



## POSTERS

### XXVIII Congresso de Pneumologia do Norte

Porto, 8 a 9 de Outubro de 2021

#### PO01. SARCOIDOSE PULMONAR E CUTÂNEA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

D. Organista, C. Antunes, M. Serrado, L. Ferreira, C. Bárbara

*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.*

**Introdução:** Sarcoidose é uma doença sistémica caracterizada pela presença de granulomas não caseosos em qualquer órgão, mas mais comumente nos pulmões e nódulos linfáticos intratorácicos. O seu diagnóstico, por si só, não implica a necessidade de instituição de corticoterapia sistémica, mas quando indicada e não havendo resposta ao tratamento é necessário instituir imunossupressão alternativa.

**Caso clínico:** Homem de 55 anos, ex-fumador (35 UMA), com antecedentes conhecidos de asma, hipertensão arterial, quistos sinoviais da coluna, psoríase e diagnóstico presuntivo de sarcoidose no estágio I, sem tratamento prévio. Apresentou posteriormente lesões cutâneas violáceas acompanhadas de queixas osteoarticulares, associadas a quadro clínico de tosse irritativa acessual e dispneia para esforços moderados. TC torácica de alta resolução apresentava micronodularidade difusa. O doente foi encaminhado para a consulta de Interstício Pulmonar para diagnóstico diferencial de sarcoidose com envolvimento pulmonar e cutâneo e quadro infeccioso ou atípico. Do estudo complementar: analiticamente sem alterações, estudo funcional respiratório normal, lavado broncoalveolar revelou alveolite linfocitária com relação CD4/CD8 aumentada, histologia da biópsia pulmonar transbrônquica foi inconclusiva, e apenas a biópsia cutânea revelou granulomas não caseosos com células gigantes. Após confirmação diagnóstica, foi admitida recidiva de sarcoidose no estágio II com envolvimento pulmonar e cutâneo. Iniciou terapêutica com corticoterapia sistémica sem resposta clínica ou radiológica pelo que se instituiu hidroxiquina com boa resposta ao final de um ano, mantendo-se atualmente clinicamente estável.

**Discussão:** A sarcoidose é uma doença com características clínicas heterogêneas e o seu diagnóstico deve ser, sempre que possível, confirmado por biópsia para exclusão de outras entidades nomeadamente de infeções, atípias ou outros processos granulomatosos. Após o diagnóstico e sempre que indicado deve ser instituída a corticoterapia sistémica, no entanto, cerca de 10% dos doentes po-

de não obter resposta ao tratamento. Neste caso é consensual a instituição de terapêutica alternativa de segunda linha.

**Palavras-chave:** Sarcoidose. Terapêutica imunossupressora. Corticoterapia.

#### PO02. COMBINED PULMONARY FIBROSIS AND EMPHYSEMA (CPFE) - UMA CAUSA RARA DE HIPERTENSÃO PULMONAR SECUNDÁRIA

A. Gerardo, H. Liberato, F. Rodrigues

*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.*

**Introdução:** A combinação de fibrose pulmonar e enfisema (CPFE) é uma entidade clínica e funcional distinta, caracterizada pela coexistência de enfisema de predomínio nos lobos superiores e de fibrose nos lobos inferiores, com pior prognóstico comparativamente à existência isolada dos seus 2 componentes. É mais frequente no sexo masculino, depois da 6ª década de vida e em doentes com história de tabagismo.

**Caso clínico:** Homem de 63 anos, ex-fumador há 3 anos (28 UMA), sem exposições de risco. História de hipercolesterolemia e prostatectomia radical por adenocarcinoma. Referenciado à consulta por dispneia de esforço (NYHA II, mMRC 2) e tosse seca com 6 meses de evolução. Exame objetivo com crepitações bibasais pulmonares e baqueteamento digital. Estudo funcional respiratório: FVC 91%, FEV1 85%, FEV1/FVC 71%, TLC 79%, DLco 39%. A PaO2 basal de 87,7 mmHg, descendo para 61,5 mmHg no final da prova de marcha de 6 minutos. O TCAR mostra enfisema paraseptal predominante nos lobos superiores e alterações intersticiais nas bases, com reticulações intra-lobares e opacidades em vidro despolido. Lavado broncoalveolar com predomínio de macrófagos (87%). Ecocardiograma com dilatação das cavidades direitas, PSAP estimada de 45 mmHg. Cateterismo direito confirmou hipertensão pulmonar pré-capilar. Atualmente a aguardar início de terapêutica off-label com ambri-sentan.

**Discussão:** Os doentes com CPFE apresentam-se com dispneia e hipoxemia no esforço e alterações na capacidade de difusão do CO, com volumes pulmonares preservados. O risco de desenvolvimento de hipertensão pulmonar (30-50%) e de cancro do pulmão é maior

nestes doentes e relacionam-se com pior prognóstico. A CPFE parece resultar da interação de um *trigger* ambiental (tabagismo) em doentes com predisposição genética para o desenvolvimento da doença. Ainda sem tratamento dirigido, a abordagem destes doentes contempla cessação tabágica, oxigenoterapia, vacinação antigripal e anti-pneumocócica e broncodilatação. Alguns estudos a decorrer com anti-fibróticos e antagonistas da endotelina. A mortalidade é elevada, com sobrevida aos 5 anos entre 38-55%.

**Palavras-chave:** Fibrose pulmonar. Enfisema. Doenças pulmonares intersticiais. Hipertensão pulmonar.

### PO03. PADRÃO MICRONODULAR. UM DIAGNÓSTICO COMPLEXO

**J. Martins**, M. Pereira, C. Pereira, C. Barbara

*CHULN.*

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de um doente do género masculino, com 56 anos, não fumador. Diagnósticos prévios de Hepatite B sob entecavir, polimiosite antisintetase anti-Jo1 com envolvimento muscular e pulmonar sob terapêutica com corticoterapia sistémica e micofenolato de mofetil. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 2 semanas de evolução caracterizado por toracalgia do tipo pleurítica, tosse produtiva com expectoração mucosa, dispneia de agravamento progressivo, cansaço para pequenos esforços e febre desde há 4 dias. Apresentava ligeiro aumento dos parâmetros analíticos de infeção e realizou TC-Tórax que revelou adenopatias mediastínicas exuberantes nos hilos, incontáveis formações micronodulares, de predomínio centrilobular, progressão craniocaudal, com conglomerados nodulares na base esquerda. Na avaliação gasimétrica apresentava insuficiência respiratória parcial, com necessidade de oxigenoterapia. Foi internado no Serviço de Pneumologia para investigação diagnóstica. Do restante estudo complementar de diagnóstico, a realçar exsudados nasofaríngeos para pesquisa de SARS-CoV-2 negativos, hemoculturas negativas, exame direto BAAR na expectoração negativo, analiticamente ECA 103 e Velocidade de sedimentação 62. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar com citologia com predomínio de macrófagos (79%), razão CD4/CD8 de 4, pesquisa de pneumocystis, bacteriologia, micobacteriologia, exame micológico e pesquisa de vírus negativos. Anatomia patológica foi negativa para células neoplásicas. Foi realizado EBUS com punção aspirativa da estação 7 sem células neoplásicas. Posteriormente o doente foi submetido a Ressecção pulmonar atípica do lobo inferior direito e lobo superior direito, biópsia cirúrgica ganglionar da estação 4 por videotoracoscopia. A anatomia patológica da peça cirúrgica revelou parênquima com múltiplos granulomas não necrotizantes dispersos sugestivos de sarcoidose. O doente apresentou melhoria clínica e teve alta sem necessidade de oxigenoterapia. Aguarda proposta para iniciar terapêutica com infliximab.

**Discussão:** Este caso realça a complexidade das patologias em doentes imunodeprimidos e a possível sobreposição de diagnósticos que nos devem deixar alerta e ponderar a necessidade de escalação terapêutica.

**Palavras-chave:** Micronodular. Sarcoidose. Imunodeprimido.

### PO04. SARCOIDOSE COM APRESENTAÇÃO ÓSSEA. UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

**B.S. Silva**, M. Esteves Brandão

*Centro Hospitalar Universitário do Porto.*

**Introdução:** A sarcoidose é uma doença multiorgânica benigna caracterizada pela formação de granulomas caracteristicamente não caseosos; verifica-se atingimento pulmonar em cerca de 90% dos casos. O seguinte caso pretende alertar para a possibilidade de

apresentações menos típicas, nomeadamente com atingimento ósseo.

**Caso clínico:** Homem de 40 anos, ex-fumador (7 UMA), previamente saudável e sem exposição ocupacional de risco. Apresentou-se no Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga por traumatismo no 2º dedo da mão esquerda, com desenvolvimento de edema e rubor exuberantes em 3 dias. Observado por Ortopedia tendo sido medicado com anti-inflamatório e antibiótico, sem melhoria. Realizada TC da mão esquerda que revelou lesão osteolítica na falange proximal do segundo dedo, com extensão às partes moles adjacentes e destruição cortical. Após realização de ressonância magnética, colocada a hipótese de neoplasia óssea, sendo encaminhado para prosseguir investigação no Centro Hospitalar Universitário do Porto. A biópsia óssea mostrou processo inflamatório granulomatoso, sem isolamento de microorganismos. Na TC toraco-abdomino-pélvica observavam-se múltiplos conglomerados adenopáticos intratorácicos. A punção aspirativa ganglionar via ecografia endobronquica e a mediastinoscopia, corroboraram os achados de linfadenite granulomatosa não necrotizante e afastaram a hipótese de doença linfoproliferativa. Após observação por Pneumologia, foi assumido o diagnóstico de sarcoidose, com atingimento torácico (estadio I), ósseo e cutâneo. O doente apresentou regressão completa dos sinais inflamatórios referidos à lesão do dedo. Encontra-se atualmente assintomático e em vigilância clínica.

**Discussão:** O envolvimento ósseo é encontrado em até 10% dos casos de sarcoidose. Lesões líticas das mãos e pés são as manifestações ósseas mais comuns. A biópsia óssea é necessária para excluir malignidade ou infeção micobacteriana. O caso clínico explanado pretende relembrar a importância de abordar a sarcoidose como uma doença sistémica; apesar de a apresentação com atingimento ósseo ser rara deve sempre ser considerada.

**Palavras-chave:** Sarcoidose. Sarcoidose óssea. Doença granulomatosa.

### PO05. PORQUE À NOITE NEM TODOS OS GATOS SÃO PARDOS... NEM TUDO É COVID-19

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

*Centro Hospitalar de Setúbal.*

**Introdução:** O diagnóstico molecular (DM) apresenta elevada especificidade diagnóstica para a COVID-19, contudo a sua sensibilidade é mais baixa. A tomografia computadorizada (TC) torácica avalia os achados típicos e a gravidade da pneumonia por SARS-CoV-2, mas tem baixa especificidade no diagnóstico de doenças pulmonares mimetizadas pela COVID-19.

**Caso clínico:** Os autores apresentam dois casos decorridos no ano de 2020. Homem, 63 anos, admitido por febre e dispneia. TC-tórax evidenciava densificações em vidro despolido bilaterais, consolidações periféricas e espessamento dos septos interlobulares. Foi internado em isolamento em Unidade COVID-19 por elevada suspeita, apesar de DM seriados negativos. Por agravamento clínico houve necessidade de ventilação mecânica invasiva. Nova TC-tórax de alta resolução mostrou agravamento das áreas em vidro despolido associadas a padrão radiológico compatível com pneumonia intersticial usual. Após exclusão de outros diagnósticos, assumiu-se exacerbação de fibrose pulmonar idiopática e, após corticoterapia sistémica em alta dose, o doente teve alta. Iniciou, em ambulatório, tratamento com nintedanib. Mulher, 75 anos, com história sugestiva de asma brônquica, admitida por agravamento recente de dispneia. TC de tórax mostrava densificações periféricas em vidro despolido nos lobos superiores. Foi internada em isolamento em Unidade COVID-19 por elevada suspeita clínico-radiológica, mas com DM seriados negativos. Atendendo a eosinofilia periférica significativa, migração das consolidações pneumónicas e eosinofilia no lavado broncoalveolar, admitiu-se pneumonia eosinofílica e foi tratada com corticoterapia, com resposta

favorável. Após alta, assumiu-se concomitante asma eosinofílica grave e iniciou benralizumab.

**Discussão:** A Pandemia COVID-19 direcionou o pensamento clínico para o diagnóstico precoce desta doença. A TC-tórax é uma importante ferramenta, mas os seus achados são inespecíficos, pelo que a clínica e a marcha diagnóstica são fulcrais. Sensibiliza-se para o facto de muitas doenças pulmonares difusas poderem ser mimetizadas pela COVID-19 e que, em tempos de pandemia, estas doenças não deixarem de existir, devendo ser equacionadas no diagnóstico diferencial.

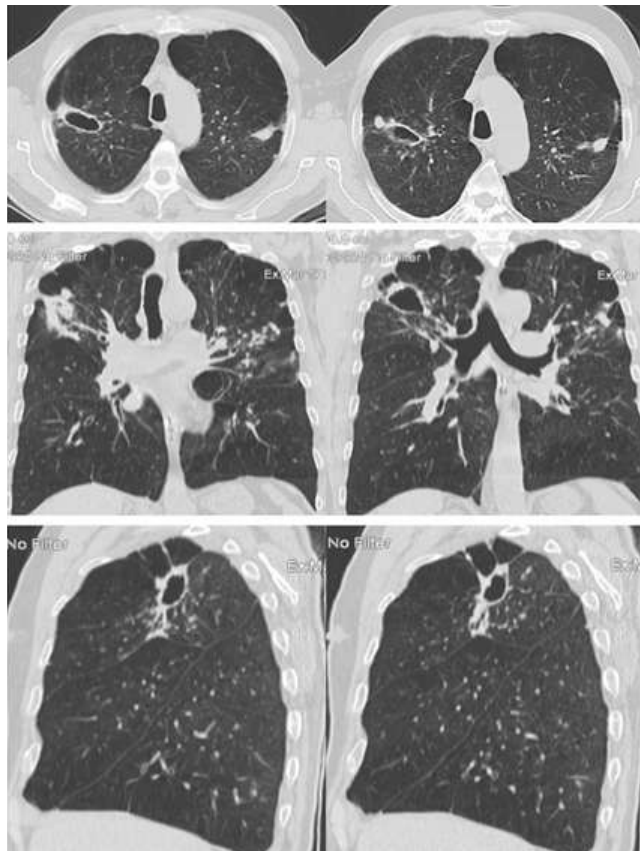
**Palavras-chave:** *Pandemia. COVID-19. Doenças difusas do parênquima pulmonar.*

## PO06. ANTHRACOSILICOSIS. A DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

**P.M. Castro<sup>1</sup>**, J. Rei<sup>1</sup>, C. Andrade<sup>2</sup>, F. Neves<sup>1</sup>, J. Miranda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho. <sup>2</sup>Unidade Local de Saúde do Nordeste.

**Introduction:** Silicosis is a fibrosing disease of the lung caused by the inhalation, retention, and pulmonary reaction to crystalline silica. It causes random nodules, progressive massive fibrosis and obstructive airway disease. Anthracosis is seen in coal workers and is caused by inhalation and deposition of black pigments of which carbon is a major constituent. Air pollution, biomass and cigarette smoke are also known to cause deposition of black pigment. Anthracosilicosis is a form of mixed dust pneumoconiosis characterized by generalized lung fibrosis and deposition of carbonaceous and siliceous material associated with compensatory emphysema. Conversely, it may mimic malignancy by causing false positivity in 18-fluorodeoxyglucose (FDG) positron emission tomography/computed tomography (PET/CT). The diagnostic accuracy of FDG-PET is quite low and similar to that obtained on CT in those suffering from pneumoconiosis.



**Case report:** We present a case of a 68 year-old male, former smoker with COPD and former miner worker who was referenced to our speciality with a nodular lesion with no histological diagnosis. CT showed a marked distortion of the lung parenchyma, centered on the upper lobes that presented emphysematous involvement, a voluminous cavitated lesion measuring approximately 37 mm in diameter and a solid peripheral nodule measuring 15 mm. The latter presented 18-FDG up-take at PET/CT. TTNB was not performed due to the proximity to the cavitated lesion and the risk of complications. We performed a right superior lobectomy by uniportal VATS. The anatomopathological analysis of the pulmonary resection specimen and lymph nodes sampled revealed a nodular anthracosilicosis.

**Discussion:** Despite its benignity, anthracosilicosis is a chronic and debilitating disease. It should be considered as differential diagnosis of pulmonary nodules with associated emphysema, when histological analysis is not possible, especially if occupational history is suggestive, as radiologically it may mimic malignant neoplasia.

**Keywords:** *Pneumoconiosis. Anthracosilicosis. Silicosis. Anthracosis.*

## PO07. VANISHING LUNG SYNDROME. UMA CAUSA RARA

**M.J. Cavaco<sup>1</sup>**, R. Cordeiro<sup>1</sup>, A. Nunes<sup>1</sup>, C. Silvestre<sup>1</sup>, D. Duarte<sup>1</sup>, C. Torres<sup>2</sup>, M. Antunes<sup>2</sup>, T. Monteiro<sup>2</sup>, F. Félix<sup>2</sup>, P. Raimundo<sup>1</sup>, A. Domingos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Oeste. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte-Hospital Pulido Valente.

**Introdução:** Vanishing Lung Syndrome (VLS) é uma doença rara caracterizada por bolhas enfisematosas gigantes ocupando pelo menos um terço do hemitórax. VLS afeta principalmente jovens adultos fumadores.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 33 anos, fumador ativo (10 UMA) e consumidor de cannabis, recorreu ao serviço de urgência por toracalgia pleurítica à direita com dois dias de evolução. Negava tosse, dispneia, cansaço e história de doenças respiratórias ou gastrointestinais na infância. Encontrava-se hemodinamicamente estável e à auscultação pulmonar apresentava diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito. A radiografia de tórax revelou pneumotórax à direita e imagens bolhosas à esquerda. Foi colocado um dreno torácico. Durante o internamento, a TC do tórax demonstrou enfisema bolhoso, predominantemente nos campos superior e médio, com formação de grandes bolhas (diâmetro máximo de 120 mm à direita e 150 mm à esquerda), comprimindo o parênquima remanescente. Quatro dias após a inserção do dreno, o pulmão encontrava-se expandido, a drenagem foi retirada e o doente teve alta. Em ambulatório, foram realizadas provas funcionais respiratórias: FEV1: 70%; CVF: 89%; CPT: 107%; VR: 165%; DLCO: 61%; DLCO/VA: 73%. O doseamento de alfa-1 antitripsina foi normal. A cintilografia de ventilação-perfusão confirmou defeitos importantes em ambos os pulmões, com atividade diferencial de 37% no pulmão esquerdo e 63% no pulmão direito. Os cirurgiões torácicos aceitaram o doente para cirurgia de redução do volume pulmonar. Foi realizada videotoracoscopia com ressecção em cunha do lobo superior esquerdo e pleurodese mecânica. O relatório anátomo-patológico revelou intensa descamação de macrófagos “DIP-like”, enfisema bolhoso por vezes quístico, e numerosas células CD1a positivas difusas e dispersas no parênquima pulmonar, apontando para o diagnóstico de Histiocitose Pulmonar de Células de Langerhans (HPLC) em fase avançada.

**Discussão:** VLS e PLCH são entidades raras que geralmente não estão associadas. Os doentes com VLS frequentemente não são bons candidatos cirúrgicos, dificultando o diagnóstico histológico e contribuindo para o subdiagnóstico desta associação.

**Palavras-chave:** *Vanishing lung syndrome. Pneumotórax. Histiocitose pulmonar de células de Langerhans.*

## PO08. A PET/TC NA SARCOIDOSE - HAVERÁ RELAÇÃO COM ALTERAÇÕES FUNCIONAIS?

K. Lopes<sup>1</sup>, J. Borges<sup>2</sup>, T. Alfaro<sup>2</sup>, S. Freitas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Barreiro Montijo. <sup>2</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Objectivos:** Avaliar se a PET/TC se relaciona com alterações funcionais ou outros marcadores prognósticos na Sarcoidose.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes com Sarcoidose observados na Consulta da Unidade de Interstício Pulmonar do CHUC que, no seu seguimento, realizaram PET/CT, e comparação com valores funcionais e marcadores de prognóstico, como o GAP index (gender-age-physiology). Análise estatística através do teste de qui quadrado/Fisher e coeficiente de Pearson.

**Resultados:** Foram analisados 43 doentes, 13 do sexo masculino (30,2%), com idade média 56,93 ± 13,75 anos. A função pulmonar foi normal em 31 doentes (72,1%), 6 (14%) apresentaram padrão obstrutivo e o padrão restritivo e misto foram observados em 1 doente cada. O FVC foi 109,52 ± 16,98% e o FEV1 103,06 ± 21,91%. A DLCO encontrava-se diminuída em 17 doentes (39,5%), sendo o valor médio 86,07 ± 21,40%. A média de SUVmáx observado foi 6,06 ± 3,23. Em 26 doentes (60,5%) o valor de SUVmax mais elevado foi identificado em adenopatias hilares/mediastínicas e em 10 doentes (23,3%) ao nível do parênquima pulmonar. 24 doentes (55,8%) apresentaram captação de FDG ao nível do parênquima. Não se verificaram correlações significativas entre os valores de SUVmax e DLCO (p = 0,884), FEV1 (p = 0,505) ou FVC (p = 0,557). Não se verificou associação entre atividade inflamatória no parênquima e diminuição da DLCO (p = 0,342), no entanto, um SUVmáx mais elevado ao nível do parênquima associou-se a diminuição da DLCO ( $\chi^2 = 5,059$ ; p = 0,024), sendo o risco de diminuição de DLCO o dobro nestes doentes (RR 2,310; IC95% 1,197-4,568). Não se verificaram associações significativas entre a atividade na PET/TC e o GAP index.

**Conclusões:** Embora se tenham encontrado apenas algumas associações entre a PET/CT e alterações funcionais, a associação verificada entre SUVmáx e diminuição da DLCO levanta a possibilidade deste poder ser um preditor prognóstico. Sendo este um estudo observacional, com as limitações que lhe são inerentes, consideramos que a avaliação destes dados em estudos prospetivos será benéfica.

**Palavras-chave:** Sarcoidose. PET/TC. Evolução funcional.

## PO09. PENSAR ALÉM DA PNEUMONIA POR SARS-CoV2

A. Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Costa<sup>2</sup>, A. Andrade Oliveira<sup>2</sup>, M. Mendes<sup>2</sup>, S. Marinho<sup>3</sup>, P. Silveira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Baixo Vouga. <sup>2</sup>Hospital de Braga. <sup>3</sup>Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada.

**Introdução:** A pneumonia organizativa (PO) é uma pneumonia intersticial idiopática, caracterizada pela presença de tecido de granulação intra-alveolar. Apresenta múltiplas etiologias, nomeadamente infecciosas e denomina-se PO criptogénica quando a causa é desconhecida. Pode ser confundida com infeções respiratórias, com prescrição de antibioterapia. O diagnóstico baseia-se na associação de critérios clínicos, imagiológicos e histológicos. O tratamento recomendado é corticoterapia, sendo o prognóstico favorável.

**Caso clínico:** Homem, 24 anos, saudável, em isolamento social há 11 dias por infeção SARS-CoV-2 com suspeita de sobreinfeção bacteriana sob amoxicilina/clavulanato, recorre ao SU por dispneia e hemoptises. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e insuficiência respiratória parcial grave [SpO2 76% (FiO2 21%) e PaO2 45 mmHg]. Imagiologicamente, em TC torácico, identificavam-se extensas áreas de densificação em vidro despolido e consolidações basais, sobretudo à direita. Nesse contexto foi admitido em UCI sob HNFC, medicado com dexametasona (6 mg/dia) e levofloxacina. Por agravamento do ARDS (PaO2/FiO2 < 100, FiO2

100%), foi colocado em VMI 5 dias após admissão. Como intercorrência apresentou pneumotórax iatrogénico após colocação de CVC, sendo colocado dreno torácico, com re-expansão pulmonar. Por ausência de melhoria clínica foi colocado em ECMO veno-venoso. Foi efetuada broncoscopia com lavado bronco-alveolar onde não foram encontradas alterações e respetivo estudo microbiológico foi negativo. Assim, foi admitido o diagnóstico de PO secundária a infeção vírica, cumprindo 3 dias de pulsos de metilprednisolona 500 mg/dia e, posteriormente, 1 mg/Kg/dia com respetivo desmame. Objectivada melhoria clínica sustentada, com suspensão de ECMO 6 dias após introdução da corticoterapia. Teve alta sem necessidade de oxigenoterapia, sob prednisolona 40 mg/dia. Após 3 meses, em consulta de Pneumologia, apresentava-se com dispneia para grandes esforços com estudo funcional ventilatório normal.

**Discussão:** A PO encontra-se descrita em publicações relacionadas com a COVID-19. Este caso demonstra a importância de se suspeitar desta entidade em doentes com infeção por SARS-CoV-2 com consolidações em TC torácica, sem resposta a antibioterapia.

