considerada alta, o estadio da doença e o local de realização da colheita da amostra, são fatores que interferem com a detecção de SARS-CoV-2. Os procedimentos de via aérea aberta, como a broncoscopia, representam um risco significativo para os profissionais de saúde, uma vez que o vírus é transmitido por gotícula. Organizações emitiram diretrizes e recomendações para garantir a segurança dos procedimentos. Contudo, poucos estudos avaliaram as diferenças entre a detecção de vírus respiratórios, através da técnica PCR, em amostras do trato respiratório superior e inferior. Ao testar ambas as amostras simultaneamente, esperamos compreender se a infecção do trato respiratório inferior ocorre na presença de uma zaragatoa nasofaríngea (ZN) negativa.

**Objetivos:** Determinar a segurança de um teste negativo de ZN para SARS-CoV-2, para a realização de broncoscopias de rotina.

**Métodos:** Estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes com teste ao SARS-CoV-2 em amostras de lavado broncoalveolar (LBA) colhidas na nossa Unidade de Endoscopia, entre Abril e Maio de 2020. Todos os doentes negaram sintomatologia relacionada com SARS-CoV-2 através de um questionário de sintomas e não apresentavam história de contacto com qualquer pessoa infetada. A temperatura foi medida a todos os doentes aquando da entrada para a realização da broncoscopia; apenas os doentes apiréticos realizaram o procedimento. Todos os doentes admitidos no estudo apresentaram um teste ZN negativo, realizado nas 24-48 horas prévias ao procedimento.

**Resultados:** Onze doentes foram incluídos no estudo, apresentando uma idade média de 56 anos (DP 12 anos); 6 (54,5%) doentes eram do sexo masculino. Seis doentes (54,5%) realizaram broncoscopia flexível e 5 (45,5%) broncoscopia rígida. Após avaliação do LBA dos doentes, todos apresentaram resultados negativos para SARS-CoV-2.

**Conclusões:** No nosso estudo nenhum doente com PCR em tempo real negativa para SARS-CoV-2 em amostras ZN, testou positivo para a pesquisa realizada no LBA. Estes resultados sugerem que a combinação de teste ZN negativo e ausência de sintomas sugestivos, inferem que a presença de COVID-19 é improvável. Contudo, estudos com amostras maiores são necessários para avaliar a segurança do procedimento e consequente redução do equipamento de proteção individual. O reduzido número de doentes do nosso estudo, justifica-se por corresponderem a exames efetuados no pico da pandemia, a maioria com carácter urgente; esta prática foi aban-

donada por rotina após conhecimento que a taxa de falsos negativos do teste nasofaríngeo era inferior a 1%.

**Palavras chave:** COVID-19. Broncoscopia.

### PC 130. PNEUMONIA INTERSTICIAL DESCAMATIVA: CARACTERIZAÇÃO DUMA COORTE PORTUGUESA

M. Santos Conceição, Â. Cunha, P. Caetano Mota, N. Melo, H. Novais-Bastos, S. Guimarães, C. Souto Moura, A. Morais

*Centro Hospitalar Tondela-Viseu.*

**Introdução:** A Pneumonia Intersticial Descamativa (DIP) é uma pneumonia intersticial idiopática rara, associada ao tabagismo, sendo escassos na literatura dados relativos à sua epidemiologia, evolução clínica e tratamento.

**Objetivos:** Análise descritiva de doentes com DIP que cumprem os critérios de diagnóstico de acordo com as normas ERS/ATS/JRS/ALAT de 2018.

**Métodos:** Estudo observacional e retrospectivo de doentes com DIP. Foram revistas características clínicas, imagiológicas, laboratoriais, de lavado broncoalveolar (LBA) e histológicas, bem como dados relativos à terapêutica e evolução.