**Palavras-chave:** Pneumonia organizativa. Insuficiência respiratória hipoxémica. Infeção por SARS-CoV-2.

## PO10. ANÁLISE DE COORTE DE CASOS DE PNEUMONIA INTERSTICIAL DESCAMATIVA E BRONQUIOLITE RESPIRATÓRIA ASSOCIADA A DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL DE UM HOSPITAL DISTRITAL

A. Vasconcelos<sup>1</sup>, P.G. Ferreira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Baixo Vouga. <sup>2</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

**Objectivos:** A pneumonia intersticial descamativa (DIP) e bronquiolite respiratória associada a doença pulmonar intersticial (RB-ILD) são formas de pneumonia intersticial idiopática associadas ao tabaco, embora a DIP também surja como padrão lesional associado a outro tipo de hostilidade inalatória, fármacos ou doenças do tecido conjuntivo. Objectivo: caracterização de uma coorte de doentes com DIP e RB-ILD relativamente à apresentação clínica, impacto individual, abordagem terapêutica e comportamento da doença.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes seguidos em consulta de Pneumologia/Interstício de um hospital distrital entre 2015 e 2020.

**Resultados:** Identificaram-se 12 doentes com RB-ILD e 8 com DIP. No grupo RB-ILD a idade média foi 49,2 anos (83% sexo masculino). Ao diagnóstico, os valores médios de FVC e DLCO foram 97% e 70% do previsto, respetivamente. No grupo DIP a idade média foi 55 anos (75% sexo masculino), com FVC e DLCO médias ao diagnóstico de 102% e 61% do previsto, respetivamente. Todos eram fumadores/ex-fumadores recentes, sem diferença significativa no número de maços-ano. Os sintomas mais frequentes ao diagnóstico foram tosse produtiva e dispneia de esforço. O achado de ferveiros auscultatórios e hipocratismo digital foram observados sobretudo no grupo DIP. Em TCAR, os achados mais comuns foram alterações em vidro despolido, de domínio superior. Não existiram diferenças significativas na contagem celular e diferencial no lavado bronchoalveolar. A maioria foram referenciados para programas de desabitação tabágica, com baixa adesão. Aproximadamente 25% dos doentes receberam corticoterapia sistémica. Com uma janela de seguimento médio de 31 meses, nos doentes RB-ILD somente 33% apresentaram melhoria imagiológica e/ou da função pulmonar. No grupo DIP, após início do tratamento, 75% estabilizaram e 25% apresentaram progressão.

**Conclusões:** Ao contrário do descrito na literatura, apenas 1/3 dos doentes com RB-ILD apresentou melhoria. Na DIP observou-se doença progressiva em 25% dos casos, apesar do tratamento. A efetividade das estratégias de cessação tabágica mostrou-se reduzida nestes doentes.

**Palavras-chave:** RB-ILD. DIP. Tabagismo.

### PO11. DOENÇA PULMONAR GRANULOMATOSA: COVID-19 COMO NOVA ETIOLOGIA?

C. Alves, M. Osório, R. Fernandes, C. Sousa, M. Anciães, F. Rodrigues

*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.*

**Introdução:** A pneumonia a SARS-CoV-2 é responsável por um espectro variado de alterações histológicas pulmonares, sendo a maioria dos casos descritos de ARDS com dano alveolar difuso, focos de pneumonia organizativa e doença microtrombótica. No entanto, em biópsias incidentais de doentes com doença ligeira/assintomática os achados são mais variados, sendo a doença granulomatosa raramente descrita.

**Caso clínico:** Homem, 63 anos, caucasiano, não fumador, sem exposições relevantes. Previamente saudável, com infecção a SARS-CoV-2 ligeira em 09/2020. Em 10/2020 referenciado à consulta de Pneumologia Geral por tosse esporádica com dispneia e cansaço a pequenos esforços. A TC-tórax com opacidades em vidro despolido de predomínio basal, espessamento intersticial subpleural e adenopatias mediastínicas e axilares. Avaliação analítica com ANA 1/160 (mosqueado), sem outras alterações. Estudo funcional respiratório com défice ligeiro da DLCO (71%). Por suspeita de doença pulmonar difusa (DPD) realizou LBA com linfocitose de 63% e razão CD4/CD8 de 6,8 e criobiópsia pulmonar transbrônquica com identificação de granulomas não necrotizantes, mal formados, com células gigantes ao longo dos septos interalveolares e espessamento das paredes vasculares interessadas. Foi referenciado à consulta de DPD, em que por proximidade à infecção a SARS-CoV-2 repetiu TC tórax alta resolução (TCAR) aos 6 meses, que identificou significativa melhoria dos achados observados. Discutido em reunião multidisciplinar com concordância em que as alterações imagiológicas e histológicas observadas poderiam corresponder a envolvimento pulmonar por COVID-19, sendo decidido vigilância funcional e imagiológica aos 6 meses.

**Discussão:** Apresentou-se um caso inicialmente suspeito de doença pulmonar granulomatosa (possível sarcoidose) cuja história e evolução não permitem excluir alterações exclusivamente em contexto de COVID-19. O seguimento irá permitir avaliar o carácter remissivo (a favorecer alterações pós COVID-19) versus remissivo/recidivante (a favorecer sarcoidose), sendo raros os casos descritos de infecção a SARS-CoV-2 com desenvolvimento de granulomas.

**Palavras-chave:** Doença granulomatosa. COVID-19. Sarcoidose.

### PO12. CONSOLIDAÇÃO, PADRÃO MILIAR, DERRAME PLEURAL E GRANULOMAS NECROTIZANTES - QUANDO A SARCOIDOSE É MESMO UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

C. Alves, M. Osório, R. Fernandes, C. Sousa, M. Anciães, F. Rodrigues

*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.*

**Introdução:** A sarcoidose é uma doença granulomatosa multisistémica com envolvimento preferencial pulmonar. O diagnóstico é de exclusão, estabelecido com achados: radiológicos, sendo a consolidação e derrame pleural pouco frequentes; e evidência histológica de granulomas não necrotizantes, raramente descritos com necrose focal central.

**Caso clínico:** Homem de 48 anos, natural da Índia, em Portugal há 8 anos, pintor da construção civil. Sem exposições relevantes ou contacto com casos de tuberculose. Previamente saudável com quadro com 4 meses de evolução de cansaço, dispneia (mMRC1), tosse seca, anorexia, perda ponderal de 20 Kg, sudorese nocturna associado a poliartralgia das mãos e tornozelos de características inflamatórias. Analiticamente destacava-se linfopenia, hipercalcúria ligeira com normocalcémia, VS normal, PCR 3,97 mg/dL, anticorpos ANCA negativos e ECA normal. A TC-Tórax identificou micronodula-

ridade de distribuição aleatória, espessamento dos septos interlobulares, opacidade consolidativa, volumosa, no lobo inferior direito (LID), lâmina de derrame pleural direito e adenopatias mediastínicas e retroperitoneais. A função respiratória apresentava síndrome ventilatório misto (FVC 61%; FEV1 45%; TLC 77%) e défice moderado da DLCO (58%). Realizou videobroncofibroscopia, macroscopicamente com visualização de mucosa brônquica de aspecto granulomatoso; lavado broncoalveolar com linfocitose de 36% (CD4/CD8: 2,6) e exame directo e cultural negativos para *Mycobacterium tuberculosis*; biópsias brônquicas com granulomas epitelióides com necrose focal central e células gigantes multinucleadas do tipo Langerhans. Discutido em reunião multidisciplinar, tendo realizado BATT de massa consolidativa do LID para exclusão de neoplasia, com identificação de granulomas epitelióides não necrotizantes, sem atipia e sem isolamento de microorganismos. Assim, após exclusão de etiologia infecciosa, imune e neoplásica para doença granulomatosa, assumiu-se o diagnóstico de sarcoidose e o doente iniciou terapêutica com corticoterapia sistémica com melhoria marcada clínica, funcional e imagiológica.

**Discussão:** Descreveu-se um caso de sarcoidose de difícil diagnóstico face à invulgar apresentação quer radiológica, com padrão consolidativo, nódulos aleatórios e derrame pleural, como histológica caracterizada por granulomas necrotizantes.

**Palavras-chave:** Sarcoidose. Consolidação. Granulomas necrotizantes.

### PO13. UM CASO DE PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR ASSOCIADO A DOENÇA AUTO-IMUNE

C. Alves, M. Osório, R. Fernandes, C. Sousa, M. Anciães, F. Rodrigues

*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.*

**Introdução:** A Proteínose Alveolar Pulmonar (PAP) é uma doença rara que resulta de uma produção e clearance anormais de surfactante pelos macrófagos alveolares. Em aproximadamente 90% dos casos é primária pela produção de anticorpos contra o factor estimulador de colónias de granulócitos e macrófagos (GM-CSF). As formas secundárias ocorrem em contexto de doença linfoproliferativa, após exposição maciça a poeiras ou infecção. Embora rara, a associação a doenças auto-imunes encontra-se descrita.

**Caso clínico:** Mulher de 52 anos, fumadora, com história de doença auto-imune em estudo em consulta de doenças imuno-mediadas, caracterizada por poliartrite, fenómeno de Raynaud, refluxo gastro-esofágico e disfagia, ANA's 1/640 (padrão centrómero) e anti-centrómero A e B positivos, medicada com prednisolona 5 mg e azatioprina 50 mg desde 2018. Internamento na Pneumologia em 12/2018 por pneumonia pneumocócica a condicionar insuficiência respiratória (IR). Evolução pós alta com cansaço ligeiro. Realizou TC tórax que revelou opacidades em vidro despolido e espessamento de septos interlobulares (aspectos em "crazy paving"), LBA e biópsia pulmonar transbrônquica inconclusivos. Repetiu TC de alta resolução (TCAR) aos 4 meses com melhoria significativa pelo que dada estabilidade clínica e funcional manteve vigilância em consulta. Em 02/2021 agravamento de cansaço, dispneia para esforços e tosse seca, com dois meses de evolução, com reagramento do padrão de "crazy paving" em TCAR. Sem IR. Realizou novamente LBA, in-característico e criobiópsia tranbrônquica com preenchimento alveolar por material amorfo e granular, hialino (PAS+). Admitiu-se o diagnóstico de PAP, aguardando titulação de anticorpo anti-GM-CSF, optando-se por vigilância em consulta dado se tratar de doença ligeira, sem IR.

**Discussão:** Descreveu-se um caso de PAP de provável etiologia pós-infecciosa (a confirmar com titulação de anticorpo anti-GM-CSF), particularmente raro pela associação com doença auto-imune (provável esclerose sistémica em estudo). O follow-up nesta patologia através da vigilância clínica, funcional e imagio-

lógica, é fundamental de forma a identificar candidatos a terapêutica.

**Palavras-chave:** *Proteinose alveolar pulmonar. Doença auto-imune. Proteinose alveolar pulmonar imune.*

#### PO14. INFEÇÃO POR SARS-CoV-2 E DOENÇAS DIFUSAS DO PULMÃO

**A. Fonseca**, C. Nogueira, S. Campinha, I. Marques, A. Sanches, S. Neves

*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho.*

**Introdução:** O pulmão é o órgão frequentemente envolvido na infeção por SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2). Indivíduos com doença difusa do pulmão (DDP), dada a menor reserva funcional, apresentam maior risco para doença grave e morte.

**Objectivos:** Revisão casuística dos doentes com DDP seguidos em consulta que tiveram infeção por SARS-CoV-2.

**Métodos:** Análise retrospectiva de 1 de março 2020 a 31 abril de 2021 dos doentes com DDP seguidos em consulta que tiveram infeção por SARS-CoV-2. Descrição das características demográficas, diagnósticos, parâmetros funcionais e mortalidade. Os doentes com admissão hospitalar e os tratados em ambulatório, bem como os doentes recuperados e os falecidos foram comparados.

**Resultados:** Durante este período, 37 (4,1%) doentes tiveram infeção por SARS-CoV-2, 60% do sexo masculino e idade média 64 anos ( $\pm 15,8$ ). Diagnósticos principais: doença intersticial associada a doenças do tecido conectivo ( $n = 9$ ), pneumonia intersticial inclassificável ( $n = 4$ ) e sarcoidose ( $n = 5$ ). Treze doentes sob terapêutica imunossupressora e 5 antifibrótica. Houve necessidade de internamento em 43% dos doentes, 9 faleceram durante o internamento e 2 nos três meses após infeção (taxa de mortalidade de 30% aos 3 meses). Dos doentes que recuperaram, não houve diferença estatisticamente significativa nos parâmetros funcionais antes e após a infeção. Houve diferença estatisticamente significativa da DLCO e média de idades entre os doentes recuperados e os falecidos e entre os hospitalizados e aqueles tratados em ambulatório. Na tabela 1 encontram-se descritos os valores funcionais.

**Conclusões:** Verificou-se maior necessidade de internamento nos doentes com valores inferiores de DLCO, podendo refletir maior envolvimento intersticial e comorbilidades associadas, como hipertensão pulmonar. A mortalidade e a necessidade de internamento

foi superior nos doentes mais idosos, possivelmente relacionado com a presença de outras patologias.

**Palavras-chave:** *SARS-CoV-2. Doenças Intersticiais do Pulmão. DLCO.*

#### PO15. PNEUMONIA LIPÓIDE ENDÓGENA NO ADULTO - UM CASO CLÍNICO

**B. Martins**, A. Terras Alexandre, H. Novais-Bastos, P. Caetano Mota, N. Melo, S. Guimarães, C. Souto Moura, A. Morais  
*Centro Hospitalar Universitário São João.*

**Introdução:** A pneumonia lipóide é uma entidade rara decorrente de acumulação de lípidos nas vias aéreas distais e alvéolos, conduzindo a uma reação inflamatória local. É categorizada em endógena ou exógena. A forma endógena pode ser idiopática, surgir no contexto de obstrução neoplásica focal, infeção respiratória ou como consequência de envolvimento pulmonar por doença reumatológica ou do armazenamento lipídico, como a doença de Niemann-Pick.

**Caso clínico:** Os autores reportam o caso de uma mulher de 62 anos, não fumadora, com clínica de dispneia de esforço e tosse produtiva com 10 meses de evolução. Registo de múltiplos episódios de urgência durante este período, sempre com diagnóstico final de pneumonia bacteriana, mas sem melhoria significativa após tratamento com vários antibióticos e cursos de corticóide oral. Por agravamento clínico foi internada no serviço de Pneumologia para investigação etiológica. A tomografia computadorizada torácica revelou opacidades difusas em vidro despolido no pulmão esquerdo e áreas de consolidação no lobo inferior esquerdo. O estudo funcional respiratório revelou diminuição da DLCO (36%), sem outras alterações. A videobroncoscopia flexível não revelou lesões endoscópicas. O lavado broncoalveolar apresentava coloração amarelo-citrino, tendo revelado linfocitose (53%) e positividade para a coloração Oil-red. A biópsia pulmonar revelou macrófagos intra-alveolares com citoplasma xantelasmizado e coloração *Oil-red* positiva, compatível com o diagnóstico de pneumonia lipóide endógena. A doente negou uso de medicações ou outros produtos à base de óleo. Foram excluídas causas neoplásicas, infecciosas ou reumatológicas. Não se detetaram alterações no perfil de aminoácidos ou níveis de esfingomielinase com significado patológico. A doente encontra-se sob vigilância clínica, ponderando-se eventual necessidade de lavagem pulmonar total para alívio sintomático, caso haja agravamento.

**Discussão:** O diagnóstico de pneumonia lipóide endógena constitui um desafio, nem sempre sendo identificada uma causa. De momen-

Tabela 1: Idade e valores funcionais do último estudo funcional prévio à infeção SARS-Cov2 (valores apresentados como média $\pm$ desvio padrão).

	Recuperados (n=26)	Falecidos (n=11)	Valor p
Idade	60,2 $\pm$ 16,5	74,0 $\pm$ 7,4	<b>0,02</b>
FVC (L)	2,8 $\pm$ 0,9	2,7 $\pm$ 1,0	0,92
FVC % previsto	85 $\pm$ 15,2	85,9 $\pm$ 25,5	0,98
FEV1 (L)	2,1 $\pm$ 0,7	2,1 $\pm$ 0,7	0,97
FEV1 % previsto	81,0 $\pm$ 14,8	84,1 $\pm$ 21,6	0,63
DLCO %	66 $\pm$ 17,7	50,9 $\pm$ 10,3	<b>0,03</b>
	Hospitalizados (n=16)	Tratados em ambulatório (n=21)	
Idade	70,7 $\pm$ 10,4	58,1 $\pm$ 17,3	<b>0,02</b>
FVC (L)	2,8 $\pm$ 1,0	2,9 $\pm$ 0,9	0,75
FVC % previsto	87,4 $\pm$ 22,8	84,4 $\pm$ 13,1	0,65
FEV1 (L)	2,1 $\pm$ 0,1	2,1 $\pm$ 0,7	0,84
FEV1 % previsto	85,2 $\pm$ 18,6	78,9 $\pm$ 14,4	0,27
DLCO %	55,6 $\pm$ 12,4	68 $\pm$ 19,2	<b>0,04</b>

Figura PO14



to não existem tratamentos específicos recomendados. Em casos mais graves, poderá ser considerada a necessidade de lavagem pulmonar total.

**Palavras-chave:** *Pneumonia lipóide endógena. Doenças difusas do pulmão. Lavado broncoalveolar.*

#### PO16. SÍLICA E VASCULITES: QUAL A ASSOCIAÇÃO?

**T. Brito**<sup>1</sup>, S. Campinha<sup>2</sup>, C. Nogueira<sup>2</sup>, A. Sanches<sup>2</sup>, I. Marques<sup>2</sup>, S. Neves<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE.

**Introdução:** Sabe-se que determinados fatores ambientais desempenham um papel importante no desenvolvimento de doenças auto-imunes. Tem sido reportada a associação entre a exposição a sílica e o aparecimento de Vasculites ANCA (anticorpos anti-citoplasma de neutrófilo) positivas.

**Caso clínico:** Caso 1. Homem, 55 anos, pedreiro (durante 35 anos), não fumador. Antecedentes de Silicose (caracterizada como doença profissional) e Tuberculose MR. Internado por vasculite ANCA positivo (anti-MPO) com atingimento renal. Por hemoptises realizou TAC tórax que mostrou adenomegalias mediastínicas, bronquiectasias de tração e distorção da arquitetura pulmonar, compatíveis com fibrose massiva progressiva (em contexto silicose) e expressivas áreas de densificação em vidro despolido no LSD e LIE. O LBA revelou linfocitose, relação CD4/CD8 baixa e pesquisa de hemossiderina no citoplasma dos macrófagos positiva (técnica Pearls), compatível com hemorragia alveolar. Caso 2. Homem, 49 anos, serralheiro civil (durante 20 anos), ex-fumador (30 UMA). Antecedentes de DM tipo 2, vasculite ANCA positivo (anti-MPO) com insuficiência renal associada e miocardite viria. Referenciado por hemoptises e dispneia médios esforços. Realizou TAC tórax, com evidência de adenopatias mediastínicas, padrão em vidro despolido dos lobos inferiores e densificações reticulares a traduzir fenómenos de fibrose intersticial. O LBA detetou macrófagos com pigmento hemossidérico (técnica Perls), sugestivo de hemorragia alveolar. Realizou biópsia pulmonar por criobiópsia que revelou presença de macrófagos com partículas birrefringentes à luz polarizada de tipo salicilatos. Assu-

mido, em ambos os casos, o diagnóstico de vasculite ANCA+ com envolvimento renal e pulmonar, com associação à sílica. Instituída terapêutica imunossupressora com ciclofosfamida e CCT.

**Discussão:** Os casos apresentados ilustram a associação entre exposição a sílica e vasculites ANCA+, comprovando a interação entre exposição ambiental/ocupacional e auto-imunidade. A sílica funciona como “trigger” ambiental no desenvolvimento destas vasculites. Contudo, os mecanismos fisiopatológicos envolvidos não estão completamente esclarecidos. Destacamos que a exposição ocupacional, em particular à sílica, deve ser sistematicamente explorada nos doentes com vasculites ANCA+.

**Palavras-chave:** *Sílica. Silicose. Vasculite. Anticorpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA). Vasculites ANCA positivo.*

#### PO17. PULMONARY FUNCTION IMPROVEMENT OF BIOLOGIC ASTHMA AGENTS

**F. Jesus**, F. Pereira da Silva, S. Braga, M. Oliveira, F. Fernandes, J.M. Silva, L. Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda.

**Objectives:** Patients with uncontrolled asthma are candidates for biologic agents, such as anti-immunoglobulin E (Omalizumab), anti-interleukin-5 (Mepolizumab or Reslizumab), anti-IL-5 receptor (Benralizumab), or anti-IL-4 receptor (Dupilumab). Our aim is to characterize our population under biologics and evaluate clinical and lung function improvement.

**Methods:** Retrospective cohort study, selecting patients currently undergoing biological treatments from the severe asthma consultation. Collected and analyzed through SPSS® demographic, clinical (asthma phenotype, questionnaires, exacerbations, therapeutic), laboratorial and functional data.

**Results:** 25 patients, mainly female 15 (60%), with mean age 48.2 years ( $\pm 14.5$ ). Main phenotype was allergic asthma in 60% ( $n = 15$ ). Most were non-smokers (76%) and 52% were overweight or obese. Before therapy, mean blood eosinophils were 847 cel/uL ( $\pm 770$ ), total IgE 423 ( $\pm 433$ ), CARAT 14 ( $\pm 7$ ), exacerbations in the last year 2 ( $\pm 1.3$ ), lung function FVC 97% predicted ( $\pm 18$ ), FEV1 77% predicted ( $\pm 78$ ) and FeNO 50 ppm ( $\pm 32$ ). The most used agent was Omalizumab in 13 patients (52%), followed by mepolizumab in 8 (32%), benralizumab in 3 (12%) and reslizumab in 1 (4%). All patients under biologic agents showed significant improvement in symptoms and decrease number of exacerbations ( $p = 0.015$  and  $p = 0.001$ ). Concerning lung function, there was significant improvement in FVC and FEV1 ( $p = 0.004$  and  $p = 0.001$ ). When we analyse the biological agents separately: Omalizumab showed statistically significant improvement in symptoms, exacerbations and lung function ( $p < 0.05$ ); Mepolizumab showed statistically significant improvement in exacerbations ( $p = 0.002$ ), but not in symptoms or lung function; Benralizumab and Reslizumab showed relative improvement in exacerbations and lung function.

**Conclusions:** All patients under biological agents showed improvement in symptoms, exacerbations and therefore in quality of life. Comparing biological agents, only Omalizumab demonstrated significant improvement in lung function. This contrasts with literature data, where Omalizumab didn't show an improvement in lung function. Studies comparing the different biological agents are needed to determine the best match for each patient.

**Keywords:** *Pulmonary function. Biological agents. Asthma.*

#### PO18. MEPOLIZUMAB - A PROPÓSITO DE UM CASO DE HIPERSENSIBILIDADE

**A.P. Cunha Craveiro**, J. Barata, M. Baptista, S. Martins, D. Rocha, D. Sousa, M. La Salette Valente, E. Magalhães, M. Afonso

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

**Introdução:** No largo espectro da Asma Brônquica, existem formas maior que, a par da clássica corticoterapia sistémica, devem ser alvo de terapia biológica. Contudo, a indicação e manutenção de tais fármacos requerem avaliação contínua, caso-a-caso, de risco-benefício.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, de 65 anos, com diagnóstico de Asma Brônquica Eosinofílica Não-Alérgica, sem antecedentes de relevo, não-fumadora e proprietária de loja, sem exposições de risco. Com estudo imagiológico normal, provas de função respiratória com padrão obstructivo ligeiro com resposta à broncodilatação e analiticamente eosinofílica, sem outras alterações, apesar da otimização terapêutica (corticoterapia inalada em altas doses, anti-leucotrieno e anti-colinérgico), mantinha-se sintomática - com tosse seca, pieira e cansaço fácil. Ao longo do tempo, realizou vários ciclos de corticoterapia sistémica sem, porém, obter total remissão sintomática. Assim, decidiu-se pela gradual substituição da corticoterapia pelo anticorpo monoclonal humanizado anti-IL-5 Mepolizumab e, após 3 sessões, a doente encontrava-se substancialmente melhorada. Contudo, com a 4ª toma, desenvolveu intensa dor osteoarticular ao nível da coluna cervical e lombo-sagrada, bem como nos membros inferiores. Excluídas outras causas, suspendeu-se Mepolizumab e foi reiniciada corticoterapia. Decorrido um mês, apresentou novo agravamento clínico - com dispneia de esforço, tosse e pieira - que implicou antibioterapia e aumento da corticoterapia. A doente manteve, porém, algumas queixas respiratórias, pelo que se tentou reintroduzir Mepolizumab. Uma vez mais, obteve-se melhoria clínica substancial mas, após 4 meses, desenvolveu intenso prurido generalizado e exuberante exantema no dorso e membros inferiores - apenas resolvido com nova suspensão de Mepolizumab, altas doses de anti-histamínico e corticoterapia sistémicos e aplicação tópica de corticoide.

**Discussão:** Estão descritos vários efeitos adversos potenciais da terapêutica biológica, cuja gestão pode implicar a suspensão farmacológica. Apresenta-se o caso pela exuberante clínica e como reflexão de que, numa lógica de caso-a-caso, o preceito de resolução sintomática total tem que ser balanceado com iatrogenia terapêutica.

**Palavras-chave:** Asma brônquica eosinofílica não-alérgica. Corticodependente. Mepolizumab. Hipersensibilidade.

## PO19. ASMA GRAVE SEM RESPOSTA A MÚLTIPLOS BIOLÓGICOS - UMA SÉRIE DE CASOS

C. Cortesão, C. Loureiro, L. Balanco

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução:** Na abordagem terapêutica da pessoa com asma grave a identificação do seu endótipo é fundamental, devendo recorrer-se aos vários marcadores disponíveis, incluindo clínicos, funcionais e inflamatórios. Não raramente, várias vias podem sobrepor-se (Th2, não Th2, não tipo 2) e concorrer para a gravidade da doença, poden-

do ser equacionáveis diferentes agentes biológicos para a sua terapêutica. A eficácia do anticorpo monoclonal selecionado é obrigatória para a decisão de continuação/alteração/suspensão terapêutica.

**Caso clínico:** Aqui descrevemos uma série de quatro casos de doentes com asma grave, cujas avaliações de eficácia terapêutica, não sendo satisfatórias, conduziram a múltiplos *switchs* terapêuticos, de acordo com a disponibilidade progressiva das alternativas terapêuticas:

**Discussão:** A escolha do biológico mais adequado para cada doente é um processo desafiante e as alternativas atuais permitem procurar os melhores resultados possíveis para cada doente, infelizmente nem sempre alcançáveis.

**Palavras-chave:** Asma grave. Agentes biológicos. Switch.

## PO20. MIGRATION IN THE ABCD ASSESSMENT TOOL AFTER COMMUNITY-BASED PULMONARY REHABILITATION

A. Marques<sup>1</sup>, A. Roque<sup>2</sup>, P. Rebelo<sup>1</sup>, I. Agostinho<sup>1</sup>, G. Rodrigues<sup>1</sup>, M. Gomes<sup>1</sup>, V. Rocha<sup>1</sup>, C. Paixão<sup>1</sup>, A. Machado<sup>1</sup>, S. Souto-Miranda<sup>1</sup>, C. Freitas<sup>1</sup>, A. Mendes<sup>3</sup>, P. Simão<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Lab3R - Respiratory Research and Rehabilitation Laboratory, School of Health Sciences, University of Aveiro (ESSUA), Aveiro.

<sup>2</sup>Santa Joana Family Health Unit Agrupamento do Centros de Saúde do Baixo Vouga (ACeS-BV). <sup>3</sup>Pulmonology Department, Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV), Aveiro. <sup>4</sup>Pulmonology Department, Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULS Matosinhos), Matosinhos.

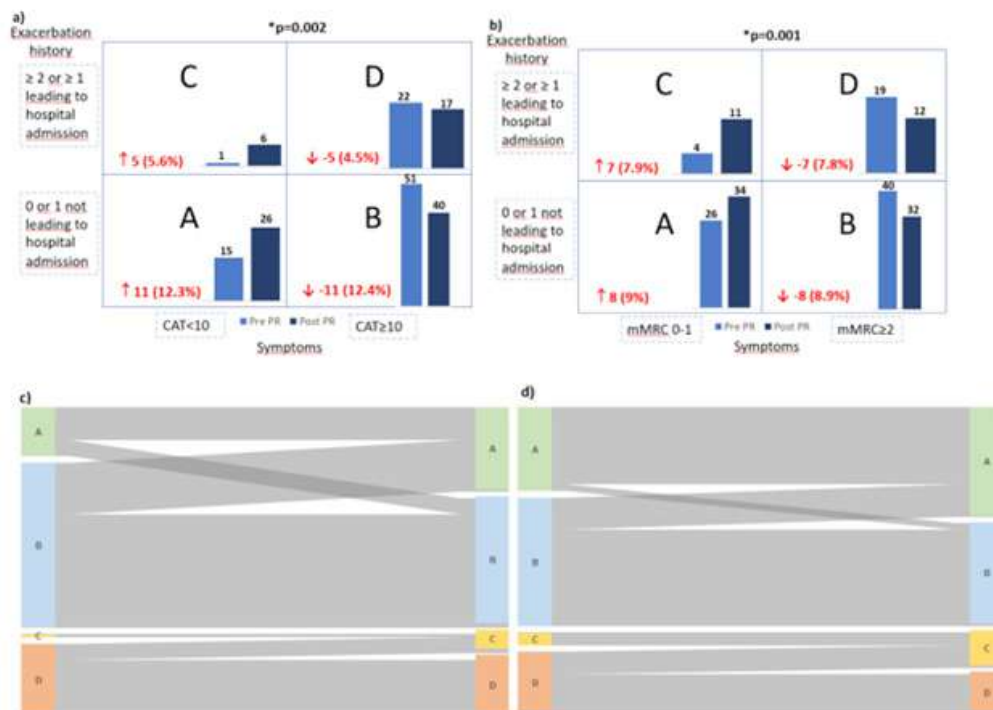
**Objectives:** The ABCD assessment tool (ABCD) proposed by the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) is often used to guide treatment in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). However, treatment remains focused on pulmonary pharmacology, despite being known that this will have minimal effects on meaningful aspects of people's daily life such as symptoms. Pulmonary rehabilitation (PR), an evidence-based, multidisciplinary, non-pharmacological intervention, improves symptoms and may lead to a positive shift in the ABCD assessment tool but this remains underexplored. Hence, we aimed to assess the effects of a community-based PR programme on the ABCD assessment tool.

**Methods:** An observational study with people with COPD was conducted. Age, sex, forced expiratory volume in one second percentage predicted (FEV1%predicted); activities-related dyspnoea-modified British Medical Research Council questionnaire (mMRC), impact of the disease-COPD Assessment Test (CAT) and number of acute exacerbations and hospitalisations in the previous year to determine participants' group in the ABCD assessment tool were collected before and after a 12-weeks community-based PR programme. Paired samples t-test and Wilcoxon signed rank test were used to analyse data.

Tabela PO19

H, 62A	Omalizumab, 4M, falência no ganho funcional e no controlo de sintomas	Mepolizumab, 8M, falência no ganho funcional e no controlo de sintomas	Dupilumab em PAP, 4M, falência na melhoria funcional e no controlo de sintomas
H, 45A	Omalizumab, 3A, falência no ganho funcional, manutenção de doses altas de corticoide sistémico	Mepolizumab, 1A, falência no ganho funcional, manutenção de doses altas de corticoide sistémico	Benralizumab, 3A: eficácia terapêutica com redução de dose de corticoide sistémico a dose fisiológica; ganho funcional e sem agudizações
H, 52A	Omalizumab, 18M, falência na redução de agudizações, manutenção de doses altas de corticoide sistémico	Mepolizumab, 2A, falência na redução de agudizações, manutenção de doses altas de corticoide sistémico	Dupilumab, em PAP, 4M, pendente avaliação de eficácia terapêutica
M, 22A	Omalizumab, 5M, falência na redução de agudizações, manutenção de doses altas de corticoide sistémico	Reslizumab, 9M, falência na redução de agudizações, manutenção de doses altas de corticoide sistémico	Dupilumab, 18M, falência na redução de agudizações, manutenção de doses altas de corticoide sistémico





**Figure 1.** Effects of community-based pulmonary rehabilitation programmes in people with chronic obstructive pulmonary disease (n=99) considering: a) ABCD assessment tool classified with the COPD Assessment Test (CAT) and c) respective shifts; and b) the modified British Medical Research Council (mMRC) questionnaire and d) respective shifts. Light blue bars and dark blue bars indicate the number of people before and after community-based pulmonary rehabilitation, respectively. Numbers in red report the difference observed in the number of people and respective percentage in the ABCD assessment tool classifications from before to after community-based pulmonary rehabilitation (a) and b)). Shifts in the ABCD assessment tool from before to after community-based pulmonary rehabilitation are presented by the grey lines (c) and d)).

Figura PO20

**Results:** Eighty-nine people with COPD ( $69.5 \pm 8.3$  yrs; 78.7% male;  $FEV1 = 50.1 \pm 17.8\%$  predicted) were included. Airflow obstruction remained unchanged after PR ( $p = 0.908$ ). In the ABCD assessment tool, the number of individuals allocated to GOLD A (CAT: 15 (16.9%) vs. 26 (29.2%); mMRC: 26 (29.2%) vs. 34 (38.2%)) and C (CAT: 1 (1.1%) vs. 6 (6.7%); mMRC: 4 (4.5%) vs. 11 (12.4%)) increased, whilst, those allocated to GOLD B (CAT: 51 (57.3%) vs. 40 (44.9%); mMRC: 40 (44.9%) vs. 32 (36%)) and D (CAT: 22 (24.7%) vs. 19 (21.3%); mMRC: 19 (21.3%) vs. 12 (13.5%)) decreased following PR, using either the CAT ( $p = 0.002$ ) or the mMRC ( $p = 0.001$ ) (Figure 1 - a) and b)).

**Conclusions:** Community-based PR reduces symptoms in people with COPD, leading to positive and significant shifts in the ABCD assessment tool. Referrals to PR are strongly encouraged.

**Keywords:** ABCD. Pulmonary rehabilitation. COPD.

## PO21. IS COPD A CAUSE OF PREMATURELY DEATH?

D. Araújo, A.M. Silva Araújo<sup>1</sup>, D. Ferreira<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Guimarães, S. Pneumologia. <sup>2</sup>Hospital Guimarães.

**Objectives:** Although absolute COPD deaths are rising in many countries, age-standardized mortality rates have been declining in many world regions. In the present study we aimed to understand the circumstance of death in COPD patients and if COPD can be considered a cause of prematurely death.

**Methods:** A total of 303 stable COPD patients over 40 years of age, diagnosed according to GOLD criteria, were recruited consecutively between March 2016 and May 2017. Five years after the start of recruitment, patients who have died were identified, and their ages and clinical notes, by the time of death, were recorded and analysed.

**Results:** In the meantime 61 patients (20.13%) died. Their median and mean age was respectively 77.00 and 77.02 ( $\pm 8.78$ ) years, being 77.00 and 77.45 ( $\pm 8.51$ ) years in male gender and 76.50 and 74.13 ( $\pm 10.6$ ) years in female gender. COPD exacerbation with acute-on-chronic respiratory failure was present in 32 patients, by the time of death. Pneumonia, heart failure, advanced stage lung cancer and kidney failure were the other most important causes of death. By the time of recruitment, the mean post-bronchodilator  $FEV1\%$  of the 303 patients was 53.2 ( $\pm 19.7\%$ ), and their distribution (%) according to GOLD 2017 stage and classification, was respectively, from I to IV, 9.9, 41.9, 35.05 and 13.2%, and 23.1, 39.6, 2.3 and 35.0% from A to D.

**Conclusions:** COPD exacerbation with acute-on-chronic respiratory failure was the most important cause contributing to death, suggesting that the majority of these patients have died, in fact, because of COPD. Taking into account the average life expectancy of the Portuguese population (2016-2018), COPD was cause of prematurely death mainly in females.

**Keywords:** COPD. Mortality. Prematurely death.

## PO22. PRESCRIÇÃO E REGISTO DA VACINA DA GRIPE NOS UTENTES COM DPOC. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

I. Dias Almeida<sup>1</sup>, V. Nogueira Rego<sup>1</sup>, P.S. Correia<sup>1</sup>, I.L. Ribeiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ACeS Grande Porto VIII-Espinho/Gaia, USF Nova Via.

**Objectivos:** Aumentar em 15% a prescrição e o registo da vacina da gripe nos utentes com diagnóstico de DPOC na época vacinal de 2020.

**Métodos:** Para diagnóstico de situação prévio, foi realizado um estudo de qualidade técnico-científica de cumprimento da vacinação contra a gripe nos utentes com DPOC na época vacinal de 2019. O estudo de melhoria contínua da qualidade, observacional, transversal e analítico, incluiu os utentes inscritos na USF com problema ativo codificado no ICPC2 - R95 - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Foi realizada uma intervenção educativa para todos os profissionais de saúde da USF sobre a prescrição da vacina da gripe nos utentes com DPOC e distribuídos memorandos. A avaliação interna dos resultados foi realizada com recurso ao MIMUF<sup>®</sup>, Boletim de Vacinas do RSE e Microsoft Excel 2013<sup>®</sup>.

**Resultados:** Na época vacinal de 2020, 78,13% (n = 300) dos utentes com DPOC receberam a vacina contra a gripe. Dos utentes com idade inferior a 65 anos, 69,34% (n = 95) foram vacinados. Houve registo formal de recusa por parte do utente em 30,95% (n = 26) das situações de não administração da vacina. Houve um aumento de 23,44% da administração e registo da vacina contra a gripe entre as épocas vacinais de 2019 e 2020. Na população com idade inferior a 65 anos, esse aumento foi de 39,41%. Estes valores refletem uma melhoria global da taxa de cobertura vacinal contra a gripe nos utentes com DPOC de “suficiente” (50-75%) para “bom” (75-90%).

**Conclusões:** O objetivo do trabalho de melhoria contínua da qualidade foi alcançado e superado. A intervenção educativa sobre os profissionais de saúde permitiu implementar medidas corretoras e melhorar os cuidados de saúde preventivos prestados à população com DPOC.

**Palavras-chave:** DPOC. Gripe. Vacinação.

## PO23. MOTIVATION AND BEHAVIOR CHANGE IN COPD PATIENTS- A NEW APPROACH TO MAINTAIN PHYSICAL ACTIVITY LEVELS?

D. Pinto Duarte<sup>1</sup>, V. Rocha<sup>2</sup>, J. Encantado<sup>3</sup>, P. Sousa<sup>4</sup>, P. Puga Machado<sup>4</sup>, M. Padilha<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. <sup>2</sup>Centro de Psicologia da Universidade do Porto. <sup>3</sup>Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion (APPsyCI), ISPA - Instituto Universitário - Lisboa. <sup>4</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto.

**Objectives:** Lack of motivation is the main reason reported by COPD patients for not completing pulmonary rehabilitation (PR) programs and for not maintaining physical activity (PA) levels over time. Self-determination theory (SDT) has demonstrated efficacy in predicting health behavior change. Focused on quality and type of motivation regulation rather than quantity, SDT implementation found that autonomous forms of behavioral regulation are associated with initiation and maintenance of health behaviors (Ryan & Deci, 2017).

**Methods:** This is a protocol of a quasi-experimental study that supports the implementation of one-year PR intervention at home setting based in a set of strategies (diary, guidance book, pedometer and telephone contact) for COPD patients who completed an outpatient PR program. The selected strategies will reinforce the initial PR program and promote long term PA adherence. Nurses will receive training (behaviour change strategies, self determination theory and motivational interview) to perform this intervention while promoting patients' competence and autonomous motivation

in a supportive environment. The Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire will be administered at the end of the outpatient PR program, and at 6, 9 and 12-months follow-up, to assess the quality of behavior regulation for exercise.

**Conclusions:** Our approach will be focused on enhancing patients' autonomous motivation by promoting options about PR strategies in home setting, supporting patients' initiatives, encouraging them to find activities that they enjoy and feel pleasure, and improving the likelihood of behavioral maintenance over time.

**Keywords:** Adherence. Nursing care. COPD-management.

## PO24. TERÁ UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA DE MANUTENÇÃO IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM DPOC?

L. Silva<sup>1,2</sup>, T. Maricoto<sup>3</sup>, P. Costa<sup>4</sup>, M. Padilha<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde de Matosinhos. <sup>2</sup>CINTESIS. <sup>3</sup>Unidade de Saúde Familiar Aradas. <sup>4</sup>ICVS - Faculdade de Medicina da Universidade do Minho. <sup>5</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto.

**Objectivos:** De acordo com a evidência científica disponível, não restam dúvidas quanto aos benefícios da reabilitação respiratória (RR) na qualidade de vida das pessoas com DPOC, contudo, ainda permanecem por responder questões relativas ao período pós programa inicial de RR no que concerne aos benefícios obtidos e à manutenção dos mesmos. Sugere-se que os programas de RR de manutenção sejam uma resposta válida sendo importante compreender o que deve constituir um programa de RR de manutenção de modo a potenciar a mudança de comportamentos dos indivíduos permitindo a manutenção dos ganhos obtidos.

**Métodos:** Revisão sistemática de literatura com meta-análise de ensaios clínicos aleatorizados e estudos quasi-experimentais (pré e pós). A pesquisa de estudos primários foi realizada em quatro bases de dados num período do mês de abril de 2021 por dois investigadores independentes. A qualidade dos estudos primários foi aferida recorrendo à *checklist* da Cochrane e a meta-análise com recurso ao software RevMan (versão 5.4). O Saint George Respiratory questionnaire (SGRQ) foi utilizado na maioria dos estudos incluídos para avaliar a qualidade de vida.

**Resultados:** Foram incluídos na meta-análise 4 que avaliam o impacto dos programas de manutenção na qualidade de vida estudos primários, tendo os resultados sugerido que os programas de RR de manutenção melhoram a qualidade de vida das pessoas com DPOC, diminuindo em média o score do SGRQ em 4,19 (IC -4,49; -3,90).

**Conclusões:** Os programas de reabilitação respiratória de manutenção contribuem para o aumento da qualidade de vida das pessoas com DPOC.

**Palavras-chave:** DPOC. Qualidade de Vida. Meta-análise. Reabilitação respiratória. Manutenção.

## PO25. DPOC. RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E ENSINO DA TÉCNICA INALATÓRIA

M. Aroso<sup>1</sup>, A. Serrano<sup>2</sup>, B. Vieira<sup>3</sup>, J. Barroco<sup>4</sup>, J. Máximo<sup>5</sup>, M.I. Rocha<sup>2</sup>, N. Neto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Pedras Rubras, ACeS Maia Valongo. <sup>2</sup>USF Lídador-ACeS Maia/Valongo. <sup>3</sup>USF Alto da Maia, ACeS Maia/Valongo. <sup>4</sup>USF Viver Mais-ACeS Maia/Valongo. <sup>5</sup>USF Ermesinde-Maia/Valongo.

**Objectivos:** O ensino e revisão da técnica inalatória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) está associado a maior adesão terapêutica e uso correto dos dispositivos, pelo que todos os profissionais que observam e tratam estes doentes devem conhecer, saber demonstrar e treinar a técnica inalatória relativa aos diferentes tipos de dispositivos.

Pretende-se avaliar se existe relação entre a qualidade de vida dos pacientes com DPOC e a frequência de ensino e revisão da técnica inalatória pelos médicos.

**Métodos:** Estudo observacional transversal, incluindo cinco Unidades de Saúde Familiares. Foram contactados telefonicamente os doentes com diagnóstico de DPOC, que cumpriam critérios de inclusão, para responder ao questionário CAT. Os médicos de família correspondentes, responderam a um questionário sobre o ensino e revisão da técnica inalatória e principais dificuldades sentidas no tratamento. Foi feita análise estatística descritiva e inferencial, para verificar a existência de associação entre qualidade de vida e ensino da técnica inalatória.

**Resultados:** Incluiu-se no estudo 280 doentes, 61,1% (N = 171) do sexo masculino, com idade média de 70,1 ± 10,8 anos. A mediana no questionário CAT foi de 9 pontos. Obtiveram-se 34 questionários médicos, com média de 17,5 ± 3,1 pontos. Não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre a pontuação do CAT e dos questionários médicos, nem entre a pontuação do CAT e o tipo de inalador.

**Conclusões:** Apesar de não se ter verificado correlação com significância estatística nos dados estudados, o ensino e revisão da técnica inalatória têm importância amplamente reconhecida e são recomendados. Os resultados obtidos podem dever-se a vários fatores, destacando-se o tamanho amostral, a dificuldade de colheita de dados telefonicamente e a subjetividade de resposta aos questionários. São necessários estudos mais robustos para melhor avaliar esta questão.

**Palavras-chave:** DPOC. Técnica inalatória. Qualidade de vida.

**PO26. IMPACTO DA PANDEMIA NUMA CONSULTA DE DESABITUAÇÃO TABÁGICA - ABORDAGEM INTENSIVA**

F. Pereira da Silva<sup>1</sup>, F. Luís<sup>1,2</sup>, F. Jesus<sup>1</sup>, S. Braga<sup>1</sup>, J. Ribeiro<sup>1</sup>, L. Ferreira<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ULS Guarda. <sup>2</sup>Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

**Introdução:** O tabaco é a causa mais comum e prevenível de doença respiratória, no entanto, os programas de cessação tabágica permanecem precariamente implementados. Apenas 3-5% dos fumadores conseguem deixar de fumar sem assistência profissional. Com a suspensão das consultas presenciais durante a pandemia tornou-se essencial definir estratégias para a manutenção do programa de desabitação tabágica.

**Objectivos:** Avaliar o impacto da pandemia na consulta de desabitação tabágica. Avaliar a viabilidade da realização de consulta de desabitação tabágica em formato híbrido (presencial e telefónica).

**Métodos:** Análise dos registos da consulta de desabitação tabágica entre 17/03/2020 e 13/07/2021. Integrados: fumadores com seguimento prévio (grupo I); início de seguimento nesse período (grupo II). Variáveis analisadas: sociodemográficas, perfil tabágico, nº consultas, tempos de seguimento e desabitação.

**Resultados:** Sem interrupção de consultas. Analisados dados de 217 consultas - 99 telefónicas (I: n = 50, 58,1%; II: n = 49, 37,4%). Amostra de 86 indivíduos (I: 31; II: 55), maioritariamente do sexo masculino (I: n = 21, 67,7%; II: n = 39, 70,9%). Média de idades - I: 53,26 ± 9,38; II: 51,18 ± 10,42 anos. Grupo I: sucesso em 41,9% (n



Figura PO26

= 13); abandono em 51,61% (n = 16). Grupo II: tempo decorrido insuficiente para calcular sucesso; abandono em 61,8% (n = 34). 10,9% (n = 6) em fase de manutenção (Prochaska e Diclemente). Taxa de abandono superior no sexo masculino (I: n = 9; 29,0%; II: n = 40,0%).

**Conclusões:** Elevada taxa de abandono no grupo de novas consultas - possível correlação com dificuldade na cessação em períodos de instabilidade. Sucesso ao ano no grupo com seguimento prévio ligeiramente superior ao previamente estabelecido. Indicia bons resultados de consulta em formato híbrido. Seguimento curto dos doentes “de novo”, não permitindo conclusões sobre sucesso, mas com boa adesão à consulta telefónica. Percentagem considerável de fumadores em fase de manutenção. Transpuseram-se os aspetos positivos da teleconsulta para uma consulta convencional, estabelecendo-se tempos-chave para realização de consulta telefónica, criando-se um cronograma personalizado (anexo).

**Palavras-chave:** Desabitação tabágica. Pandemia. Teleconsulta.

### PO27. ELEGIBILIDADE DOS DOENTES EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA HOSPITALAR PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

M. Sá Marques<sup>1</sup>, B. Cabrita<sup>2</sup>, I. Sanches<sup>1</sup>, R. Monteiro<sup>1</sup>, P. Almeida<sup>2</sup>, A.L. Fernandes<sup>2</sup>, P. Simão<sup>2</sup>, I. Pascoal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho. <sup>2</sup>Hospital Pedro Hispano.

**Objectivos:** Os benefícios da reabilitação respiratória são inquestionáveis na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), mas também noutras patologias respiratórias. Idealmente, apenas os doentes com patologia respiratória mais grave e/ou com comorbilidades deveriam integrar um programa de Reabilitação Respiratória (PRR) hospitalar, mas a dificuldade no acesso ou indisponibilidade de PRR nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) contrariam esta realidade. Avaliar a elegibilidade dos doentes em PRR hospitalar.

**Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo que incluiu os doentes que realizaram PRR nos meses de outubro a dezembro de 2019 em 2 hospitais terciários do norte de Portugal. A elegibilidade para o local de realização do PRR foi avaliada tendo em conta o documento de orientação da DGS de 2019.

**Resultados:** Foram incluídos 82 doentes (50 do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho e 32 do Hospital Pedro Hispano), 64,5% do género masculino, com idade média de 63,3 anos ( $\pm$  9,7). O diagnóstico mais frequente foi a DPOC (64,6%). Destes doentes, 18,9% (n = 10) não cumpriam os critérios para integração num PRR hospitalar. Os restantes diagnósticos foram: doença pulmonar intersticial (17,1%), bronquiectasias (11%), asma (2,4%), sequelas de tuberculose (2,4%), neoplasia pulmonar (1,2%) e hipertensão pulmonar (1,2%). Neste grupo de doentes, 3 poderiam ter sido integrados em PRR nos CSP. Assim, um total de 13 doentes (15,9%) - 7 do CHVNG/E e 6 do HPH - poderiam ter realizado o PRR nos CSP. A residência dos doentes distava em média 11,79 Km ( $\pm$  11,1) do hospital onde realizavam o PRR.

**Conclusões:** Constatamos que cerca de 16% dos doentes em PRR hospitalar poderiam integrá-lo nos CSP, sendo esta realidade semelhante nos dois hospitais. O desenvolvimento de PRR nos CSP, além de dar cumprimento às orientações da DGS, permitiria melhorar a resposta hospitalar aos doentes mais graves e o acesso à RR de doentes menos graves, diminuindo a pressão sobre os cuidados hospitalares.