**Resultados:** Incluídos 39 doentes com alterações histológicas de DIP. A maioria era do género masculino (53,8%), com uma idade média ao diagnóstico de  $57,2 \pm 10,1$  anos. Todos apresentavam história atual ou prévia de tabagismo, com uma carga tabágica mediana de 40UMA (min-máx.:15-120), sendo que a maioria (89,7%) mantinha consumo ativo. Dois ex-fumadores, apresentavam exposição a fumos de soldadura (n = 1) e aves (n = 1). Seis doentes fumadores manifestavam patologia autoimune, nomeadamente lúpus eritematoso sistémico (n = 2), artrite reumatoide (n = 1), espondilite anquilosante (n = 1), espondiloartrite associada a Doença de Crohn (n = 1) e policondrite recidivante (n = 1). Observados 2 casos de infeção por VHB (n = 1) e VHC (n = 1). As principais manifestações clínicas incluíram tosse e dispneia de esforço (35,9%). Identificavam-se crepitações à auscultação pulmonar em 35,9% dos casos. Ao diagnóstico, a diminuição da capacidade de difusão (DLCO média  $60,1 \pm 18,8\%$  do valor previsto) era a alteração funcional mais observada (86,5%), 28,2% apresentava um padrão obstrutivo. Em tomografia computadorizada de alta resolução, observou-se predominantemente padrão em vidro despolido (66,7%), nalguns casos associado a enfisema centrilobular (41%), com distribuição preferencialmente basal e bilateral (73%). Em 4 casos, havia sinais de fibrose com padrão em favo de mel e/ou bronquiolectasias de tração, adicionalmente a opacidades em vidro despolido. O estudo do LBA evidenciava uma contagem celular aumentada por proliferação dos macrófagos, sendo que 66,7% apresentava eosinofilia (mediana 2%, min-máx.:0-23%). A histologia foi obtida por criobiopsias transbrônquicas em 33 (84,6%) doentes e nos restantes por biopsia cirúrgica. Relativamente à abordagem terapêutica, apenas 31,3% (n = 11) deixaram de fumar; 38,5% (n = 15) iniciaram corticoterapia, com uma duração média de tratamento de  $15,6 \pm 9,8$  meses. Dos 34 doentes em que foi possível obter dados de seguimento, 17,6% (n = 6) evoluíram com agravamento clínico, funcional e imagiológico. Não se observou associação estatisticamente significativa entre o tratamento com corticosteróides e uma evolução clínica favorável.

**Conclusões:** Esta coorte apresenta dados sobre DIP concordantes com o considerado na literatura, como a sua associação primordial com o tabagismo, podendo também ocorrer no contexto de outras exposições ou doenças autoimunes. Embora o curso clínico seja geralmente favorável, existe um grupo que apresenta progressão, independentemente das medidas terapêuticas preconizadas.

**Palavras chave:** Pneumonia intersticial descamativa. Tabagismo. Criobiopsia. Corticoterapia.

### PC 131. PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE EM CONTEXTO OCUPACIONAL: A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA

S.C. Pimenta Dias, In. Neves, J. Ferreira

*Hospital Pedro Hispano.*

**Introdução:** A pneumonite de hipersensibilidade (PH) é uma doença imunologicamente mediada e secundária à exposição prolongada e repetida a material orgânico ou outras substâncias. A sua evolução depende do grau de sensibilização, intensidade e duração da exposição. Existem casos descritos na literatura da associação de PH e exposição a lubrificantes e fluidos da indústria metalúrgica, nomeadamente por contaminação microbiológica destes.

**Caso clínico:** Homem, 55 anos, não fumador, antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e tuberculose pulmonar tratada na infância. História ocupacional de trabalho na indústria automóvel nos últimos 6 meses. Em fevereiro de 2020, recorreu ao SU por quadro com 3 meses de evolução de tosse seca, dispneia de agravamento progressivo para pequenos esforços e perda ponderal, tendo já efetuado 2 ciclos de antibioterapia sem melhoria. Ao exame objetivo, subfebril (T  $37,4$  °C), auscultação pulmonar com crepitações bibasais e pO<sub>2</sub> de 59 mmHg. Estudo analítico com discreta leucocitose e elevação da proteína C reativa. A telerradiografia do tórax revelou a presença de infiltrados pulmonares difusos bilateralmente e a tomografia computadorizada demonstrava extensas opacidades em vidro despolido bilaterais, afetando principalmente os lobos superiores e segmentos superiores dos lobos inferiores, com predomínio nas regiões peribroncovasculares. Iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam ev. A broncofibroscopia não revelou alterações endobrônquicas. Tanto o exame microbiológico do LB/LBA como as citologias foram negativas e estudo imunocitológico do LBA evidenciava linfocitose intensa (67,6%), neutrofilia e eosinofilia discretas. O estudo auto-imune e serologias foram negativos. Após investigação detalhada da história ocupacional, apurou-se que o doente se encontrava exposto a vapores de óleo refrigerador durante o processo de lavagem de peças metálicas. Foi assumido o diagnóstico de pneumonite de hipersensibilidade aguda em contexto ocupacional. O doente teve alta clinicamente melhorado e com diminuição dos infiltrados pulmonares. Apesar de evicção da exposição, o doente manteve queixas de dispneia de esforço, infiltrados pulmonares persistentes e DLCO moderadamente diminuída, pelo que iniciou corticoterapia na dose de 0,5 mg/kg/dia, com evolução clínica, imagiológica e funcional favorável.

**Discussão:** A PH associada a fluidos metalúrgicos está descrita como sendo tipicamente subdiagnosticada, sendo essencial uma colheita da história clínica detalhada, nomeadamente da exposição em ambiente profissional. O reconhecimento precoce desta entidade nosológica, com evicção da exposição, é crucial no tratamento desta patologia.