**Palavras-chave:** Programa de reabilitação respiratória. Cuidados de Saúde Primários. Elegibilidade hospitalar.

### PO28. AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS DOENTES SOBRE OS CIGARROS ELETRÓNICOS E OS DISPOSITIVOS DE TABACO AQUECIDO

I. Sucena Pereira<sup>1</sup>, M. Silva<sup>1</sup>, A. Mendes<sup>2</sup>, D. Coutinho<sup>1</sup>, M. Guimarães<sup>1</sup>, I. Pascoal<sup>1</sup>

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

**Introdução:** Há cada vez mais dispositivos alternativos ao tabaco convencional que muitas vezes são anunciados como sendo menos prejudiciais ou como estratégias para a cessação tabágica. Na verdade, tanto os cigarros eletrónicos como o tabaco aquecido contêm várias substâncias comprovadamente nocivas, não sendo ainda conhecidas as consequências do seu uso a longo prazo.

**Objectivos:** Avaliar o conhecimento dos doentes seguidos em consulta de cessação tabágica sobre as alternativas ao tabaco convencional.

**Métodos:** Foram realizados questionários por telefone, após autorização verbal, aos doentes que tinham realizado a primeira consulta para cessação tabágica nos 3 meses prévios.

**Resultados:** Foram incluídos 46 doentes com idade média de 55,5  $\pm$  9,1 anos, 27 (58,7%) dos quais eram do sexo masculino. Todos os doentes já tinham ouvido falar do cigarro eletrónico, mas apenas 34 (73,9%) conheciam o tabaco aquecido. De referir que 12 doentes (26,1%) já tinham experimentado o cigarro eletrónico e 7 (15,2%) o tabaco aquecido. Apresento na tabela 1 as respostas obtidas.

Respostas obtidas pelos doentes		
	Cigarros eletrónicos (n = 46)	Tabaco aquecido (n = 34)
	% (n)	% (n)
Contém tabaco?		
Sim	39,1% (18)	47,1% (16)
Não	23,9% (11)	17,6% (6)
Não sei	37,0% (17)	35,3% (12)
Contém nicotina?		
Sim	73,9% (34)	67,6% (23)
Não	8,7% (4)	2,9% (1)
Não sei	17,4% (8)	29,4% (10)
Pode provocar dependência?		
Sim	67,4% (31)	70,6% (24)
Não	8,7% (4)	2,9% (1)
Não sei	23,9% (11)	26,5% (9)
Pode ser prejudicial à saúde?		
Sim	80,4% (37)	79,4% (27)
Não	2,2% (1)	0% (0)
Não sei	17,4% (8)	20,6% (7)
Pode ajudar a deixar de fumar?		
Sim	21,7% (10)	11,8% (4)
Não	41,3% (19)	44,1% (15)
Não sei	37,0% (17)	44,1% (15)

**Conclusões:** Com estes questionários, conseguimos observar que uma elevada percentagem de doentes já tinha experimentado estas alternativas ao tabaco convencional, apesar do desconhecimento das suas características. De referir, no entanto, que a maioria dos doentes avaliados assume que essas alternativas podem ser prejudiciais. Assim, as campanhas de sensibilização pública devem ser aprimoradas para educar a população acerca destas alternativas.

**Palavras-chave:** Cessação tabágica. Cigarros eletrónicos. Tabaco aquecido.

## PO29. DRENOS SUBCUTÂNEOS, UMA TERAPÊUTICA EFICAZ NO ENFISEMA SUBCUTÂNEO MACIÇO

**M.I. Luz**, C. Sousa, F. Rodrigues

*Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca.*

**Introdução:** O enfisema subcutâneo auto-limitado é frequente após toracoscopia e raramente determina obstrução da via aérea. A inserção subcutânea de um dreno de pequeno calibre é uma terapêutica descrita. Os autores descrevem a utilização de drenos subcutâneos num doente com enfisema subcutâneo maciço.

**Caso clínico:** Homem, 60 anos, fumador, com derrame pleural unilateral de etiologia a esclarecer. Para estudo etiológico do derrame pleural, foi realizada videotoracoscopia, com obtenção de múltiplas biópsias da pleura parietal. Após o procedimento, a radiografia apresentava câmara de pneumotórax apical esquerdo e enfisema subcutâneo na parede torácica à esquerda. Nas primeiras 24h após o procedimento, verificou-se um agravamento progressivo do enfisema subcutâneo do tórax (escroto, membros inferiores e superiores, pescoço e face condicionando encerramento palpebral bilateral, disфония e disfagia). TC torácica: estrutura bronquiolar com comunicação ao espaço pleural, compatível com fistula bronco-pleural, volumoso pneumomediastino e enfisema das partes moles muito extenso e exuberante. O doente apresentou melhorias muito pouco significativas com a drenagem em aspiração ativa, pelo que o dreno passou para drenagem passiva 7 dias após o procedimento. Com a passagem da aspiração ativa para drenagem passiva, houve um agravamento rapidamente progressivo do enfisema subcutâneo condicionando obstrução alta da via aérea, com dessaturação. Atendendo a este agravamento, procedeu-se à colocação de dois drenos subcutâneos calibre 12 Fr, por técnica de Seldinger, no 3º espaço intercostal anterior, linha média clavicular direita e esquerda. Nas primeiras 24h, foram removidos 4,5 l de ar para os sacos coletores. Após a colocação dos drenos subcutâneos, verificou-se melhoria clínica e do enfisema subcutâneo. Os drenos foram retirados ao fim de cinco dias, após ter cessado a saída de ar para os sacos coletores. Não se verificaram complicações associadas ao procedimento.

**Discussão:** A técnica de drenagem utilizada no presente caso clínico mostrou-se simples, segura e eficaz, permitindo a resolução do enfisema subcutâneo.

**Palavras-chave:** *Complicação. Enfisema subcutâneo. Toracoscopia. Dreno subcutâneo.*

## PO30. SÍNDROME DA UNHA AMARELA - UMA CAUSA RARA DE QUILOTÓRAX

**A. Gerardo**, H. Liberato, F. Rodrigues

*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.*

**Introdução:** A Síndrome da Unha Amarela (SUA) é uma entidade rara, de etiologia desconhecida, que se caracteriza pela tríade: alterações distróficas e coloração amarelada das unhas, linfedema e manifestações respiratórias crónicas. É mais frequente no sexo feminino e na meia idade. Descritas associações com doenças auto-imunes, neoplasias, drogas, enteropatias e imunodeficiências.

**Caso clínico:** Sexo feminino de 57 anos, recorre ao SU por quadro com 3 semanas de tosse produtiva com expectoração mucosa, toracalgia direita e dispneia de esforço. Antecedentes de rinosinusite, onicomiose e infeções respiratórias. Exame objetivo com maciez à percussão, diminuição das vibrações vocais e abolição do murmúrio vesicular no hemitórax direito; edema duro e eritema bi-maleolar simétrico, espessamento do leito ungueal com unhas de coloração amarelada. Radiografia de tórax com hipotransparência do terço inferior do hemitórax direito. Analiticamente com elevação dos parâmetros de inflamação aguda. Realizada toracocentese e biópsias pleurais. Líquido pleural de aspeto leitoso, compatível com

exsudado, predomínio linfocítico, triglicéridos 243 mg/dL e presença de quilomicrons. Estudo microbiológico negativo. Ecocardiograma com derrame pericárdico. Após exclusão de outras etiologias de quilotórax assumiu-se o diagnóstico de SUA. Instituída antibioterapia, diuréticos e dieta baixa em gordura, rica em proteína, com suplementação com triglicéridos de cadeia média. Teve alta melhorada sintomaticamente, mantém seguimento sem recidiva de derrame pleural.

**Discussão:** O diagnóstico de SUA é muitas vezes tardio pela sua raridade e inespecificidade das manifestações respiratórias. A tríade clássica apenas está presente em 25-33% dos casos. As bronquiectasias bilaterais de predomínio nos campos pulmonares inferiores são a manifestação respiratória mais comum (46% dos casos). O derrame pleural é quase sempre um exsudado, com predomínio linfocítico e o quilotórax pode estar presente em 30% dos casos. Ainda não há consenso sobre o melhor tratamento definitivo, havendo alguma evidência na utilização de tratamento conservador (diuréticos, dieta adequada, higiene broncopulmonar, toracocenteses evacuadores/pleurodese, vitamina E, antibióticos, meias de compressão).

**Palavras-chave:** *Síndrome da Unha Amarela. Linfedema. Quilotórax. Derrame pleural.*

## PO31. COMPRESSÃO TRAQUEAL POR ANEURISMA DA AORTA TORÁCICA!

**J. Martins**<sup>1</sup>, J. Cardoso<sup>2</sup>, F. Freitas<sup>2</sup>, P. Monteiro<sup>2</sup>, C. Barbara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CHLUN. <sup>2</sup>CHULN.

**Introdução:** A compressão da via aérea por aneurisma de aorta torácica é uma complicação rara, normalmente diagnosticada por exames de imagem, como tomografia computadorizada (TC). Relatamos um caso de uma doente com aneurisma de aorta torácica com compressão de traqueia.

**Caso clínico:** Mulher de 75 anos, com antecedentes de DPOC, hipertensão arterial e dissecção aórtica tipo B diagnosticada em 2019, com dilatação aneurismática de 50 mm. À admissão, referia tosse, toracalgia e dispneia com agravamento progressivo. Encontrava-se hemodinamicamente estável e sem sinais de dificuldade respiratória. Pela história de dissecção, toracalgia e elevação de D-dímeros (13,74 mg/L), foi realizada uma Angio-TC torácica na qual se documentou a dissecção tipo B com agravamento da dilatação aneurismática (80-90 mm) com trombo parietal extenso e dilatação no mediastino superior condicionando compressão posterior da traqueia e redução franca do seu lúmen. Após discussão com a cirurgia vascular e a anestesia concluiu-se que para uma entubação em segurança seria necessário colocação de prótese traqueal. Foi assim, realizada broncoscopia rígida onde se visualizou compressão extrínseca nos 2 terços inferiores da traqueia, com redução do lúmen em 90%. Colocada prótese auto-expansível, com permeabilização traqueal. Após 4 dias do procedimento, por agravamento clínico com dispneia e dessaturação foi realizada nova broncoscopia rígida onde se verificou migração da prótese traqueal imediatamente abaixo das cordas vocais. Na colocação da nova prótese (após múltiplas tentativas de reposicionamento da anterior) a doente entra em paragem cardio-respiratória, suspeitando-se de complicação com falso trajeto para o mediastino. Acaba por falecer após 35 minutos de manobras.

**Discussão:** Os aneurismas de aorta torácica podem desenvolver-se de forma assintomática e passarem despercebidos até atingirem um diâmetro capaz de causar compressão de estruturas adjacentes como traqueia. Tendo em vista a gravidade destes quadros, destaca-se a necessidade de uma maior vigilância imagiológica e resolução rápida do aneurisma cirurgicamente.

**Palavras-chave:** *Aneurisma. Traqueia. Prótese.*

### PO32. BILITÓRAX IATROGÉNICO-CAUSA RARA DE DERRAME PLEURAL: CASO CLÍNICO

M. Carvalho Silva, D. Rodrigues, D. Pimenta, M.J. Araújo, F. Aguiar, E. Padrão, L. Ferreira

Hospital de Braga.

**Introdução:** O bilitórax é uma complicação rara que pode resultar de trauma, cirurgia abdominal e patologias ou intervenções nas vias biliares. O desfecho pode ser fatal pelo risco de progressão para empiema ou ARDS pelo que é imprescindível o reconhecimento precoce e tratamento adequado.



**Caso clínico:** Homem de 53 anos com antecedentes de miocardiopatia hipertrófica e neoplasia da nasofaringe tratada com quimioterapia e radioterapia. Foi internado por endocardite infecciosa das válvulas aórtica e mitral por *Streptococcus agalactiae* com evolução para disfunção grave da válvula aórtica apesar da antibioterapia. Foi submetido a cirurgia de substituição valvular com colocação de dois drenos torácicos no pós-operatório imediato. Uma semana após a cirurgia manteve derrame pleural bilateral, de médio volume à direita, loculado, pelo que foi solicitada colaboração de pneumologia. Foi realizada toracocentese diagnóstica com saída de líquido pleural (LP) de coloração verde/acastanhada com características de exsudado e análise bioquímica compatível bilitórax (pH 7,7, bilirrubina total do LP 6,14 mg/dl, triglicéridos 57 mg/dl, proteínas 3,2 g/dl, LDH 1310, predomínio neutrófilos; com bilirrubina sérica de 1,3 mg/dl). Foi colocado dreno torácico à direita. Realizou TC do abdómen que revelou hepatomegalia com áreas hipodensas no lobo direito hepático, medindo 40 x 48 mm, em contato com a superfície

diafragmática, sugestivas de contusão/laceração hepática, provavelmente secundárias à colocação dos drenos torácicos no pós-operatório. Foi discutido o caso com cirurgia geral e decidido tratamento conservador, com resolução do derrame pleural e da laceração hepática após drenagem pleural.

**Discussão:** Apresentamos um caso de bilitórax considerado no diagnóstico diferencial de derrame pleural face às características macroscópicas do LP e à história de cirurgia cardíaca recente com colocação de dois drenos torácicos, e que foi confirmado pelas características bioquímicas do LP e achados da TC abdominal. Face à raridade desta etiologia, prevalece a importância da elevada suspeição diagnóstica, levando sempre em conta a informação clínica.

**Palavras-chave:** Bilitorax. Derrame. Pleural.

### PO33. DESENVOLVIMENTO DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA EM DOENTES COM PNEUMOTÓRAX

B.S. Silva, M. Esteves Brandão

Centro Hospitalar Universitário do Porto.

**Objectivos:** O desenvolvimento de pneumotórax corresponde a uma situação potencialmente ameaçadora de vida. A criação súbita de um shunt devido ao colapso pulmonar pode originar insuficiência respiratória (IR) hipoxémica ou global. Embora se afirme que esta disfunção se verifica mais em doentes com patologia pulmonar estrutural, poucos estudos foram publicados sobre este tópico. Avaliação de relação entre comorbilidades em doentes com pneumotórax e desenvolvimento de IR.

**Métodos:** Este trabalho corresponde a um estudo retrospectivo envolvendo doentes internados no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto com pneumotórax entre janeiro de 2020 e junho de 2021. Os dados demográficos, clínicos e analíticos recolhidos foram submetidos a análise estatística descritiva e inferencial, assumindo um nível de significância de 0,05.

**Resultados:** Foram incluídos 69 doentes, 53 do sexo masculino (76,8%), com média de idades de 57,23 ± 17,4 anos, a maioria com patologia estrutural pulmonar (79,7%). Um total de 22 (31,9%) desenvolveu IR, sendo que 8 (36,4%) apresentaram IR hipercápnica. Foi encontrada uma correlação significativa entre a presença de IR e pneumotórax espontâneo secundário (p = 0,012), pneumotórax de grande volume (p = 0,036), maior grau de dependência (p = 0,001), enfisema pulmonar (p = 0,01) e sequelas de tuberculose pulmonar (p = 0,011). Observou-se maior prevalência de IR hipercápnica relacionada com doença pulmonar obstrutiva crónica (p = 0,01) e doenças difusas pulmonares (p = 0,012). A presença de IR relacionou-se com maior tempo de drenagem (p = 0,009) e maior incidência de complicações (p = 0,019). Três doentes faleceram, sendo que todos apresentavam IR à admissão.

**Conclusões:** A IR afetou cerca de um terço dos doentes internados por pneumotórax. Na presente amostra foi possível identificar fatores que se relacionam com o desenvolvimento de IR, nomeadamente a presença de enfisema pulmonar, sequelas de tuberculose pulmonar, maior grau de dependência, etiologia do pneumotórax e o volume.

**Palavras-chave:** Pneumotórax. Insuficiência respiratória. Enfisema pulmonar.

### PO34. SARCOMA DE KAPOSI PULMONAR. UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO INICIAL RARA

A.L. Ramos, A.I. Calderón, S. André, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz-Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

**Introdução:** O Sarcoma de Kaposi (SK) associado ao VIH é uma neoplasia angioproliferativa, associada ao herpes-vírus humano 8 (HHV8). Apresenta-se tipicamente com envolvimento mucocutâneo.

O SK pulmonar é raro, sendo ainda mais rara enquanto manifestação inicial da doença.

**Caso clínico:** Homem de 52 anos, com infecção VIH-1. Fumador ativo (CT 40 UMA) e ex-usuário de drogas endovenosas. Apresentou-se no serviço de urgência com dispneia progressiva (2 semanas de evolução) e expectoração purulenta. Perda ponderal de 7 kg nos últimos 2 meses. Negava febre, hemoptises, dor torácica, adenopatias ou lesões cutâneas ou da cavidade oral. A radiografia torácica revelava opacidades nodulares, de limites mal definidos. Analiticamente apresentava 4.700/L leucócitos e 13 linfócitos T CD4 /mm<sup>3</sup> sem evidência de sinais inflamatórios. Na TC-torácica destacavam-se: múltiplas lesões nodulares, com elevada densidade, contornos espiculados e distribuição peribroncovascular. Realizou broncofibroscopia, observando-se lesões eritematosas da mucosa, de cor vermelho-violáceas, planas e dispersas pela árvore brônquica. Não foram identificados microrganismos nas secreções brônquicas ou no lavado broncoalveolar (LBA). Foram realizadas biópsias brônquicas dirigidas revelando proliferação focal de células fusiformes com formação de fendas e imunomarcagem positiva para HHV-8 confirmando o diagnóstico de SK com envolvimento pulmonar.

**Discussão:** O presente caso clínico destaca-se pela raridade que representa o SK com envolvimento pulmonar enquanto forma de apresentação; pelo desafio diagnóstico que constitui tanto pela sintomatologia inespecífica e partilhada com infecções pulmonares oportunistas como por apresentarem tipicamente achados endobrônquicos subtis. E, pela importância da broncoscopia enquanto ferramenta diagnóstica desta patologia, permitindo a visualização direta das lesões, realização de lavado broncoalveolar e realização de biópsias sempre que se considere que da integração dos achados clínicos, características imagiológicas e das lesões endobrônquicas não resulte um quadro clínico típico capaz de estabelecer o diagnóstico. O estabelecimento de um diagnóstico confiante é essencial dadas as implicações na terapêutica e prognóstico.

**Palavras-chave:** Sarcoma de Kaposi pulmonar. VIH. Diagnóstico.

### PO35. BRONCOSCOPIA RÍGIDA - CASUÍSTICA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA TERCIÁRIO

**S. Moura Cabral**, D. Madama, T. Alfaro, A.J. Ferreira

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Objectivos:** Identificar os contextos clínicos com necessidade de intervenção por broncoscopia rígida, intercorrências e evolução clínica, num centro de referência terciário.

**Métodos:** Foram incluídos no presente estudo, doentes submetidos a broncoscopia rígida no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Pólo HUC de 01-04-2019 a 30-09-2019. As variáveis estudadas foram idade, género, diagnóstico, intercorrências e evolução clínica.

**Resultados:** 17 procedimentos (15 doentes) realizados: 11/17 com aplicação de laserterapia, 5/17 para colocação/recolocação de prótese e 1/17 para aspiração de volumoso coágulo brônquico. A média de idades foi 64 anos. 8/15 do género masculino. Em 7/15 doentes verificou-se patologia maligna: 2 esofágica localmente avançada, 2 pulmonar estadio IV, 2 metastização pulmonar (colorretal e útero) e 1 síndrome MEN1. A patologia benigna, em 8 doentes, revelou 2 lipomas endobrônquicos, 1 fibroma traqueal, 1 lesão polipoide com hiperplasia de células mucinosas, 3 casos de estenose traqueal (pós-entubação e em relação com traqueostomia) e volumoso coágulo na lúgula que foi aspirado (em contexto de pseudoaneurisma de artéria brônquica embolizada). 2 doentes com neoplasia esofágica e invasão traqueal, com colocação prévia de prótese, foram reintervencionados para seu reposicionamento, numa situação por migração distal e na outra para encerrar trajeto fistuloso. Num caso de estenose traqueal intervencionada ocorreu recidiva, com necessidade de cirurgia de ressecção de anéis traqueais. As lesões benignas tipo polipoide não mostraram recorrência em 2 anos de follow up.

**Conclusões:** Este trabalho reforça o lugar da broncoscopia rígida na intervenção terapêutica e paliativa, com aplicação de laserterapia e colocação de próteses, proporcionando alívio de sintomas e melhoria da qualidade de vida de doentes com tumor invasivo da traqueia/árvore brônquica. A ausência de complicações graves imediatas pós-procedimento e a resolução atempada das menores, verificadas neste trabalho, comprovam a importância desta técnica. Os autores enfatizam ainda o papel terapêutico na patologia benigna, permitindo exérese de pólipos e correção de estenoses.

**Palavras-chave:** Broncoscopia rígida. Laserterapia. Colocação próteses.

### PO36. COÁGULOS ENDOBRÔNQUICOS EM DOENTE SOB ECMO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**J. Rodrigues**, M. Pinto, R. Gerardo, L. Bento, J. Cardoso

*Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central.*

**Introdução:** O colapso pulmonar por obstrução da via aérea com coágulos é incomum e condiciona grave insuficiência respiratória (IR) e instabilidade hemodinâmica. A identificação e resolução precoces são cruciais e a broncoscopia é a principal estratégia terapêutica. A Extracorporeal-Membrane-Oxygenation (ECMO) é uma técnica de resgate para IR refratária e implica hipocoagulação efetiva.

**Caso clínico:** Masculino de 57 anos sem antecedentes relevantes, com COVID-19 e que ao 6º dia de doença foi admitido em unidade cuidados intensivos (UCI) por IR grave para oxigenoterapia de alto fluxo (OAF). Encontrava-se sob amoxicilina/ácido clavulânico e metilprednisolona a 1 mg/kg/dia. Por agravamento da IR foi submetido a ventilação mecânica invasiva (VMI) mas com posterior necessidade

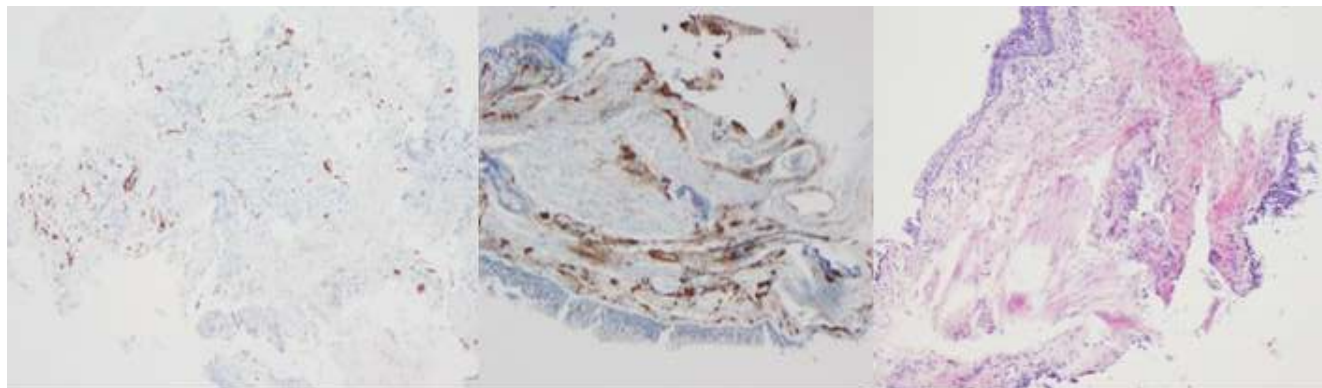


Figura PO34

de resgate de ECMO. Inicialmente apresentou evolução favorável, possibilitando extubação para OAF e “awaken” ECMO; contudo, por elevação de parâmetros inflamatórios, secreções hemáticas e depressão do estado de consciência, retomou-se VMI. Nesse contexto, efetuou telerradiografia torácica, identificando-se “pulmão branco”; realizou exploração broncoscópica com identificação de extenso coágulo na emergência do brônquio principal direito e remoção laboriosa com pinça de biópsia. Posteriormente a período de maior estabilidade, evolução para choque séptico por infecção a *Pseudomonas aeruginosa* sendo medicado com piperacilina-tazobactam/amicacina. No 12º dia de internamento, súbito agravamento hemodinâmico e respiratório com ausência de murmúrio vesicular esquerdo; efetuou-se broncoscopia com identificação de coágulo na emergência do brônquio lobar superior esquerdo. Necessitou de aspiração contínua e extubação dado o diâmetro do coágulo ser superior ao do tubo orotraqueal, com subsequente reintubação. Decorreu evolução favorável, todavia no dia da descanulação desenvolveu hematoma subdural espontâneo a condicionar herniação subfalcina.

**Conclusões:** A hipocoagulação (ECMO) aumenta o risco de hemorragia endobrônquica. Vigilância contínua permite precoce diagnóstico e atuação. A broncoscopia oferece variabilidade de estratégias para a remoção de coágulos endobrônquicos. Determina-se como essencial a colaboração frequente da Pneumologia em UCI pela proficiência na técnica e para colaboração/resolução de causas de IR aguda.

**Palavras-chave:** Coágulo endobrônquico. Broncoscopia. COVID-19. ECMO.

### PO37. PNEUMOMEDIASTINO, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**M. Duarte-Silva,** D. Maia, J. Cardoso, F. Maltez, S. Lino

*Centro Hospitalar Universitario de Lisboa Central.*

**Introdução:** O pneumomediastino é uma entidade clínica definida pela presença de ar no mediastino. A presença de ar pode resultar

de rotura alveolar, em consequência da laceração da árvore traqueobrônquica ou do trato gastrointestinal ou pela passagem de ar extraluminal para o tórax.

**Caso clínico:** Homem de 33 anos, é admitido no Serviço de Urgência (SU) por ter sido encontrado após alegada convulsão. Trata-se de um doente com hábitos alcoólicos, tabagismo ativo e consumo frequente de metanfetaminas. À observação no SU apresentava disфония, dispneia e hipoxémia (PaO<sub>2</sub> 66, FiO<sub>2</sub> 21%). Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular rude bilateralmente. Enfisema subcutâneo desde a região malar com extensão até aos últimos arcos costais. Lesões abrasivas ao nível dos lábios e região lombo-sagrada. Referia consumo de 50cc de gama-hidroxibutirato (GHB) no contexto de ideação suicida. Analiticamente com parâmetros inflamatórios aumentados e rabdomiólise. Anfetaminas/metanfetaminas na Urina: Positivo > 2.000 ng/mL. PCR SARS COV 2: Detectado. TC-TAP- Exuberante enfisema dissecando os planos tissulares cervicais profundos, da parede torácica lateral direita, do membro superior direito e da região lombar direita. Envolve a região axilar e a região lombar esquerda. Pneumomediastino e incipiente pneumotórax do lado direito. Sem aparente solução de continuidade da via aérea. Parênquima pulmonar revela infiltrado alveolar confluyente corresponde a processo pneumónico, cuja distribuição é sugestiva de etiologia aspirativa. Sem pneumoperitoneu. Realizou antibioterapia empírica com Amoxiciclina/Ac. Clavulânico + Azitromicina por pneumonia aspirativa. Manteve oxigenoterapia para reabsorção do pneumomediastino e pneumotórax, tendo sido feito um desmame progressivo perante uma melhoria clínica evidente. Após cinco dias de internamento teve alta.

**Conclusões:** A rotura alveolar é a causa mais frequente de pneumomediastino. Relativamente a este caso, o doente apresentava múltiplas causas etiológicas: inalação de metanfetaminas e potencial trauma torácico com aumento da pressão alveolar associada; Infecção viral a SARS-CoV-2 com sobre infecção bacteriana com aumento da fragilidade pulmonar.

**Palavras-chave:** Pneumomediastino. COVID-19. Metanfetaminas.



Figura PO36



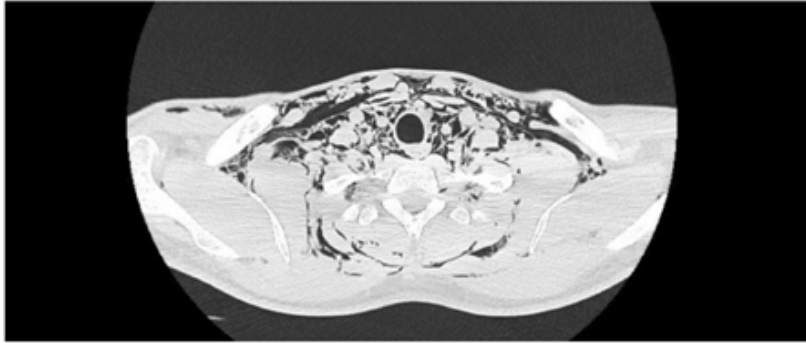


Fig 1. Exuberante enfisema subcutâneo dissecando os planos tissulares cervicais profundos, da parede torácica lateral direita, do membro superior direito.

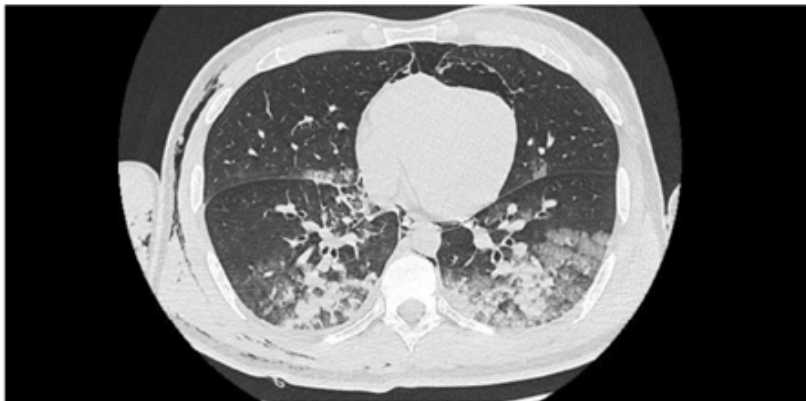


Fig 2. Parênquima pulmonar com infiltrado alveolar confluyente na vertente posterior dos lobos inferiores.

#### Figura PO37

#### PO38. DRENO PLEURAL INTRABRÔNQUICO

J. Nascimento, R. Pinheiro Branquinho, F. Freitas, J. Cardoso, P. Monteiro

*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.*

**Caso clínico:** As fístulas broncopleurais (FBP) acontecem maioritariamente pós-ressecção pulmonar, mas também nos empiemas, pneumotóraces prolongados, radioterapia e tuberculose. O hidropneumotórax ou reaparecimento de ar num espaço pós-ressecção previamente opaco sugerem FBP. O tratamento vai desde a broncoscopia à cirurgia, sem consenso na gestão ideal. O sucesso terapêutico é muito variável e influenciável pela localização e o tamanho da fístula, e pelo comprimento do coto brônquico. A broncoscopia é um tratamento seguro, rápido e eficaz num grupo selecionado de doentes. Entre as técnicas endoscópicas para o controlo das FBP estão selantes, cola de fibrina, bobinas e stents endobrônquicos. Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 79 anos, ex-fumadora, com DPOC, diverticulose colónica, HTA, litíase renal e insuficiência renal crónica. Em abril/2019 realizou TC tórax de rotina que documentou nódulo cavitado de contornos espiculados e paredes grossas no lobo superior esquerdo (LSE) com 4,7 cm, que se estendia ao lobo inferior e língula. Não foram documentadas metástases. A broncofibroscopia revelou mucosa edemaciada, friável, esporões alargados entre no LSE com oclusão do segmento B5. A anatomia-patológica revelou carcinoma pulmonar escamoso bem diferenciado, e por se estadiar como IB, realizou pneumectomia esquerda e esvaziamento ganglionar mediastínico, que decorreu sem complicações. Menos de um mês após alta recorreu ao SU por febre e agravamento progressivo de dispneia. Laboratorialmente

apresentava parâmetros inflamatórios elevados, sem alterações gasométricas, a radiografia apresentava hidropneumotórax de novo com nível à esquerda. Iniciou antibioterapia de largo espectro, e foi colocada drenagem pleural esquerda. Por se manter borbulhante, suspeitou-se da existência de FBP. Na videobronfibroscopia visualizou-se a ponta do dreno no coto esquerdo intrabrônquico. Após exteriorização, foi colocada uma prótese de ponta fechada, com resolução da fístula.

**Discussão:** A inserção de um dreno pleural numa FBP é inesperado, sem casos descritos na literatura. A broncoscopia é de maior importância na avaliação e tratamento desta complicação.

**Palavras-chave:** *Pneumectomia. Dreno pleural. Fístula broncopleural. Dreno intrabrônquico.*

#### PO39. LESÃO TRAQUEAL PÓS-EXTUBAÇÃO. DOIS CASOS, DUAS ABORDAGENS

H. Cabrita, T. Abreu, L. Mota, J. Semedo

*Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.*

**Introdução:** As lesões laringo-traqueais são um desafio endoscópico e cirúrgico. Existem múltiplas etiologias, mas a sua causa benigna mais comum é a lesão traqueal pós-extubação. Entubações múltiplas, traumáticas ou prolongadas, a par de elevadas pressões de enchimento do cuff de uma cânula orotraqueal, são factores amplamente associados a lesão traqueal e sub-glótica por mecanismos de abrasão da mucosa e isquemia/necrose por pressão. Estes fenómenos desencadeiam a ulceração e proliferação de tecido de gra-

nulação e, posteriormente, respostas fibróticas semelhantes a cicatrizes quelóides ou hipertróficas, que culminam em estenose.

**Caso clínico:** Relatam-se dois casos de lesão traqueal traumática induzida por entubação orotraqueal com abordagens terapêuticas adaptadas à morfologia da lesão, uma das quais com desbridamento por pinça de tecido de granulação com proclividade luminal a condicionar oclusão de cerca de 80% do lúmen traqueal, e um outro caso com sucessivas dilatações por broncoscopia rígida e colocação de prótese traqueal em doente com estenose subglótica concêntrica complexa de cerca de 5cm, posteriormente intervencionada com ressecção traqueal parcial e anastomose topo-a-topo.

**Discussão:** A abordagem dos doentes com lesões laringo-traqueais pós-entubação deve considerar o perfil do doente, a morfologia da lesão, o tipo de estenose e a presença de fistula traqueo-esofágica. Em situações em que se verifiquem estenose luminal, o tratamento endoscópico inclui a dilatação com broncoscópio rígido, a excisão com laser ou coagulação com argón-plasma, a colocação de prótese e/ou a aplicação de Mitomicina C. A abordagem endoscópica é ideal em situações de: integridade do suporte cartilágneo, estenose não-circunferencial e localização exclusivamente traqueal. A ressecção da estenose traqueal seguida de anastomose laringo/crico-traqueal ou traqueo-traqueal é a opção de eleição em estenoses mais complexas, longas, com envolvimento subglótico ou traqueo-malácia. Não existe uma definição clara sobre qual das diferentes modalidades existentes poderá ser a mais adequada devendo ser adoptada uma abordagem multidisciplinar e decisão caso a caso.

**Palavras-chave:** Estenose traqueal. Fibrose. Dilatação endoscópica. Ressecção traqueal.

#### PO40. QUIMIOTORAX. NEM TUDO É O QUE PARECE

**R. Branquinho Pinheiro<sup>1</sup>**, J. Dias Cardoso<sup>2</sup>, F. Freitas<sup>2</sup>, P. Monteiro<sup>2</sup>, C. Bárbara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Central do Funchal/Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

**Introdução:** O derrame pleural resulta da acumulação de líquido no espaço pleural. Pode estar associado a inúmeras patologias como insuficiência cardíaca, doenças infecciosas, doenças autoimunes ou neoplasia. Em doentes com neoplasia conhecida e aparecimento de derrame pleural unilateral, a suspeita de etiologia neoplásica é elevada. A avaliação do líquido pleural permite esclarecer o diagnóstico. A colocação de cateteres venosos totalmente implantáveis é uma técnica em crescente utilização. São dispositivos de longa duração, utilizados habitualmente para tratamento quimioterápico em doentes oncológicos. Apesar de habitualmente colocados em ambiente controlado, podem estar associados a complicações. O posicionamento de um cateter na cavidade pleural é uma complicação conhecida, mas não frequente.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 43 anos de idade, com o diagnóstico de neoplasia da mama esquerda sob quimioterapia semanal com paclitaxel. Foi submetida a colocação de cateter venoso totalmente implantável, do tipo Implantofix, para administração terapêutica, tendo realizado dois ciclos de quimioterapia através do mesmo. Observada em consulta de Oncologia, com evidência de derrame pleural à direita. Realizou tomografia computadorizada torácica, com evidência de derrame pleural unilateral à direita, sem derrame pleural esquerdo ou lesões pulmonares de novo, observando-se dispositivo de infusão de quimioterapia endovenosa mal posicionado com extremidade intrapleural direita. Foi submetida a drenagem pleural e posterior cinesioterapia, com resolução do derrame pleural. A avaliação do líquido pleural não revelou células neoplásicas. Retirado cateter e colocado em nova localização, sem intercorrências.

**Discussão:** A história clínica e espírito crítico são essenciais na avaliação de cada doente, mesmo quando os achados parecem estar concordantes com a evolução da doença. É essencial permanecer

alerta para as possíveis complicações de qualquer procedimento realizado.

**Palavras-chave:** Derrame pleural. Neoplasia. Drenagem torácica. Quimioterapia.

#### PO41. A CÁPSULA PERDIDA

**R. Branquinho Pinheiro<sup>1</sup>**, J. Nascimento<sup>2</sup>, J. Dias Cardoso<sup>2</sup>, F. Freitas<sup>2</sup>, P. Monteiro<sup>2</sup>, C. Bárbara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Central do Funchal/Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

**Introdução:** Nos últimos anos, a endoscopia por cápsula tornou-se um exame frequentemente utilizado na investigação do trato gastrointestinal quando a endoscopia digestiva alta e a colonoscopia não são diagnósticas. Este procedimento é seguro e bem tolerado. A complicação mais frequente do procedimento é a retenção da cápsula no trato gastrointestinal, no entanto, a aspiração de cápsulas de endoscopia tem sido cada vez mais reportada. Uma forma de prevenir esta complicação é a colocação da cápsula endoscopicamente diretamente no duodeno de forma a eliminar o risco de aspiração. A rápida identificação da localização da cápsula na árvore traqueobrônquica pode ser feita através da observação das imagens. Quando não existe expulsão espontânea, a abordagem por broncoscopia rígida é necessária. Atendendo às características do dispositivo, a remoção do mesmo nem sempre é fácil.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 73 anos de idade, sem história de engasgamento frequente, com anemia ferropénica em estudo e história familiar de neoplasia. Submetido a endoscopia por cápsula, com aspiração inadvertida da mesma e visualização da árvore traqueobrônquica ao longo de todo o exame. Neste contexto, foi submetido a broncoscopia rígida com identificação do corpo estranho no brônquio intermediário, removido sem intercorrências.

**Discussão:** A endoscopia por cápsula é um procedimento eficaz, seguro e bem tolerado, no entanto algumas complicações têm vindo a ser reportadas. A aspiração de cápsulas de endoscopia tem-se verificado mesmo em doentes sem engasgamento prévio conhecido ou patologias que o possam promover. Apesar de poder resolver espontaneamente, pode também estar associada a elevada morbidade com compromisso da via aérea e pneumonite obstrutiva. Quando não existe resolução espontânea, a remoção por broncoscopia rígida é fundamental.

**Palavras-chave:** Endoscopia por cápsula. Broncoscopia rígida. Pneumologia intervenção.

#### PO42. FIBRINÓLISE INTRA-PLEURAL NO TRATAMENTO DO DERRAME PLEURAL COMPLICADO E EMPIEMA

**C. Gouveia Cardoso<sup>1</sup>**, L. Almeida<sup>1</sup>, H. Novais e Bastos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João, Porto, Portugal. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, IBMC/i3S - Instituto de Biologia Molecular e Celular / Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Portugal.

**Objectivos:** A infeção pleural acarreta mortalidade significativa, sendo a sua drenagem essencial. O ensaio MIST2 mostrou que a combinação de alfa-dornase e ativador do plasminogénio tecidual (intra-pleural, duas vezes/dia, três dias) favorece a drenagem pleural, diminui a necessidade de tratamento cirúrgico e tempo de internamento. A utilização (rotineira vs excecional) e momento ideal não estão ainda estabelecidos. **Objetivo:** descrição de série de casos de derrame pleural complicado/empiema submetidos a fibrinólise intra-pleural.

**Métodos:** Análise retrospectiva de casos de derrame pleural complicado/empiema submetidos a fibrinólise intra-pleural (segundo protocolo MIST2). A etiologia do derrame, tratamentos realizados e evolução clínica foram descritos.

**Resultados:** Foram analisados 19 doentes (57,9% homens, mediana 55 (IQR 42-82) anos), três sob tratamento imunossupressor. Destes 19 casos, 14 (73,7%) correspondiam a derrame parapneumônico complicado, quatro a derrame maligno/idiopático infetado após manipulação e um derrame por continuidade de abscesso subfrênico. De acordo com o score RAPID, 63,2% dos doentes apresentavam infecção pleural de risco médio/alto; 26,3% correspondiam a infecção nosocomial. Todos foram submetidos a antibioterapia de longa duração, realizaram drenagem torácica (mediana de 7 (IQR 5-10) dias prévios à fibrinólise) e foram avaliados por Cirurgia Torácica; 68,4% iniciaram cinesioterapia respiratória. Apenas 36,8% dos doentes completaram o tratamento (6 administrações), 79% realizaram  $\geq 3$  administrações. Os motivos para a suspensão foram: complicações (58,3%), melhoria significativa do derrame (25,0%) e agravamento clínico a motivar cirurgia (16,7%). Como complicações referem-se: drenagem de líquido sero-hemático (71,4%), dor torácica (14,3%) e hipotensão sintomática (14,3%). Na reavaliação imagiológica, 31,6% dos casos apresentava melhoria e 15,8% resolução do derrame. Nos três meses subsequentes, não se registaram reinternamentos ou óbitos pelo mesmo motivo.

**Conclusões:** A fibrinólise intra-pleural é uma terapêutica útil e eficaz nos derrames pleurais complicados/empiema. É necessário criar linhas de orientação precisas que ajudem na seleção de doentes com maior benefício e melhor momento para a sua aplicação.

**Palavras-chave:** Fibrinólise intra-pleural. Empiema. Derrame pleural complicado.

#### PO43. PREDITORES DE HEMORRAGIA DURANTE E APÓS BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL

**N. Faria**, J. Gomes, C. Dias, C. Lacerda, C. Viana, J. Lopes, M. Sucena

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

**Introdução:** A ocorrência de hemorragia significativa durante uma broncoscopia flexível (BF) diagnóstica é incomum. No entanto, é das complicações mais temidas durante/após o exame.

**Objetivos:** Identificar fatores preditivos de hemorragia durante e até 72h pós-BF.

**Métodos:** Durante 11 semanas, os doentes submetidos a BF no CHU-Porto foram alvo de análise prospetiva de características clínico-analíticas, sinais vitais aos 0/30/60 min e ocorrências durante BF. Efetuada também chamada telefónica às 72h com pesquisa ativa de sintomas pós-procedimento. Foram excluídos doentes sem o tempo recomendado de suspensão hipoagulação/clopidogrel ou com insuficiência respiratória. Foram considerados eventos com hemorragia significativa aqueles com hemorragia em toalha/jato, por oposição aos com hemorragia rapidamente coagulável.

**Resultados:** Dos 131 doentes analisados, 30 (22,9%) tiveram hemorragia durante BF, 13 (43,3%) destes em quantidade significativa. A história de tabagismo atual/passado associou-se a hemorragia durante BF ( $p = 0,048$ ) e expetoração hemoptoica até às 72h ( $p = 0,006$ ). HTA ( $p = 0,091$ ) e rinite ( $p = 0,094$ ) estiveram tendencialmente associadas a hemorragia significativa. A ocorrência de tosse durante o procedimento conferiu maior risco de hemorragia ( $p < 0,001$ ) e hemorragia significativa ( $p = 0,024$ ) durante BF, bem como mais expetoração hemoptoica às 72h ( $p = 0,024$ ). Nos sob enoxaparina, um maior INR esteve associado a hemorragia significativa ( $p = 0,016$ ). Dos 13 doentes sob AAS, nenhum apresentou hemorragia significativa. No entanto, a toma de antiagregante foi o único fator de risco identificado para mucosa friável ( $p = 0,007$ ). Apesar dos hipoagulados não apresentarem mais expetoração hemoptoica

até às 72h ( $p = 0,735$ ), todos os doentes sob rivaroxabano ( $n = 4$ ) tiveram este sintoma. A existência de mucosa friável durante BF esteve associada a mais expetoração hemoptoica às 72h ( $p = 0,023$ ). Na maioria ( $n = 24$ ; 80,0%) dos doentes com hemorragia a BF permitiu a obtenção de um diagnóstico, o mesmo se aplicando aos com hemorragia significativa ( $n = 11$ ; 84,6%).

**Conclusões:** Tosse durante o procedimento e INR elevado se sob enoxaparina foram preditores de hemorragia significativa durante BF. Expetoração hemoptoica nas 72h após o exame ocorreu mais nos fumadores/ex-fumadores, com tosse ou mucosa friável.

**Palavras-chave:** Hemoptises. Broncoscopia flexível. Hemorragia peri-procedimento. Complicações. Fatores de risco.

#### PO44. MIGRAÇÃO RARA DE PRÓTESE ENDOBRÔNQUICA

**A. Trindade**, M. Pereira, J.P. Boléo-Tomé, L. Santos, R. Costa, F. Rodrigues

*Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.*

**Introdução:** O risco de migração de próteses endobrônquicas de silicone é relativamente pequeno na obstrução maligna devido a ancoragem no tecido tumoral. Os autores apresentam um caso de adenocarcinoma pulmonar com invasão do brônquio principal direito, em que a prótese de Dumon migrou para dentro de uma cavidade resultante de progressão tumoral.



**Caso clínico:** Mulher, 57 anos, diagnosticada com adenocarcinoma pulmonar estadio IVB (T4 N2 M1c) PD-L1+. A TAC mostrava massa peri-hilar  $8 \times 4$  cm com áreas cavitadas, com estenose do brônquio principal direito, obliteração dos brônquios lobar superior direito e lobar médio, comprovado por broncoscopia rígida; por distorção arquitetural, não foi colocada prótese. Onze meses depois, por suspeita de fistula traqueal, a broncoscopia rígida é repetida, com evidência de massa parcialmente necrótica a obstruir o brônquio principal direito, invasão tumoral da margem direita da carina e extremidade distal da parede posterior da traqueia. Devido ao risco de progressão com conseqüente obstrução traqueal, realizou-se fotocoagulação laser da massa e *debulking*; os segmentos brônquicos inferiores estavam permeáveis. Colocou-se uma prótese Dumon no brônquio principal direito. Três meses depois, após o quarto ciclo de quimioterapia, a doente é internada com neutropenia febril. Radiografias sequenciais mostraram a prótese em diferentes posições, pelo que realizou TAC com evidência de massa tumoral com volumosa cavidade, dentro da qual estava a prótese. Foi removida

por broncoscopia rígida com pinça, procedimento que foi laborioso. Teve alta assintomática.

**Discussão:** O risco de obstrução traqueal motivou a colocação de prótese endobrônquica para assegurar a via aérea; no entanto, a necrose do adenocarcinoma causou a destruição da parede lateral do brônquio principal direito, levando à migração da prótese para uma cavidade intrapulmonar. Neste caso, a remoção com broncoscopia rígida foi bem-sucedida, e a doente apresentou uma sobrevida de 1 ano.

**Palavras-chave:** Dumon. Prótese endobrônquica. Migração. Cavidade intrapulmonar.

#### PO45. ACUIDADE DIAGNÓSTICA DA CITOLOGIA DE AMOSTRAS BRÔNQUICAS NO DIAGNÓSTICO DE MALIGNIDADE

S. Pereira, L. Gomes, J. Borges, J. Pereira, A.J. Ferreira

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Objectivos:** O exame citopatológico de amostras brônquicas no diagnóstico de malignidade continua a ser uma técnica amplamente usada pela sua simplicidade e baixo custo. No entanto, o diagnóstico de pequenas lesões periféricas é desafiante e com o surgimento de novas técnicas como o EBUS/TBNA, pode questionar-se a utilidade destas técnicas diagnósticas. Propõe-se avaliar a acuidade diagnóstica da citologia de amostras brônquicas em adição ao exame histopatológico.

**Métodos:** Análise retrospectiva de amostras colhidas por videobroncofibroscopia em doentes com suspeita de neoplasia durante 6 meses.

**Resultados:** A amostra incluiu 105 doentes, a maioria homens (71,4%), com média de idades de  $67,8 \pm 1,2$  anos. Todos os doentes apresentavam suspeita clínica de neoplasia e em 71 (67,6%) confirmou-se este diagnóstico por análise histopatológica de biópsia brônquica ou transtorácica guiada por TC. A técnica citológica mais frequentemente utilizada foi o aspirado brônquico (n = 105, 100%), seguido do escovado brônquico (n = 62, 59,0%) e lavado bronco-alveolar (n = 54, 51,4%). Assumindo um diagnóstico definitivo de neoplasia através de exame histopatológico, a sensibilidade do aspirado brônquico foi de 46,5% (especificidade 70,6%; VPN 38,7%; VPP 76,7%; acurácia 54,3%) e a sensibilidade do escovado brônquico de 47,7% (especificidade 77,8%; VPN 37,8%; VPP 84,0%; acurácia 56,4%). As lavagens brônquicas dirigidas tiveram a menor sensibilidade de 25,7% (especificidade 78,9%; VPN 36,6%; VPP 69,2%; acurácia 44,4%). Em 11 doentes com biópsia brônquica negativa ou inexistente, sinais de neoplasia foram encontrados no exame citopatológico. Apesar da baixa sensibilidade, detetou-se 2 casos de adenocarcinoma apenas nas lavagens brônquicas.

**Conclusões:** Na nossa amostra, o exame citopatológico continua a ser uma técnica diagnóstica útil complementarmente às biópsias brônquicas. Avaliar fatores que podem contribuir para uma maior eficácia diagnóstica da videobroncofibroscopia, pode ser útil para otimizar resultados desta técnica invasiva.

**Palavras-chave:** Exame citopatológico. Diagnóstico. Neoplasia.

#### PO46. UMA APRESENTAÇÃO INESPERADA DE LINFOMA ENDOBRÔNQUICO NO SÍNDROME SARCOIDOSE-LINFOMA

C. Barata<sup>1</sup>, M.I. Pereira<sup>4</sup>, M.T. Barbosa<sup>1,2</sup>, F. Mousinho<sup>3</sup>, R. Costa<sup>4</sup>, J.P. Boléo-Tomé<sup>4</sup>, F. Rodrigues<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Egas Moniz CHLO. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

<sup>3</sup>Hospital São Francisco Xavier, CHLO. <sup>4</sup>Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca.