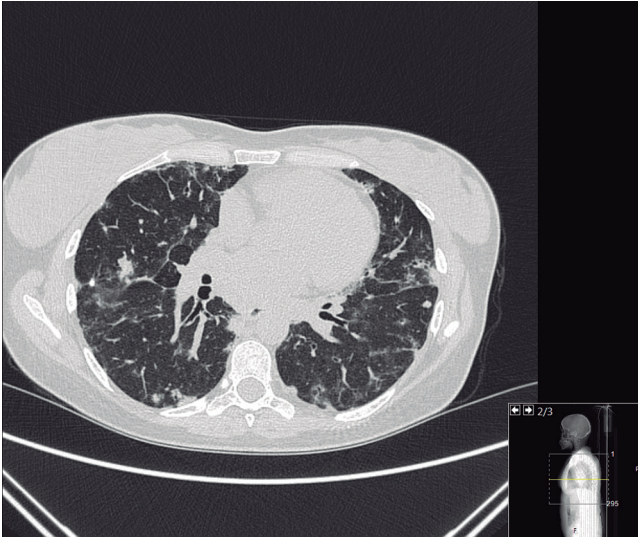
**Palavras chave:** Pneumonite de hipersensibilidade. Ocupacional. Doenças pulmonares difusas.

### PC 132. UMA ENTIDADE SILENCIOSA CHAMADA GLILD

J.D. Rodrigues Barbosa, A. Luísa Martins, S. Salgado, S. Silva, L. Ferreira

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN).*

**Introdução:** A imunodeficiência comum variável (CVID) é a segunda imunodeficiência primária mais comum, podendo estar associada a complicações infecciosas e não-infecciosas, esta última como consequência da desregulação imune. A doença pulmonar intersticial granulomatosa-lymfocítica (Granulomatous-Lymphocytic Interstitial Lung Disease - GLILD) é uma complicação da CVID, ocorrendo em 25% destes doentes, com maior prevalência nos adolescentes/jo-



vens adultos e associada a prognóstico desfavorável. A reposição com imunoglobulina G é a terapêutica standard para prevenção de complicações infecciosas, mas as complicações não-infecciosas necessitam geralmente de tratamento imunossupressor.

**Caso clínico:** Doente de 35 anos, do sexo feminino, não fumadora, designer, com antecedentes pessoais de asma e rinite alérgica, com história de infeções respiratórias frequentes predominantemente na infância, com necessidade de antibioterapia, mas sem necessidade de internamento. Recorre ao serviço de urgência por quadro sugestivo de infeção respiratória, sem contexto epidemiológico relevante associado, tendo efetuado telerradiografia do tórax que demonstrou padrão intersticial, já documentado retrospectivamente. Foi medicada com antibioterapia e encaminhada para consulta

de pneumologia. A TC do tórax confirmou a presença de nódulos pulmonares bilaterais com densificação em vidro despolido, predominantemente periféricos, espessamento fibro-intersticial retráctil bibasal, bronquiectasias e adenopatias mediastínicas e hilares. O estudo funcional respiratório revelou uma diminuição moderada da DLCO. Analiticamente apresentava hipogamaglobulinemia e défice significativo de IgG, IgA e IgM. Foi referenciada para o Serviço de Imunoalergologia (Hospital de Dia de Imunodeficiência), confirmando-se o diagnóstico de CVID, tendo iniciado terapêutica de reposição com imunoglobulina. Efetuou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar que demonstrou linfocitose de 45%. Foi posteriormente submetida a ressecção atípica do lobo superior direito e médio, com achados histológicos sugestivos de hiperplasia folicular linfóide. Para estudo complementar efetuou ainda PET-CT onde se documentou captação aumentada de FDG-F18 em adenopatias mediastínicas e hilares, em nódulos pulmonares bilateralmente e nódulos no baço com captação. Realizou ainda biópsia osteomedular que não demonstrou alterações significativas e repetiu biópsia transtorácica de lesão pulmonar documentada “de novo” para exclusão de linfoma e patologia infecciosa. A biópsia hepática transjugular realizada demonstrou a presença de hiperplasia nodular regenerativa, múltiplos granulomas epitelióides, com aspetos enquadráveis com CVID. A avaliação imagiológica posterior demonstrou variabilidade das lesões pulmonares com achados sugestivos de pneumonia organizativa e NSIP, com diagnóstico de GLILD. Dado o quadro clínico, foi proposta para início de corticoterapia.

**Discussão:** A CVID deve ser excluída em doentes jovens com infeções recorrentes. A GLILD é uma complicação não-infecciosa rara que pode surgir nestes doentes, e que deve ser pensada nos doentes com infeções respiratórias recorrentes e lesões nodulares pulmonares bilaterais. Este caso clínico demonstra como o diagnóstico é desafiante e implica a exclusão de patologias infecciosas e linfoma.

**Palavras chave:** Imunodeficiência comum variável. Hiperplasia folicular linfóide. GLILD.