**Introdução:** A associação de sarcoidose e doença linfoproliferativa é uma entidade rara mas bem estabelecida, denominada como síndro-

me de sarcoidose-lymfoma. O diagnóstico diferencial entre estas duas patologias ou a confirmação da sua coexistência é um desafio pelas suas características clínicas e imagiológicas similares. Maioritariamente a componente sarcoidose precede o aparecimento de linfoma e ocorre mais frequentemente com linfoma de não-Hodgkin.



**Caso clínico:** Apresentamos um homem de 37 anos, não fumador, com diagnóstico de sarcoidose ganglionar, óssea e cutânea em 2019, sob corticoterapia e posteriormente de Linfoma de Hodgkin (LH) clássico (localizado em aglomerado adenopático cervical) em remis-

são. Apresentava-se clinicamente estável até fevereiro de 2021, altura em que realizou tomografia por emissão de positrões (PET/CT) de follow up, que evidenciou múltiplos focos com SUVs elevados, incluindo adenomegalias mediastínicas. Para determinar a etiologia destas alterações foi realizada ecoendoscopia endobrônquica (EBUS). Durante o exame observaram-se múltiplas lesões esbranquiçadas, nodulares aplanadas, em toda a árvore traqueobrônquica. Foram realizadas biópsias brônquicas das lesões e puncionadas as estações 4R e 7. O resultado de anatomia patológica das lesões endobrônquicas evidenciou infiltração por LH, e a nível dos gânglios mediastínicos granulomas epitelióides não caseosos, assumindo-se recidiva de sarcoidose e de LH. O doente iniciou tratamento com DHAP (dexametasona, citarabina, cisplatina e prednisolona) e foi proposto para transplante autólogo de medula óssea.

**Discussão:** Este trabalho demonstra um caso de síndrome sarcoidose-lyfoma com recidiva simultânea de sarcoidose ganglionar e de LH endobrônquico. Destaca-se pela apresentação rara de LH com a presença de envolvimento traqueobrônquico (descrito em 1,9-14% dos doentes com LH), principalmente a nível traqueal (descrito em apenas 10% desses casos). A síndrome sarcoidose-lyfoma, apesar de ser uma entidade bem estabelecida, há poucos casos descritos na literatura. Apesar da sobreposição clínica e imagiológica destas duas patologias, é fundamental a confirmação histológica das lesões encontradas para uma abordagem terapêutica dirigida.

**Palavras-chave:** *Linfoma Hodgkin endobronquico. Síndrome sarcoidose-lyfoma. EBUS.*

#### PO47. BIÓPSIA ASPIRATIVA TRANSBRÔNQUICA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA BRÔNQUICA (EBUS - TBNA): O PRIMEIRO ANO DE EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

**C. Parra**, J. Silva, M. Conde, M. Carvalho, L. Nascimento, R. Noya, A.M. Fernandes

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

**Introdução:** EBUS-TBNA é uma técnica minimamente invasiva que permite amostragem de adenopatias, nódulos e massas centrais peribrônquicas sob observação por ecoendoscopia; e portanto, uma atrativa alternativa a mediastinoscopia.

**Objectivos:** Analisar a experiência e rentabilidade diagnóstica de EBUS-TBNA no primeiro ano após a sua introdução num centro hospitalar, entre Julho de 2020 e Julho 2021.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo, com base em consulta dos processos clínicos dos doentes submetidos a EBUS-TBNA (sem apoio ROSE), no período indicado.

**Resultados:** No período considerado realizaram-se 43 EBUS em 43 doentes. Verificou-se predomínio do género masculino (74%), com uma mediana de idades de 63 anos. As indicações para a realização de EBUS foram o diagnóstico de: suspeita de neoplasia pulmonar (n = 26), suspeita de doença inflamatória (n = 12), diagnóstico de massas mediastínicas e/ou adenopatias suspeitas de envolvimento por neoplasia extrapulmonar/lyfoma (n = 4) e estadiamento de neoplasia pulmonar confirmada (n = 1). No total foram puncionadas 51 estações ganglionares (média 1,35 ± 0,7 por doente) e 3 massas adjacentes à via aérea central, com uma rentabilidade técnica geral de 80,5%. A estação ganglionar mais frequentemente abordada foi a estação 7 (n = 26), com dimensão média de 29 ± 6,5 mm. Confirmou-se envolvimento por neoplasia pulmonar em 13 doentes e por lyfoma em 2 doentes. O resultado anatomopatológico mais comum foi linfadenite reativa inespecífica (n = 16). No único doente em que o intuito era estadiamento de neoplasia do pulmão realizaram-se 17 punções distribuídas por 3 estações ganglionares, tendo sido estadiado como N0 e com um estadiamento pós-cirúrgico sobreponível. Verificaram-se complicações (qualquer grau) em 4 doentes, sendo que em nenhum dos casos houve necessidade de

intervenção adicional, gestão em internamento ou sequelas duradouras.

**Conclusões:** EBUS-TBNA é uma técnica segura, com boa rentabilidade diagnóstica, sobretudo no envolvimento maligno, pelo que a sua adição poderá ter impacto significativo na orientação dos doentes com ausência de diagnóstico após broncoscopia convencional.

**Palavras-chave:** *Ecoendoscopia brônquica. Adenopatias mediastínicas. Cancro do pulmão.*

#### PO48. ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DO PULMÃO - UM DIAGNÓSTICO RARO

**D. Organista**, C. Antunes, C. Santos, D. Hasmucrai, A. Vilariça, P. Alves, E. Teixeira, R. Sotto Mayor, C. Bárbara

*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.*

**Introdução:** As neoplasias pulmonares evidenciam frequentemente uma histologia com células claras, sendo que esta aparência resulta da acumulação intracelular de glicogénio, na ausência de produção de muco. A maioria dos carcinomas de células claras são, metástases de tumores do rim (carcinoma de células claras) ou do trato genital feminino (ovário e endométrio). Carcinomas pulmonares inteiramente compostos por células claras, especialmente adenocarcinomas, são raros.

**Caso clínico:** Homem, 60 anos, ex-fumador (CT 55 UMA), performance status 0, com diagnóstico de DPOC GOLD 2<sup>a</sup>. Seguido em consulta de Pneumologia por clínica de tosse, expectoração mucosa e dispneia mMRC 1. TC torácica revelou um nódulo subsólido no lobo superior direito (LSD) com diâmetro de 24 × 10 mm e componente sólido de 6 mm. A PET-TC demonstrou a lesão no LSD com SUV máximo de 1,68 e 2,32 nas imagens tardias, sem identificação de adenopatias. O doente foi submetido a biópsia pulmonar transtorácica guiada por TC-tórax e o resultado anatomopatológico evidenciou neoplasia maligna com epitélio glandular constituído por células claras, com o perfil imunohistoquímico positivo para CK7+ e TTF1+ e negativo para CD10-, favorecendo o diagnóstico de adenocarcinoma de células claras primitivo do pulmão. O doente foi encaminhado para o Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica, onde foi concluído estadiamento da neoplasia: estágio IA3 - T1cN0M0 e, após discussão em Reunião Multidisciplinar de Pneumologia Oncológica, proposta abordagem cirúrgica - lobectomia superior direita e esvaziamento ganglionar mediastínico por videotoracoscopia.

**Discussão:** O carcinoma primário de células claras do pulmão é uma doença rara, de etiologia desconhecida, com poucos casos descritos na literatura médica, sendo pouco claro o seu significado clínico e prognóstico. Este caso é didático pela raridade deste subtipo histológico de adenocarcinoma do pulmão e enfatiza a importância de, perante a presença de células claras, estabelecer o diagnóstico diferencial do tumor primitivo.

**Palavras-chave:** *Neoplasia pulmão. Adenocarcinoma. Células claras.*

#### PO49. DERRAME PLEURAL, UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA NUT

**D. Pimenta**, J. Cruz, R. Rolo, M. Silva, M.J. Araújo, L. Ferreira

*Hospital de Braga.*

**Introdução:** O carcinoma NUT é uma doença agressiva rara caracterizada pela translocação t(15-19), envolvendo o gene NUT. Foi inicialmente relatado em crianças e adultos jovens, no entanto a distribuição por idade tem sido ampla. Os locais de predileção da linha média do carcinoma NUT incluem cabeça e pescoço, tórax, glândula salivar e outros locais raros (testículos, bexiga e tireoide). O tratamento não está bem estabelecido. As abordagens locais melhoraram significativamente a sobrevida dos doentes, mas o seu uso

nem sempre é possível pela doença localmente avançada ou metastática. Apesar dos tratamentos multimodais, a sobrevida é curta.

**Caso clínico:** Doente de 28 anos, sem antecedentes relevantes. Fumador de 10 UMA. Recorreu ao serviço de urgência por queixas de 1 mês de evolução de astenia, dispneia para médios esforços, dor de características pleuríticas e perda ponderal de 3 kg. Palidez cutânea, diminuição do murmúrio vesicular em todo o hemitórax (HT) esquerdo. Analiticamente sem alterações. Radiografia de tórax com Hipotransparência completa do HT esquerdo. TAC de tórax: “derrame pleural esquerdo de grande volume (...)”. Realizada toracocentese diagnóstica e evacuadora e biópsia pleural. O líquido pleural (LP) de cor amarelo citrino, com características compatíveis com exsudado: LDH: 7.115; glicose: 12; ADA161; pH: 7,16; neutrófilos: 26%; linfócitos: 7%; macrófagos/monócitos: 12%; células não classificadas 55% (algumas células com mitoses e núcleos bilobulados, algumas agrupadas em ninhos). Internado para estudo. Citologia do LP: carcinoma. Histologia da biópsia pleural: “metástase de carcinoma: o perfil imunohistoquímico é o que habitualmente se identifica em carcinomas pouco diferenciados da glândula tireoide.” PET: “avidez intensa na tiroide, em formações ganglionares latero-cervicais bilaterais, axilares esquerdas, mediastino-hilares, latero-aórtica, ainda na pleura parietal e mediastínica esquerda.” Durante o período de investigação apresentou rápido agravamento do estado geral e dor de difícil controlo. Transferido para o IPO. Iniciou quimioterapia com ciclofosfamida, doxorubicina e vincristina com má tolerância.

**Discussão:** A pertinência deste caso prende-se com a raridade do tumor e a ausência de guidelines orientadores para o seu tratamento. Neste caso, o doente apresentou rápida degradação do estado geral. Submetido a quimioterapia dada a extensão da doença, com má tolerância após o 1º ciclo de tratamento.

**Palavras-chave:** Carcinoma NUT. Derrame pleural. Linha média.

#### PO50. HIPERSENSIBILIDADE A MATERIAL CIRÚRGICO MIMETIZA RECIDIVA TUMORAL

**A. Pedro Craveiro**<sup>1</sup>, J. Barata<sup>1</sup>, M. Baptista<sup>1</sup>, S. Martins<sup>1</sup>, D. Rocha<sup>1</sup>, D. Sousa<sup>1</sup>, R. Lopes<sup>2</sup>, E. Magalhães<sup>1</sup>, M.J. Valente<sup>1</sup>, M. La Salente Valente<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

**Introdução:** O exercício do diagnóstico diferencial requer conciliação de dados clínicos com padrões imagiológicos e histológicos, mas não infrequentemente da sua conjugação resultam achados inesperados.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 41 anos, ex-fumadora, auxiliar técnica, com antecedentes de rinoconjuntivite e RGE, que iniciou seguimento pneumológico após deteção, em TC-Tórax, de lesão pulmonar cavitada no lobo superior direito (LSD). Com exame objetivo normal e sem queixas, fez análises, PET/CT e Videobroncofibroscopia (VBF), não se encontrando alterações e mantendo-se vigilância. Por aumento da lesão descrita, com ligeira hipercaptação em PET/CT, realizadas Biópsia Aspirativa Transtorácica (BATT), que intersejou parênquima pulmonar normal, e Ressecção Cirúrgica da lesão - permitindo o diagnóstico de Adenocarcinoma Mucinoso Bronquíolo-Alveolar (cT2bN0M0 - II A). Cumpriu quimioterapia adjuvante (Vinorelbina e Cisplatina) mas, na avaliação de resposta, foi detetada densidade para-traqueal direita, hipercaptante. Após discussão multidisciplinar (RMD), assumido tratar-se de seqüela cirúrgica, a vigiar. Decorridos seis meses, a doente desenvolveu tosse e cansaço e, em TC-Tórax, encontra-se nova área densa no LID (segmentos basais interno e posterior). Repetida BATT (diagnóstica de Pneumonia Organizativa) e realizada Ecoendoscopia brônquica (EBUS) - negativa para neoplasia -, iniciou corticoterapia, com melhoria. Posteriormente, por crescimento da lesão para-traqueal direita, hipercaptante em PET/CT, e apesar de nova EBUS sem neo-

plasia, assumiu-se provável recidiva tumoral e a doente foi operada. O procedimento cirúrgico implicou sleeve vascular e brônquico e ressecção de nervos laringeo recorrente e frênico, por aparente invasão neoplásica. Surpreendentemente, em peça cirúrgica, apenas encontrados infiltrados inflamatórios, sem neoplasia. Após cirurgia, agravamento da tosse e episódios de expulsão pela boca de clips cirúrgicos de titânio. Realizou estudo de hipersensibilidade ao titânio, reiniciou corticoterapia e, em VBF de reavaliação, identificados clips à entrada do brônquio principal direito.

**Discussão:** Apresenta-se o caso pela sua exuberância, raridade e complexidade diagnósticas, bem como pelo impasse terapêutico que comportou pelos riscos decorrentes de nova cirurgia.

**Palavras-chave:** Adenocarcinoma. Recidiva. Clips cirúrgicos. Hipersensibilidade.

#### PO51. RESPOSTA INESPERADA AO PEMBROLIZUMAB NUM CARCINOMA PULMONAR PLEOMÓRFICO COM AMPLIFICAÇÃO DO MET

**A. Fabiano**, A. Gerardo, R. Fernandes, L. Santos, A. Chaves

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

**Introdução:** O Carcinoma pulmonar pleomórfico é uma neoplasia rara com rápida progressão e mau prognóstico. Alguns relatos demonstraram uma expressão elevada de PDL-1 nestas neoplasias.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, 63 anos, fumador activo, sem antecedentes relevantes, autônomo (ECO PS 0), que desenvolve quadro com 2 meses de expectoração hemoptóica, anorexia, perda de peso e na última semana toracalgia opressiva. A TC torácica revelou massa no lobo superior direito (LSD), 120 mm de maior eixo, que invadia a parede torácica, nódulo de 23 mm ipsilateral e nódulo de 60 mm no lobo superior esquerdo (LSE). É realizada PATT, cujas biópsias revelaram carcinoma pulmonar pleomórfico. A PET-FDG revelou captação na massa do LSD, no nódulo espiculado do LSE e em adenopatias hilares direitas. Foi admitido estadiado IVa (cT4N1M1a). Iniciou-se tratamento com carboplatina e paclitaxel. Cumpriu 4 ciclos com melhoria inicial dos sintomas, contudo, a partir do 3.º ciclo de quimioterapia com novo agravamento. A TC de reavaliação revelou progressão da doença. Inesperadamente, o estudo molecular revelou amplificação do gene MET e expressão de PDL1 de 90%. Foi inicialmente proposto para entrar num ensaio clínico com capmatinib por apresentar amplificação do MET, mas o doente recusou, pelo que foi proposto para Pembrolizumab. Após o início de Pembrolizumab constata-se uma melhoria progressiva das queixas e ao fim de 4 ciclos de imunoterapia o doente não apresentava queixas e tinha recuperado totalmente a sua autonomia (ECO PS 1). A TC torácica de reavaliação confirmou uma franca redução da massa ao nível do LSD. O doente está neste momento em C8 de Pembrolizumab com doença estável.

**Discussão:** Este caso exemplifica uma resposta favorável ao Pembrolizumab num doente com uma neoplasia agressiva e com amplificação do MET. Embora seja uma neoplasia rara, vários relatos apontam para expressões elevadas de PDL1 e respostas favoráveis à imunoterapia.

**Palavras-chave:** Carcinoma pulmonar pleomórfico. PDL-1. Amplificação do MET. Pembrolizumab.

#### PO52. SÍNDROME DO ‘OITO-E-MEIO’ COMO APRESENTAÇÃO DE TUMOR PRIMÁRIO METASTÁTICO

**M. Costa e Silva**, A. Mota, D. Coutinho, S. Campinha, E. Costa e Silva, A. Barroso

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho.

**Introdução:** A síndrome do “Oito-e-Meio” é uma rara síndrome neuro-oftalmológica pontina que consiste numa associação do Síndrome

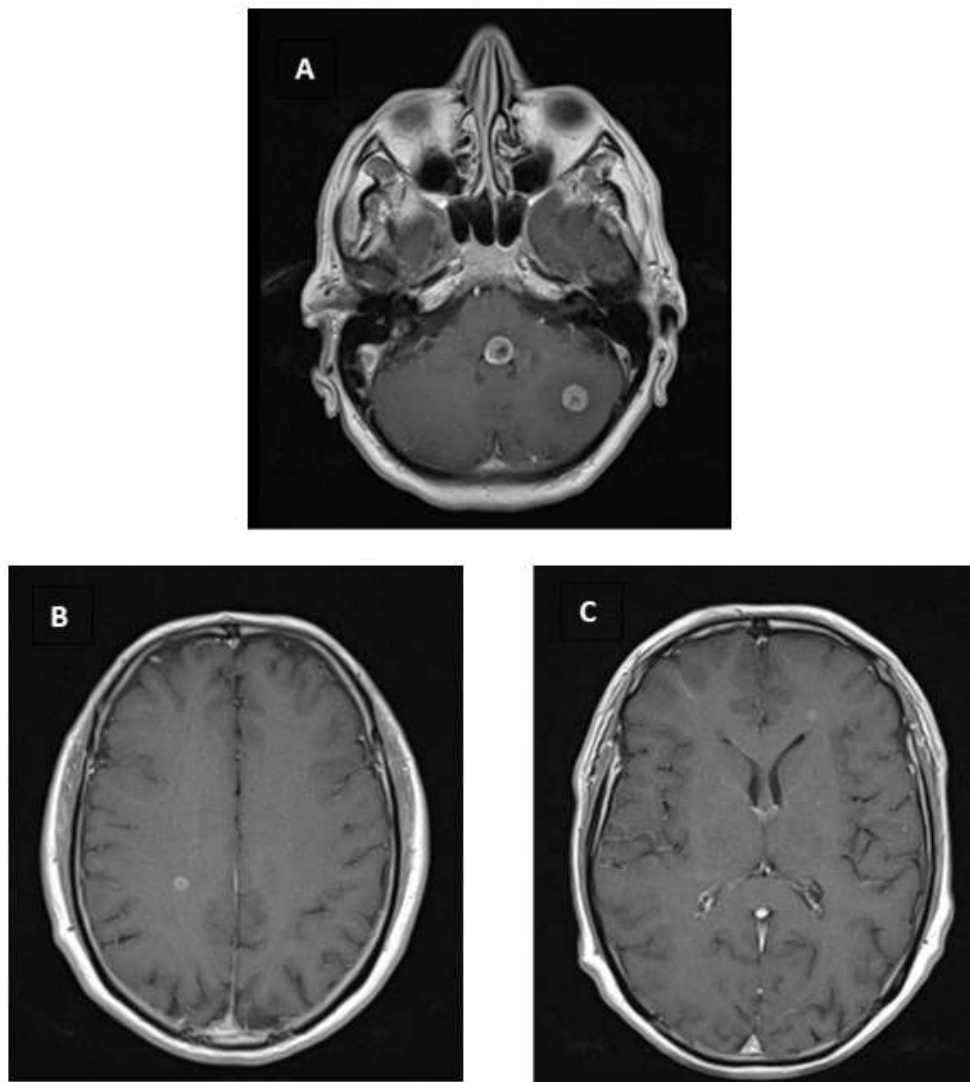
de Um-e-Meio e paralisia facial periférica ipsilateral. A etiologia mais comum é isquêmica; etiologias menos comuns são lesões desmielinizantes e lesões ocupantes de espaço.

**Caso clínico:** Homem de 48 anos, fumador (33 UMA), recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de diplopia horizontal binocular associadas a desequilíbrio da marcha e cefaleias, de início súbito, com 5 dias de evolução. O exame neurológico revelou parésia do olhar conjugado para a esquerda, limitação da adução do olho esquerdo e nistagmo horizontal do olho direito aquando da abdução. Observou-se ainda parésia facial periférica à esquerda. Ao exame objetivo denotaram-se adenomegalias na região axilar esquerda. O estudo laboratorial não revelou alterações, enquanto a TC cerebral evidenciou uma hipodensidade subcortical no hemisfério cerebelar esquerdo com morfologia arredondada sem significativo efeito de massa. Realizou Ressonância Magnética Cranioencefálica (RM-CE), revelando várias lesões de morfologia nodular, com hipersinal em T2 e FLAIR e com reforço de sinal após administração de gadolínio (morfologia em anel completo). Devido a estes achados, realizou TC torácica que evidenciou uma

lesão hipocaptante, com contornos espiculados no segmento apical do lobo inferior direito pulmonar, uma lesão infiltrativa perihilar direita e mediastínica, e ainda um volumoso conglomerado adenopático pré-traqueal, infracarinal e axilar esquerdo. Realizou biópsia aspirativa de gânglio axilar esquerdo, estabelecendo o diagnóstico de carcinoma do pulmão de pequenas células, cT-4N3M1c - IVB. Iniciou prednisolona 25 mg id e radioterapia holocraniana, apresentando dificuldades no desmame da corticoterapia. Atualmente realizou quatro linhas de quimioterapia e aguarda permissão para iniciar lurbinectedina. Demonstrou melhora imediata após início de tratamento e total resolução da síndrome após um mês.

**Discussão:** A apresentação deste caso clínico pretende realçar a importância do reconhecimento da síndrome “Oito-e-Meio” como apresentação semiológica inicial de metástases cerebrais que necessitam de orientação multidisciplinar urgente.

**Palavras-chave:** Síndrome do ‘Oito-e-Meio’. Cancro do Pulmão. Metastização Cerebral.



**Figure.1.** RMN CE - Coronal T1 com gadolínio **A** - Lesões de morfologia nodular envolvendo colículo do nervo facial à esquerda e o parênquima do hemisfério cerebeloso ipsilateral; **B** - Lesão envolvendo a substância branca do terço posterior do centro semioval; **C** - Lesão envolvendo substância branca adjacente ao corno frontal do ventrículo lateral esquerdo.

### PO53. SEGMENTECTOMIA COM VERDE DE INDOCIANINA E MAPEAMENTO IMAGIOLÓGICO: 1º CASO NO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO

R. Costa<sup>1</sup>, A. Paiva<sup>1</sup>, C. Pinto<sup>1</sup>, A. Carvalho<sup>2</sup>, P. Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, Porto. <sup>2</sup>Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, Porto.

**Introdução:** A cirurgia é o único tratamento potencialmente curativo para doentes com cancro do pulmão não-pequenas células em estádios precoces, sendo a lobectomia com esvaziamento ganglionar o tratamento indicado. As segmentectomias têm demonstrado resultados oncológicos semelhantes em nódulos periféricos com menos de 2 cm, adenocarcinoma *in situ* ou lesões superiores a 50% em vidro despolido.

**Caso clínico:** Mulher, 65 anos, não-fumadora, com antecedentes de asma e doença hepática crónica com hipertensão portal com trombocitopenia foi referenciada à consulta de Pneumologia por nódulo em vidro despolido com 12 mm no segmento apical do lobo superior direito detetado em tomografia computadorizada (TC) torácica. A biópsia transtorácica revelou um adenocarcinoma de padrão lepidico com aspetos muito focais de invasão. Apenas o nódulo apresentava captação discreta (Suvmax 1,1) na tomografia por emissão de positrões. Os valores de débito expiratório forçado ao primeiro segundo (102,3%) e da relação entre a capacidade de transferência alvéolo-capilar para o monóxido de carbono e o volume alveolar (74%), eram normais assim como o restante estudo pré-operatório. Previamente à cirurgia a doente repetiu TC para reconstrução imagiológica com mapeamento vascular e brônquico. A doente foi submetida a uma segmentectomia apical direita por cirurgia torácica uniportal vídeo-assistida. Após laqueações vasculares e do brônquio segmentar foi injetado perifericamente verde de indocianina ficando visível por infravermelhos o plano intersegmentar, por subtração do segmento excluído da circulação. A doente teve alta sem complicações. A anatomia patológica revelou um adenocarcinoma minimamente invasivo NORO.

**Discussão:** Para além da confirmação do segmento da lesão, o mapeamento prévio permite identificar os vasos segmentares que irão ser laqueados. Intraoperatoriamente a detecção do plano intersegmentar mantendo uma margem cirúrgica adequada pode ser desafiante. A indocianina tem a vantagem de manter o pulmão excluído ao mesmo tempo que permite segmentectomias mais precisas. A alteração dos paradigmas podem acontecer e a Cirurgia Torácica está preparada.

**Palavras-chave:** Segmentectomia. Verde de indocianina. Mapeamento imagiológico. Cirurgia Torácica.

### PO54. SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR EM DOENTES COM NEOPLASIA PULMONAR NO INTERNAMENTO DE PNEUMOLOGIA

M. Carvalho Silva, D. Rodrigues, D. Pimenta, M.J. Araújo, S. Campos Silva, E. Padrão, L. Ferreira

Hospital de Braga.

**Objectivos:** A neoplasia do pulmão é a condição maligna mais associada à síndrome da veia cava superior (SVCS), que constitui uma emergência oncológica. Caracterizar os doentes com SVCS internados no serviço de Pneumologia do Hospital de Braga nos anos 2019 e 2020.

**Métodos:** Estudo retrospectivo. Foram recolhidos e analisados dados clínicos, demográficos, imagiológicos e anatomopatológicos.

**Resultados:** Foram internados 13 doentes com o diagnóstico de SVCS. Apresentavam idade média de 63,2 (± 9) anos, predomínio do género masculino (77%), fumadores (54%) ou ex-fumadores (23%) com carga tabágica média de 50,6 UMA. A maioria dos tumores eram adenocarcinomas (46%), seguindo-se o carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC) (38%) e carcinoma epidermóide (8%). Ao diagnóstico, 92% dos doentes encontravam-se em estágio IV e 8% em estágio IIIC. A SVCS ocorreu à apresentação da doença em 62% dos casos e neste grupo predominou o CPPC (50%). Nos restantes, ocorreu em média 8,5 meses após o diagnóstico, o mais frequente foi o adenocarcinoma (80%) e todos os doentes estavam em tratamento de primeira linha. Os sinais e sintomas mais frequentes foram edema da face e cervical, dispneia e tosse em decúbito e turgescência venosa jugular. Na maioria dos casos o tratamento foi corticoterapia e radioterapia torácica (85%) e um doente fez associadamente anticoagulação e colocação de stent na VCS, sendo que 85% dos doentes apresentaram melhoria clínica e 15% faleceram durante o internamento. Seis meses após a SVCS 37,5% dos doentes que tiveram esta emergência oncológica ao diagnóstico do cancro do pulmão permaneciam vivos comparativamente com 20% dos doentes em que o SVCS ocorreu durante a evolução da doença.

**Conclusões:** A SVCS ocorreu maioritariamente em doentes com doença avançada, histologia de adenocarcinoma e à apresentação da doença, o que revela a importância de um reconhecimento precoce e tratamento adequado desta situação, que condiciona elevada morbimortalidade.

**Palavras-chave:** Síndrome veia cava superior.

### PO55. TAMPONAMENTO CARDÍACO NOS DOENTES COM CANCRO DO PULMÃO INTERNADOS NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL DE BRAGA

M. Carvalho Silva, D. Rodrigues, D. Pimenta, M.J. Araújo, S. Campos Silva, E. Padrão, L. Ferreira

Hospital de Braga.

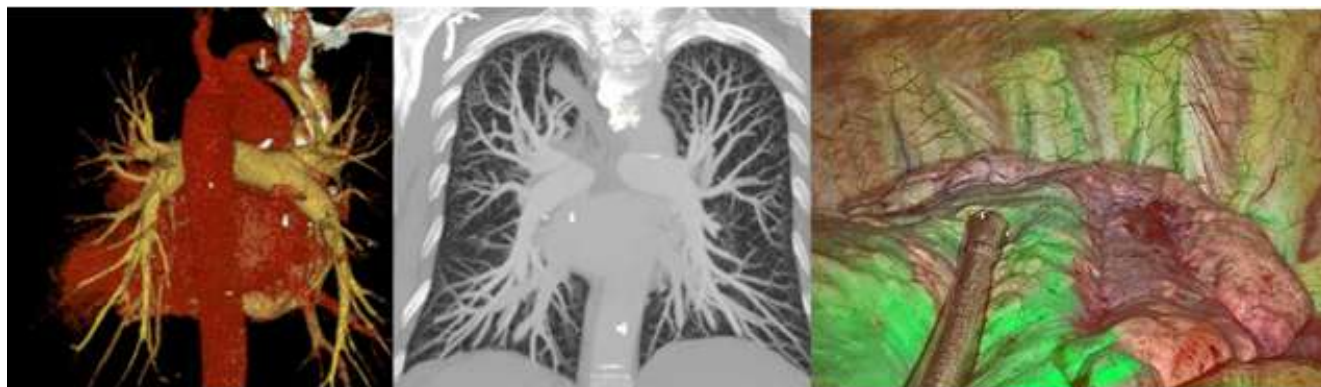


Figura PO53



**Objectivos:** O derrame pericárdico secundário a cancro do pulmão resulta da extensão direta, disseminação metastática ou complicação relacionada com o tratamento, e pode ser a apresentação da doença. Caracterizar os doentes com tamponamento cardíaco (TC) internados no serviço de Pneumologia do Hospital de Braga em 2020 e 2021.

**Métodos:** Análise retrospectiva de todos os doentes com cancro do pulmão internados por TC em 2019 e 2020. Foram analisados dados clínicos, imagiológicos e anatomopatológicos.

**Resultados:** Foram internados 7 doentes com TC, que apresentavam idade média de 51 ( $\pm$  11) anos, predomínio do género feminino (57,1%) e não fumadores (42,9%). Histologicamente, todos os tumores eram adenocarcinomas, dos quais 71,4% com PD-L1 positivo e 71,4% mutados. O tamponamento ocorreu à apresentação da doença em 71,4% dos casos. Nos restantes, manifestou-se em média 13 meses após o diagnóstico, em que um doente se encontrava em tratamento de primeira linha e outro em segunda linha. Os sintomas mais frequentes foram a dispneia (100%) e a ortopneia (42,9%). Ao diagnóstico da neoplasia todos se encontravam em estadio IV da classificação TNM, sendo os locais de metastização mais frequentes os gânglios linfáticos (100%), pericárdico (71,4%), pulmão contralateral (57,2%) e osso (57,2%). Foi realizada pericardiocentese com colocação de dreno pericárdico em todos os doentes, sendo que em 2 foi complementada com pericardiodesse com cisplatina, e 2 doentes realizaram quimioterapia durante o internamento. Todos os doentes apresentaram melhoria clínica com o tratamento. A citologia do líquido pericárdico revelou a presença de células malignas em 71,4% dos casos. Três meses após o TC 85,7% dos doentes permaneceram vivos, enquanto os restantes tinham falecido. Aos seis meses essa percentagem desceu para os 71,45%.

**Conclusões:** O TC ocorreu maioritariamente à apresentação do cancro do pulmão, em situações de doença avançada e histologia de adenocarcinoma, traduzindo doença grave e um prognóstico desfavorável.

**Palavras-chave:** Tamponamento cardíaco. Cancro do pulmão.

## PO56. CAVITAÇÃO PULMONAR: CASO CLÍNICO

**C. Giesta,** O. Santos, A. Norte, T. Câmara, M. D'Almeida

Centro Hospitalar Médio Tejo.

**Introdução:** O hemangioendotelioma epitelióide é um tumor vascular raro e indolente, cuja prevalência estimada é de 1 em 1 milhão. Pode ter várias localizações, sendo a pulmonar uma das mais comuns. A imagem radiológica típica são múltiplos nódulos uni ou bilateralmente. O prognóstico é imprevisível, podendo a expectativa de vida variar de 1 a 15 anos.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de um homem de 75 anos, médico, fumador com uma carga tabágica de 50 UMA, que na sequência de tosse e expectoração hemoptóica, realizou radiografia torácica que revelou uma cavitação com nível hidro-aéreo sobre o hilo direito. Antecedentes de bronquite crónica e fibrilhação auricular permanente. A tomografia computadorizada (TC) do tórax confirmou a presença de lesão escavada de paredes espessas com 5 cm no lobo inferior direito. Na broncoscopia não foram visualizadas outras alterações além de resíduos hemáticos no brônquio segmentar apico-basal direito. Identificou-se *Rothia* e *S. viridans* no aspirado brônquico. O doente cumpriu antibioterapia de largo espectro sem melhoria. Efectuou-se então biopsia pulmonar transtorácica guiada por TC. O resultado histopatológico foi área de fibrose com processo inflamatório crónico. A tomografia por emissão de positrões evidenciou volumosa formação nodular intensamente hipermetabólica no lobo inferior direito (SUV 15,5) com aparente lesão satélite no mesmo lobo, formações ganglionares bronchiliares direitas com captação ligeiramente aumentada de FDG F18 (SUV 2,5) e nódulo pulmonar esquerdo milimétrico. Realizou nova broncoscopia cujas biopsias pulmonares trans-brônquicas e punções ganglionares foram negativas para malignidade. Foi então submetido a lobectomia inferior direita, tendo-se obtido o

diagnóstico histopatológico de hemangioendotelioma epitelióide de alto grau com expressão de TFE-3.

**Discussão:** Trata-se de uma patologia rara, com um vasto diagnóstico diferencial, desde patologia granulomatosa a neoplasia primária do pulmão. Salienta-se neste caso clínico a apresentação imagiológica atípica.

**Palavras-chave:** Cavitação pulmonar. Hemangioendotelioma epitelióide. Lobectomia.

## PO57. BILATERAL PULMONARY NODULES - A CASE OF MENINGOTHELIOMATOSIS

**F. Jesus,** F. Pereira da Silva, J. Arana Ribeiro, R. Matos Gomes, A. Tavares, L. Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda.

**Introduction:** The differential diagnosis for diffuse bilateral pulmonary nodules is extensive and includes infections, inflammatory disorders and metastatic malignancy. Minute pulmonary meningothelial-like nodules (MPMN) result from epithelioid cell proliferation within the interstitium, and can present as a solitary pulmonary nodule or, less frequently, as diffuse nodules, termed diffuse pulmonary meningotheliomatosis (DPM). MPMNs are benign, often asymptomatic and more common in females in the sixth to seventh decade. They typically present as ground glass nodules on CT scan, and have a basal predominance. The exact aetiology remains unclear, however it's more commonly associated with pulmonary thromboembolic disease or smoking related interstitial lung disease. A higher incidence of these nodules has been reported in patients with primary malignant pulmonary tumours, specifically with lung adenocarcinoma. Definitive diagnosis requires lung biopsy, typically surgical.

**Case report:** An 81-year-old woman, non-smoker, with past medical history of stage IA lung adenocarcinoma (submitted to superior right lobectomy with lymphadenectomy 3 years prior) and of COPD, GOLD 2. Follow up chest CT showed multiple bilateral micronodules of ground glass appearance, with less than 5 mm and with basal predominance, raising the possibility of metastatic lesions. She denied systemic symptoms, dyspnoea, cough or chest pain. Afterwards, she did an 18-FDG PET scan that showed a micronodular pattern in both lungs, functional uncharacterizable. A video assisted thoracoscopic (VATS) biopsy was performed and the histopathology revealed pulmonary meningotheliomatosis, excluding lung metastatic lesions. The patient is currently asymptomatic and maintains follow up.

**Discussion:** DMP is a rare and benign disease. Despite this, awareness of this entity is important as it can be confused for other diseases, namely metastatic disease, as in the case reported. Differential diagnosis from metastatic disease can be difficult, especially in patients with history or concomitant malignancy and will require correlation with clinical and radiological findings, as well as lung biopsy for definitive diagnosis.

**Keywords:** Pulmonary Nodules. Lung adenocarcinoma. Meningotheliomatosis.

## PO58. BLOODY HELL: A LATE CONSEQUENCE OF A POST-PNEUMONECTOMY HEMOTHORAX

**J. Rei<sup>1</sup>,** P. Fernandes<sup>2</sup>, P. Castro<sup>1</sup>, S. Costa<sup>1</sup>, F. Neves<sup>1</sup>, J. Miranda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Universitário de São João.

**Introduction:** Regardless of the recent advances in bronchial endoscopic intervention on the closure of bronchopleural fistulas, there are still rare cases in which an open window thoracostomy is the only solution, especially in frail patients.

**Case report:** We present the case of a 59 year old man, ex-smoker, diagnosed with lung squamous cell carcinoma on the upper left lobe

be. On CT imaging and bronchoscopy, the tumour invaded the anterior branch of the left superior pulmonary artery and upper lobe bronchus. An upper left lobectomy was planned but intraoperatively we evidenced invasion of the secondary carina, deeming a left pneumonectomy needed. On the immediate post operative period, a suspicion of post-operative hemothorax was raised but a conservative attitude with drain maintenance was decided. On the 10<sup>th</sup> postoperative day the drain was removed and the patient discharged. Six months after surgery, the patient presented to the ER with a month history of fever and malaise. The CT scan showed the presence of an air-fluid level and an open communication on the bronchial stump. On bronchoscopy multiple small orifices were seen. The chest cavity was drained and closure of the orifices with topical nitrate was attempted but unsuccessful. Pleural liquid analysis showed an empyema by *Klebsiella pneumoniae* and *Aspergillus fumigatus*. Since asepsia of the cavity could not be reached solely by antibiotic and anti fungal treatment, and given the clinical condition of the patient, we decided to perform a definitive open window thoracostomy (Eloesser Flap). The patient was discharged with daily wound care. Two years after surgery the patient remains alive and without evidence of disease recurrence.

**Discussion:** A post-operative hemothorax constituted a probable risk factor for late post-operative empyema and bronchopleural fistula development. Open window thoracostomy is a rare last resort treatment which, in selected cases, can prolong survival while moderately preserving quality of life.

**Keywords:** *Fistula bronchopleural. Pneumectomy. Toracostomia.*

#### PO59. NEUTROPHIL-LYMPHOCYTE RATIO (NLR), LYMPHOCYTE-MONOCYTE RATIO (LMR) AND PLATELET-LYMPHOCYTE RATIO (PLR) IN NON-SMALL-CELL LUNG CANCER (NSCLC) PATIENTS TREATED WITH ATEZOLIZUMAB: DOES IT PREDICT DEVELOPMENT OF IMMUNE-RELATED ADVERSE EVENTS AND OVERALL SURVIVAL?

**C. Gouveia Cardoso**<sup>1</sup>, M. Serino<sup>1</sup>, C. Freitas<sup>2</sup>, M. Martins<sup>1</sup>, P. Ferreira<sup>1</sup>, C. Sousa<sup>1</sup>, V. Santos<sup>1</sup>, D. Araújo<sup>1</sup>, H. Novais-Bastos<sup>3</sup>, A. Magalhães<sup>1</sup>, G. Fernandes<sup>2</sup>, H. Queiroga<sup>2</sup>, V. Hespagnol<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João. <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. <sup>3</sup>IBMC/ i3S - Instituto de Biologia Molecular e Celular / Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto.

**Objectives:** Immune checkpoint inhibitors (ICIs) in non-small cell lung cancer (NSCLC) treatment are sometimes connected to immune-related adverse events (irAEs). Biomarkers such as neutrophil-lymphocyte ratio (NLR), lymphocyte-monocyte ratio (LMR) and platelet-lymphocyte ratio (PLR) have been reported as potential predictors of host immune reaction and ICIs response treatment. We aim to study the role of NLR, LMR and PLR as predictors of irAEs and overall survival (OS) in patients treated with Atezolizumab.

**Methods:** NSCLC patients treated with Atezolizumab, between 2019-2020, in our hospital, were retrospectively analyzed. Patients with and without irAEs were compared. Blood results were reviewed. OS was calculated using the Kaplan-Meier method and differences between groups using the log-rank test. Logistic regression was performed to analyze predictors of irAEs.

**Results:** Thirty-seven cases were studied (73% male, 66.8 ± 8.4 years), 78.4% had ECOG 0-1, 62.2% were adenocarcinoma and 37.8% squamous cell carcinoma; 91.9% had stage IV disease and all patients had previously received chemotherapy. Seven (18.9%) patients developed irAEs, mainly endocrine-irAEs (57.1%), followed by pulmonary (28.6%) and dermatological (14.3%). Most irAEs were grade 1-2, but 2 patients presented grade 3-4 events; 71.4% required systemic corticosteroids and 28.6% discontinued treatment. Patients with irAEs tended to have higher rate of controlled disease as initial

response to ICIs (p = 0.051) and higher duration of response (48.0 vs 9.0 weeks, p = 0.028). OS was significantly longer in irAEs-group (p = 0.043). During Atezolizumab treatment, median NLR was significantly decreased (p = 0.008) and median LMR significantly increased (p = 0.006) in irAEs-group. Univariate analysis showed that higher median LMR at baseline (OR = 2.646, p = 0.043) and during treatment (OR = 3.09, p = 0.037) were associated with irAEs.

**Conclusions:** In our sample, a significant percentage of patients developed irAEs. Higher median LMR at baseline and during treatment were associated with irAEs. Patients with irAEs tended to have higher rate of controlled disease and had a longer OS.

**Keywords:** *Non-small-cell lung cancer (NSCLC). Immune-Related Adverse Events. Atezolizumab.*

#### PO60. UM CASO RARO DE SARCOMA SINOVIAL PRIMÁRIO DO PULMÃO

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

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz.

**Introdução:** O sarcoma sinovial primário do pulmão (SSPP) é um tumor raro, correspondendo a 0,5% dos tumores malignos primários do pulmão.



**Caso clínico:** Mulher, 73 anos. Autônoma. Reformada, tendo sido bancária. Ex-fumadora (10 UMA). Antecedentes de hipotireoidismo sob levotiroxina 0,137 mg/dia. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia súbita para pequenos esforços associada a cansaço. Negava dor torácica, febre, tosse, expetoração ou outra sintomatologia. Ao exame objetivo apresentava-se polipneica com saturação periférica de oxigénio de 66% sob oxigenioterapia a 4L/min e gasimetricamente destacava-se pO<sub>2</sub> de 38,5 mmHg. Realizou angiografia torácica que mostrou “massa heterogênea no lobo superior direito (LSD), medindo 85 mm de eixo axial, com amputação do brônquio do LSD”. Por quadro de insuficiência respiratória parcial grave foi admitida na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), onde esteve inicialmente sob oxigenioterapia de alto fluxo e posteriormente com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Para estudo da massa, foi submetida a broncofibroscopia rígida (BR) que evidenciou obliteração do brônquio lobar superior direito e do brônquio intermediário por massa tumoral, tendo este último sido desobstruído. Foram colhidas amostras para a anatomia patológica, cujo resultado mostrou tratar-se de um SSPP, com translocação do cromossoma X:18. O estadiamento revelou metastização óssea múltipla. Na sequência da desobstrução brônquica apresentou evolução favorável, tendo alta em ar ambiente, encaminhada para consulta de Pneumologia Oncológica para início de terapêutica.

**Discussão:** Destaca-se neste caso clínico a importância da admissão em UCI para suporte e estabilização até abordagem definitiva da lesão, não devendo este nível de cuidados ser vedado a doentes com massas pulmonares de novo sem caracterização. Salienta-se ainda o papel da BR tanto na obtenção de diagnóstico como no tratamento da obstrução brônquica com resolução do quadro de hipoxemia grave. O SSPP é uma neoplasia muito agressiva, apresentando um mau prognóstico.

**Palavras-chave:** Neoplasia do pulmão. Sarcoma sinovial primário do pulmão. Insuficiência respiratória aguda.

#### PO61. HAMARTOMA ENDOBRÔNQUICO

**J. Canadas**, F. Guimarães, A. Alves, C. Pissarra, P. Rosa

*Hospital Vila Franca de Xira.*

**Introdução:** Os hamartomas pulmonares (HPs) constituem a neoplasia benigna mais comum do pulmão, apesar da baixa incidência (0,3%) na população geral. São neoplasias mesenquimatosas, com idade média de apresentação entre 60-70 anos, crescimento lento, mas contínuo, e raramente sofrem malignização. Os HPs podem ser classificados como intraparenquimatosos (periféricos), representando 80-90% dos casos, ou endobrônquicos (centrais), lesões polipóides e que se podem tornar sintomáticas por obstrução da via aérea ou hemorragia, atelectasia pulmonar ou pneumonia obstrutiva.

**Caso clínico:** As autoras apresentam o caso de uma doente de 84 anos, sexo feminino, com história pessoal de exposição passiva a tabaco, hipertensão arterial, obesidade, cardiopatia hipertensiva, fibrilhação auricular, hipertensão pulmonar ligeira, doença renal crónica e síndrome de Sjögren, com último internamento aos 82 anos por pneumonia multilobar à esquerda e lesão estenosante parcial da parede posterior do brônquio principal esquerdo (BPE), em tomografia computadorizada de tórax (TCT), interpretada como sequele pós-infecção. Foi admitida por quadro clínico de tosse seca e agravamento súbito da dispneia habitual, apresentando insuficiência respiratória parcial e, na radiografia de tórax pósterio-anterior, uma hipotransparência total de todo o hemitórax esquerdo, descrita em TCT como colapso do pulmão esquerdo, associado a obliteração densa do BPE e desvio homolateral das estruturas mediastínicas. Realizou broncofibroscopia na qual o BPE se apresentava totalmente obstruído por uma massa com histologia compatível com HP. Dada a cronicidade das lesões, elevada possibilidade de compromisso da perfusão do pulmão atelectasiado e risco de agravamento de insuficiência respiratória, não realizou terapêutica endoscópica.

**Discussão:** Este caso clínico apresenta uma forma menos frequente de HP com apresentação clínica de uma localização endobrônquica com atelectasia total do parênquima pulmonar esquerdo e desvio homolateral das estruturas do mediastino. Apesar do crescimento lento e baixo risco de malignidade, o tratamento dos HPs endobrônquicos é recomendado, no entanto, neste caso, pela cronicidade do caso optou-se por não intervir.

**Palavras-chave:** Tumor. Benigno. Hamartoma.

#### PO62. METÁSTASES CEREBRAIS DE NOVO EM DOENTES COM CANCRO DO PULMÃO INTERNADOS NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

**M. Carvalho Silva**, D. Rodrigues, D. Pimenta, M.J. Araújo, S. Campos Silva, E. Padrão, L. Ferreira

*Hospital de Braga.*

**Objectivos:** O cancro do pulmão (CP) é a principal causa de metastização cerebral e pode condicionar vários síndromes neurológicas. Caracterizar os doentes com metástases cerebrais de novo internados no serviço de Pneumologia do Hospital de Braga em 2019 e 2020.

**Métodos:** Estudo retrospectivo. Foram analisados dados clínicos, imagiológicos e anatomopatológicos.

**Resultados:** Foram internados 37 doentes com metástases cerebrais de novo. Apresentavam idade média de 64 ( $\pm$  8) anos, predomínio do género masculino (78,4%), 48,6% eram ex-fumadores e 35,1% fumadores. Histologicamente 86,5% eram adenocarcinomas, 10,8% CPPC e 2,7% epidermóides. Ao diagnóstico de CP, 78,4% estavam em estadio IV (TNM), seguindo-se o IIIB (13,5%), IIIA, IIIC e IA (2,7% cada). A metastização cerebral ocorreu à apresentação da doença em 43,2% dos casos, mas na maioria dos doentes (56,8%) aconteceu em média 16,6 meses após o diagnóstico de CP, sendo que 38,1% estavam em tratamento de primeira linha, 23,8% ainda sem tratamento, 14,3% em segunda, 9,5% em quinta, 9,5% após radioterapia e 4,7% em terceira linha. Os sinais e sintomas mais frequentes foram défices neurológicos focais dos membros/hemiparésia (48,6%), cefaleia com náuseas e/ou vômitos (24,3%), convulsões (10,8%), disartria (5,4%), desequilíbrio na marcha/tonturas (5,4%) e alterações do comportamento (5,4%). O tratamento instituído foi dexametasona e radioterapia cerebral (64,9%) e corticoterapia isolada (35,1%). 59,5% dos doentes apresentaram melhoria clínica, 29,7% mantiveram o estado e 5,4% faleceram durante o internamento. Aos seis meses após a metastização cerebral de novo, 12,5% dos doentes em que se ocorreu ao diagnóstico do CP permaneciam vivos, comparativamente com 23,8% em que ocorreu durante a evolução da doença.

**Conclusões:** Estas emergências neurológicas ocorreram maioritariamente na doença avançada, e no decurso da doença. No entanto, evidenciou-se à apresentação do CP num número significativo dos doentes o que remete para a consideração desta etiologia perante défices neurológicos agudos.

**Palavras-chave:** Metastases. Cerebrais. Cancro. Pulmão.

#### PO63. ALECTINIB: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

**M. Matias**, C. Matos, F. Nogueira, C. Guimarães

*Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.*

**Objectivos:** O alectinib, um inibidor da atividade da cinase do linfoma anaplásico (ALK), é o tratamento de primeira linha no carcinoma do pulmão não pequenas células (CPNPC) avançado ou metastático com rearranjo do gene ALK. Os rearranjos do ALK estão presentes em 5% dos CPNPC e estão normalmente associados a uma idade mais jovem e a doentes não fumadores ou com baixa carga tabágica. Apresenta-se a experiência de um centro hospitalar com o alectinib.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo em que foram selecionados os doentes que realizaram alectinib desde janeiro de 2019 a junho de 2021, de seguida foi feita uma análise descritiva dos mesmos.

**Resultados:** O fármaco foi utilizado em 5 doentes com o diagnóstico de adenocarcinoma, com média de idade de 62 anos à data do diagnóstico (44-83 anos), 2 (40%) do género feminino, 3 (60%) não fumadores. Na altura do diagnóstico apresentavam os seguintes estadiamentos: 1 doente III-b, 1 III-c e 3 IV-b. 3 dos doentes iniciaram alectinib como terapêutica de 1ª linha. Os restantes tinham realizado quimioterapia prévia com carboplatina e pemetrexed e um fez tratamento de 2ª linha com nivolumab; 1 destes doentes por progressão após quimioterapia e radioterapia e o outro por deteção do rearranjo ALK por rebiópsia, transitaram para alectinib. A dose de alectinib foi de 600 mg duas vezes por dia, tendo sido reduzida para 450 mg duas vezes por dia num doente por efeitos adversos: anemia, hiponatremia e lesão renal aguda. 4 (80%) dos doentes mantêm terapêutica com alectinib 3 com resposta parcial ao fim de 32, 20 e 5 tratamentos; 1 com estabilidade da doença após 18 tratamentos. Foi descrito 1 óbito por isquemia intestinal e peritonite.

**Conclusões:** Considera-se importante a partilha da experiência com um fármaco recente possível de utilizar apenas numa pequena percentagem de doentes com neoplasia do pulmão, sendo a análise dos seus resultados promissora.

**Palavras-chave:** *Alectinib. Carcinoma do pulmão de não pequenas células (CPNPC). ALK.*

#### PO64. PEMBROLIZUMAB: DO AVANÇO NA ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA NEOPLASIA DO PULMÃO AOS EFEITOS ADVERSOS

**L. Fernandes Pedro**, G. Moura Portugal, D. Baptista, L. Carvalho, C. Bárbara

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

**Introdução:** A neoplasia do pulmão é uma das principais causas de morte por cancro a nível mundial. O desenvolvimento de novas terapêuticas como os anticorpos monoclonais anti-receptor da proteína de morte programada, nos quais se inclui o pembrolizumab, constitui um avanço no tratamento e melhoria da qualidade de vida destes doentes.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de um homem, 48 anos, fumador (40 UMA). Com diagnóstico, em 2017, de adenocarcinoma do pulmão PD-L1 positivo, estágio IIIA. Cumpriu 3 ciclos de quimioterapia (QT) neoadjuvante seguidos de lobectomia e esvaziamento ganglionar mediastínico, com QT e radioterapia adjuvantes posteriores. Em 2018, por progressão da doença a nível hepático e mediastínico, foi iniciada terapêutica com pembrolizumab, sem intercorrências. Feita PET-TC em 2020 sem evidência de doença metabolicamente activa. Recorreu ao Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica, em contexto electivo, 42 dias após o último ciclo de pembrolizumab. Na avaliação constatada prostração e hipotensão, sem qualquer sintomatologia adicional. Analiticamente com hiponatremia hiposmolar 115 mmol/L, potássio 4,4 mmol/L, ACTH < 1 pg/mL, cortisol 0,1 ug/dL, renina 3,9 uUI/mL, aldosterona 15,2 ng/dL, TSH 46,8 uU/mL e T4 livre 0,46 ng/dL. Assumidos insuficiência da suprarrenal secundária e hipotireoidismo primário iatrogénicos em contexto de terapêutica com pembrolizumab. Iniciadas hidrocortisona e levotiroxina, com melhoria do estado de vigília e correção da hiponatremia. Teve alta ao fim de 4 dias de internamento sob terapêutica de reposição de hormona tiroideia e esquema de desmame de prednisona, encaminhado para consulta de Endocrinologia.

**Discussão:** O pembrolizumab apresenta efeitos adversos imuno-mediados conhecidos, dos quais se destacam as endocrinopatias, sendo o hipotireoidismo um dos mais comuns. O caso alerta para o facto destes efeitos poderem surgir em simultâneo num mesmo doente. Assim, com o aparecimento de novas terapêuticas para o tratamento da neoplasia do pulmão, é mandatário a actualização dos profissionais de saúde para os seus possíveis efeitos secundários, possibilitando, um diagnóstico precoce e melhor abordagem terapêutica.

**Palavras-chave:** *Pembrolizumab. Hipotireoidismo. Suprarrenal.*

#### PO65. ELDERLY-ONSET PRIMARY PRIMITIVE NEUROECTODERMAL TUMOR OF THE LUNG: A RARE CASE REPORT

**L. Balanco**, A. Pego, L. Carvalho, P. Gonçalo Ferreira

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introduction:** Primitive neuroectodermal tumors (PNETs) are highly aggressive neoplasms that usually arise in skeletal and soft tissues during childhood or early adolescence. PNETs originating in the lungs are extremely rare. To the best of our knowledge, there have been reported less than 30 cases in the literature affecting adults, mostly in their 30s or 40s. Herein, we report an unusual case of a PNET of the lung in a septuagenarian.

**Case report:** A 77-year-old non-smoker woman was evaluated for an abnormal chest computed tomography (CT) in an outpatient pulmonology clinic. A non-recent CT showed a contrast enhancing,

well-defined solid nodular formation measuring 23 × 28 mm in the right lower lung. She manifested relevant weight loss and complained of right-sided pleuritic chest pain in the previous months. Her performance status was Zubrod/ECOG 1. Physical examination was unremarkable. Routine laboratory evaluation, including complete blood count and reactive C protein, was within normal range. The updated CT revealed significant increase in size and identified linear branches connecting to the pleura. A CT-guided biopsy of the lesion was performed. Histopathological examination of the specimen revealed neoplastic tissue composed by small cells without stroma and immunohistochemical staining detected expression of cytoplasmic CD56 and nuclear Fli-1. Additionally, the patient underwent positron emission tomography-CT scan, which detected bilateral mediastinal and multiple lytic bone metastases. The patient was diagnosed with stage IV T4N3M1c PNET of the lung. After multidisciplinary discussion, the patient was referred for chemotherapy (vincristine, adriamycin and dacarbazine).

**Discussion:** Although pulmonary PNET have been scarcely reported in adults, we present a rare case of elderly-onset. These neoplasms should be taken into account as a differential diagnosis for lung tumors with rapid progressive growth. Despite immunohistochemical studies being the key for diagnosis, further studies are needed to determine the best treatment for PNETs and improve clinical outcomes.

**Keywords:** *Neuroectodermal tumor. Lung cancer. Oncology.*

#### PO66. HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELÍOIDE: UM TUMOR RARO

**J. Patrício<sup>2</sup>**, C. Figueiredo<sup>1</sup>, A.R. Costa<sup>1</sup>, J. Santos Silva<sup>1</sup>, J. Eurico Reis<sup>1</sup>, J. Maciel<sup>1</sup>, P. Calvino<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia do Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal.*

**Introdução:** Os sarcomas são tumores malignos do tecido conjuntivo que podem surgir em qualquer localização anatómica. O hemangioendotelioma epitelióide (HEE) é um sarcoma vascular muito raro com uma prevalência inferior a 1 caso/1.000.000 pessoas. Habitualmente comporta-se como uma neoplasia de baixo grau embora apresente elevada propensão para metastização. A apresentação é variável podendo o diagnóstico ser incidental em indivíduos assintomáticos, sendo os sintomas mais comuns dor, massa palpável e perda ponderal.

**Caso clínico:** Mulher de 50 anos, fumadora com carga tabágica de 15 U.M.A. e melanoma da região lombar submetida a excisão cirúrgica. Assintomática tendo sido submetida a TC toracoabdominopélvica em contexto de *follow-up* oncológico que revelou nódulos pulmonares bilaterais, o maior dos quais no lobo inferior esquerdo (LIE) com 9 mm de maior eixo, sem adenomegalias mediastínicas ou hilares. Complementou investigação com PET-TC 18-FDG que demonstrava múltiplas nodularidades pulmonares com ligeira expressão metabólica (SUV máximo de 1,7), captação aumentada no quadrícipite femoral direito no vasto intermédio (SUV 4,6) adjacente a zona de avulsão óssea e gânglios inguinofemorais bilaterais (SUV 1,3) inespecíficos. Dos restantes exames destacavam-se provas de função respiratória com FVC 111%, FEV1 111,7% e KCO 72%. Foi submetida a duas ressecções atípicas pulmonares do LIE por videotoracoscopia, sem intercorrências. A análise anatomopatológica das peças operatórias revelou um hemangioendotelioma epitelióide multicêntrico.

**Discussão:** O diagnóstico do HEE é efetuado pelos achados histológicos na biópsia. Em doentes assintomáticos com metastização não passível de ressecção cirúrgica completa, a vigilância ativa é a opção inicial preconizada. O comportamento da doença metastática pode ser extremamente variável e o prognóstico relaciona-se com a extensão da doença e a presença de sinais/sintomas sistémicos. Com este caso os autores pretendem destacar um subtipo muito raro de

sarcoma sem um curso clínico bem caracterizado e cujo tratamento ideal permanece desconhecido.

**Palavras-chave:** Hemangioendotelioma Epitelióide. Sarcoma. Cancro do pulmão.

#### PO67. SYNCHRONOUS AND METACHRONOUS PRIMARY TUMORS - WHAT ARE THE ODDS?

**D. Nadina Cora**, A.C. Vieira, C. Cristovão, C. Guimarães, C. Matos, F. Nogueira

*Egas Moniz Hospital - Lisbon Occidental Hospital Center.*

**Introduction:** Multiple primary tumors have always been a real surprise for clinicians, especially when their appearance is differed in time. Carcinogens such as tobacco play a crucial role, however oncogenes contribution must be determining when other primary neoplasms appear. We present a case of a patient diagnosed with four primary cancers: two synchronous primary lung cancers, an incidental primary papillary thyroid cancer and a previously cured neoplasm of the larynx.

**Case report:** A previously highly smoker, 70-year-old male patient, had a surgically treated vocal cord cancer in the past, without evidence of relapse since then. Thoracic computed tomography showed at the time one partially ground glass nodule in the right upper lobe of the lung and another one in the right lower lobe, without further follow-up. Seven years after, the patient is sent to our Pneumology Department. Small biopsies of these augmented pulmonary nodules, are compatible with low grade adenocarcinomas. Surprisingly, on resection specimens, the upper lobe nodule is classified as a pleomorphic carcinoma, an extremely rare lung malignant tumor, while the other one a predominantly acinar with papillary components adenocarcinoma. Moreover, PET CT showed a hypermetabolic thyroid nodule, whose biopsy revealed an incidental papillary thyroid cancer, metachronous in relation to the laryngeal cancer. By this time other organ metastasis were excluded.

**Discussion:** This is an illustrative case of how unexpected and sometimes difficult to accurately diagnose multiple primary cancers is, especially when factors such as personal history, clinical evolution and timeline play an important misleading role. Synchronous primary lung cancers, despite their uncommon incidence, are a diagnostic hypothesis to be taken into account. This reinforces the importance of the diagnostic advances done in the last years, the accuracy of the new 2015 WHO Classification of Lung Tumors and the forward extensive research needed to be done in order to better understand the causes.

**Keywords:** Multiple primary tumours. Synchronous lung cancers. Pleomorphic carcinoma. Papillary thyroid cancer. Resection specimen.

#### PO68. OSIMERTINIB COMO 1ª LINHA TERAPÊUTICA EM CPNPCM COM MUTAÇÕES ATIVADORAS DO EGFR

**E. Milheiro Tinoco**<sup>1</sup>, E. Silva<sup>1</sup>, D. Coutinho<sup>1</sup>, M. Dias<sup>1</sup>, S. Campinha<sup>1</sup>, A. Barroso<sup>1</sup>, A. Vasconcelos<sup>2</sup>

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

**Introdução:** O uso de terapêuticas alvo em doentes com carcinoma pulmonar não pequenas células localmente avançado ou metastático (CPNPCm) com alterações moleculares específicas tem demonstrado resultados superiores relativamente à quimioterapia. Em 2018 o osimertinib foi aprovado neste tipo de tumores como terapêutica de 1ª linha quando na presença de mutações ativadoras do EGFR ou da mutação T790M.

**Objectivos:** Avaliar a eficácia do osimertinib em 1ª linha terapêutica em doentes fora de ensaio clínico com CPNPCm e mutações ativadoras do EGFR.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo que incluiu doentes seguidos na consulta externa da pneumologia oncológica com CPNPCm e que iniciaram osimertinib em 1ª linha até fevereiro de 2021. Foram avaliadas características demográficas, clínicas e tumorais. Foi avaliada a sobrevida livre de progressão (PFS), a taxa de resposta global (ORR) e os eventos adversos.

**Resultados:** Dezanove doentes iniciaram osimertinib em 1ª linha; 1 doente foi excluído por apresentar uma neoplasia maligna concomitante em progressão. No momento desta análise, a duração média da exposição total ao tratamento foi de 14,7 ± 7,1 meses (intervalo de 6 a 26 meses). Na tabela 1 estão descritas as características da população e dos seus outcomes.

**Conclusões:** Os doentes com CPNPCm que iniciaram osimertinib em 1ª linha eram maioritariamente do sexo masculino, não fumadores e com ECOG ≤ 1. Somente dois doentes (13,3%) apresentaram efeitos secundários que motivaram a suspensão temporária do fármaco. Apesar dos dados ainda não serem maduros, o que não permite calcular a PFS, no nosso estudo, o uso do osimertinib apresentou uma ORR de 66,7%, semelhante aos resultados obtidos em outros estudo de vida real.

**Palavras-chave:** Carcinoma pulmonar não pequenas células. EGFR. Osimertinib. Primeira linha terapêutica.

#### PO69. TUBERCULOSE PLEURO-PULMONAR

**M. Cabral**, B. Mendes, C. Figueiredo, P. Cravo, J. Cardoso

*Hospital de Santa Marta.*

**Introdução:** A tuberculose é um grave problema de saúde pública e, apesar, de em Portugal a sua incidência ter diminuído na última década, verificou-se nos últimos anos uma inversão dessa tendência.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 34 anos, com diagnóstico não confirmado de esclerose múltipla, e sem medicação habitual. Sem exposições de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por tosse produtiva e expectoração mucosa com 3 semanas de evolução, associado a astenia, febre e toracalgia esquerda nos 7 dias prévios. À observação, de salientar, hipoxemia. Analiticamente, sem leucocitose, e aumento PCR e da LDH. A radiografia torácica mostrava hipotransparência homogénea nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo. Foi assumida pneumonia adquirida na comunidade e derrame parapneumónico. Colheu rastreio séptico e iniciou antibioterapia com ceftriaxone e azitromicina. Durante o internamento, as hemoculturas, antigenúrias e painel de vírus respiratórios revelaram-se negativos. A TC de tórax mostrou consolidação homogénea envolvendo grande parte do pulmão esquerdo com área de necrose e cavitação, e derrame pleural bilateral. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar (LBA) cujos exames culturais (micológico e bacteriológico), moleculares (antígeno Galactomannan e *Pneumocystis jirovecii*) e directo micobacteriológico se revelaram negativos; encontrando-se o exame cultural micobacteriológico em curso. Foi realizado estudo auto-imune, serologias infecciosas e pesquisa de agentes de pneumonias atípicas que foram negativos. Pela evolução desfavorável, foi admitida na Unidade Cuidados Intensivos onde esteve sob oxigenoterapia de alto fluxo. Durante este período, escalou-se antibioterapia tendo a doente feito diversos antibióticos, sem evidência de melhoria. Entretanto, o exame micobacteriológico do LBA revelou-se positivo com isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* complex pelo que iniciou tratamento com antibacilares de 1ª linha, verificando-se uma evolução favorável.

**Discussão:** Este caso clínico pretende chamar a atenção para as formas de apresentação da tuberculose e a importância do seu diagnóstico precoce. Em Portugal, não deverá ser um diagnóstico de exclusão, mas sim um diagnóstico diferencial.

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

**Tabela 1 – Caracterização dos doentes e *outcomes*.**

<i>(n = 15)</i>	
<b>Sexo masculino</b>	9 (60,0)
<b>Idade, anos</b>	72 ± 8
<b>Hábitos tabágicos</b>	
○ Não fumador	10 (66,7)
○ Ex-fumador	5 (33,3)
<b>ECOG</b>	
○ 0	6 (42,9)
○ 1	6 (42,9)
○ 2	1 (7,1)
○ 3	1 (7,1)
<b>Histologia</b>	
○ Adenocarcinoma	15 (100,0)
<b>Mutação EGFR</b>	
○ Deleções do exão 19	6 (40,0)
○ Deleção e inserção do exão 19	1 (6,7)
○ Mutações de substituição do exão 20	1 (6,7)
○ Mutações de substituição do exão 21	8 (53,3)
<b>Metastização cerebral, ao diagnóstico</b>	
○ Cerebral	3 (20,0)
<b>Classificação TNM (8ª edição)</b>	
○ IIIB	1 (6,7)
○ IVA	6 (40,0)
○ IVB	8 (53,3)
<b>Efeitos secundários</b>	
<b>G1-2</b>	
○ Alterações TGI	10 (66,7)
○ Alterações cutâneas	7 (46,7)
○ Paroniquia	6 (40,0)
○ Astenia	3 (20,0)
○ Pneumonite	2 (13,3)
○ Blefarite	1 (6,7)
○ Estomatite	1 (6,7)
<b>G3-4</b>	
○ Neutropenia	1 (6,7)
○ Elevação das transaminases (TGO e/ ou TGP)	1 (6,7)
<b>Suspensão do tratamento - progressão</b>	1 (6,7)
<b>Taxa de resposta global (ORR) aos 12 meses de tratamento (n=12)</b>	8 (66,7)
<b>PFS</b>	Não atingida

Dados apresentados como n (%) e média ± desvio padrão.

Figura PO68

#### PO70. ERA UMA VEZ UMA ASCITE...

S. Braga, J.M. Silva, F. Silva, J. Costa, L. Ferreira

Hospital Sousa Martins - ULS Guarda.

**Introdução:** A apresentação mais frequente de *Mycobacterium tuberculosis* é pulmonar, existindo, porém, outras formas de manifestação, como a Tuberculose Peritoneal. A Tuberculose Peritoneal é uma doença que pode mimetizar carcinomatose peritoneal e vice-versa.

**Caso clínico:** Homem, 42 anos, recorre ao serviço de urgência por dor e distensão abdominal desde há um mês com agravamento recente. Apresentava tosse seca e picos febris vespertinos. Fumador de 28 UMA e hábitos alcoólicos moderados. Antecedentes de espondilite anquilosante a fazer etanercept. Ao exame objetivo, apresentava auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído, distensão abdominal com dor à palpação superficial. Analiticamente destacava-se linfopenia de 1.300/mm<sup>3</sup>, LDH de 382 U/L e PCR de

5 mg/dL. Realizou TC toracoabdominopélvica que destacava um nódulo de 20 mm no segmento apico-posterior do LSE, derrame pleural bilateral, adenopatias prevasculares e paratraqueais, com volumosa ascite em todos os recessos. Realizou broncofibroscopia cuja citologia do aspirado brônquico e LBA foram negativas para células malignas, com BAAR, cultura e DNA *Mycobacterium* negativos. A PET efetuada revelou nódulo no LSE com hiper captação de FDG-F18, reunindo características sugestivas de neoplasia maligna de alto grau metabólico, derrame pleural de natureza neoplásica e metastização ganglionar mediastino-hilar bilateral. Carcinomatose peritoneal. Líquido ascítico revelou proteínas 5,4 g/dL; glucose 97 mg/dL; LDH 476U/L; ADA 64,4 U/L; albumina 2,86 g/dL. Predomínio linfocítico de 93%. O IGRA, negativo no ano anterior, foi positivo. O doente realizou biópsia por EBUS e biópsia peritoneal por laparoscopia. A biópsia relativa à laparoscopia revelou presença de numerosos granulomas epitelioides com células gigantes de tipo Langhans e necrose de tipo caseoso central, e pesquisa de BAAR positiva. A biópsia realizada por EBUS revelou alterações inflamatórias inespecíficas e LBA com isolamento de *Mycobacterium* spp. Repetiu broncofibroscopia cujo aspirado detetou *M. tuberculosis*. Foi iniciado tratamento tuberculostático.

**Discussão:** Torna-se imperativo colocar o diagnóstico diferencial de tuberculose peritoneal num quadro de aparente carcinomatose peritoneal, principalmente em indivíduos imunocomprometidos, como neste caso.

**Palavras-chave:** Tuberculose. Tuberculose peritoneal. Carcinomatose peritoneal.

#### PO71. TUBERCULOSE E INFECÇÃO POR SARS-CoV-2

**I. Barreto<sup>1</sup>**, F. Godinho Oliveira<sup>1</sup>, J. Nascimento<sup>1</sup>, R. Ferro<sup>2</sup>, P. Falcão<sup>1</sup>, C. Teles Martins<sup>1</sup>, I. Claro<sup>1</sup>, E. Frago<sup>1</sup>, C. Lopes<sup>1</sup>, P. Azevedo<sup>1</sup>, C. Bárbara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

**Introdução:** Um terço da população mundial apresenta infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis*, sendo que a maioria desenvolve imunidade dependente de células T. A progressão para tuberculose activa depende da interacção do ambiente, hospedeiro e patogéneo. Uma resposta celular T eficaz determina se a infecção resolve, fica latente ou se conduz a doença clinicamente relevante. **Caso clínico:** Apresenta-se o caso de um homem de 56 anos, raça negra, natural do Congo e residente em Portugal desde há 20 anos, com diagnóstico de infecção por SARS-CoV-2 em Dezembro de 2020. Subsequentemente, desenvolveu quadro com dois meses de evolução de anorexia, astenia, perda ponderal e tosse com expectoração mucopurulenta. AngioTC de tórax: volumosas áreas de condensação bilaterais, com infiltrados parenquimatosos e múltiplas áreas cavidades coalescentes bilaterais e em comunicação, ocupando todo o lobo superior direito e lobo médio e tromboembolismo pulmonar segmentar do lobo inferior esquerdo. Exame micobacteriológico da expectoração com muitos bacilos álcool-ácido resistentes no exame directo. Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos por tuberculose pulmonar bacilífera com hipoxémia grave e necessidade de ventilação mecânica invasiva, tendo sido instituída terapêutica antibacilar com isoniazida, rifampicina, etambutol, pirazinamida, linezolide e levofloxacina. Detecção molecular de resistência à isoniazida e rifampicina: negativa. Houve melhoria clínica inicial transitória, tendo vindo posteriormente a verificar-se agravamento clínico e hipoxémia refractária às estratégias de ventilação e ao decúbito ventral, tendo o doente vindo a falecer.

**Discussão:** Este caso suporta a hipótese de que a depleção de células CD4+ associada à infecção por SARS-CoV-2 pode promover o desenvolvimento de tuberculose activa em doentes com infecção latente, tal como se verifica na infecção por HIV, o que pode condicionar o impacto actual da tuberculose a nível global. Salienta-se

ainda a gravidade da expressão clínica deste caso, que levou à ventilação invasiva e culminou na morte do doente, o que é inócuo na actualidade em países desenvolvidos.

**Palavras-chave:** Tuberculose. SARS-CoV-2. Ventilação mecânica invasiva.

#### PO72. TUBERCULOSE UROGENITAL. UM CASO DE LESÃO RENAL AGUDA GRAVE REVERTIDA.

**F. Silva**, M. Cruz, C. Pinto, A. Fernandes

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

**Introdução:** A tuberculose urogenital constitui a 3ª forma mais comum de tuberculose extrapulmonar. Ocorre em 2 a 20% dos casos com atingimento pulmonar.

**Caso clínico:** Homem de 58 anos, referenciado à consulta de pneumologia por micronodulação pulmonar. Na sequência da broncofibroscopia, o exame directo e o teste de amplificação de ácidos nucleicos (TANN) para *Mycobacterium tuberculosis* (MT) do aspirado brônquico foi positiva, iniciando terapêutica antibacilar. Em paralelo, iniciou investigação na Urologia por espessamentos nodulares na bexiga, com a cistoscopia limitada por material esbranquiçado, filamentar e espesso vesical. Recorreu ao SU, após um mês de terapêutica antibacilar, por vômitos, diarreia e oligúria, com 15 dias de evolução. Apresentava acidemia metabólica grave, creatinina e ureia sérica de 19 e 343 mg/dL e potássio de 7,4 mmol/L. Realizou TC toraco-abdomino-pélvico que mostrava massas irregulares apicais no segmento superior do lobo inferior direito, dilatação uretero-piélvica esquerda, sendo questionada uma possível etiologia tumoral ou inflamatória. O TANN para MT da urina foi positivo, sendo o exame directo negativo. Assumida lesão renal aguda secundária a provável tuberculose urogenital, toxicidade a antibacilares e desidratação. Instituídas medidas de suporte médico e terapêutica antibacilar ajustada às disfunções, com melhoria parcial da disfunção renal. Evoluiu com pielonefrite obstrutiva alitiásica com necessidade de nefrostomia percutânea esquerda. Desde então, com evolução favorável. Dois meses após a alta, realizou cistoscopia cirúrgica, que mostrou protusão da parede vesical na zona do meato ureteral e paredes com aspecto dismórfico, cicatricial, facilmente sangrativas. Realizou biópsia, negativa para células malignas, sem granulomas, sem outras alterações.

**Discussão:** Este caso ilustra a a gravidade com que a tuberculose se pode manifestar ainda nos dias de hoje, em particular das formas extra-pulmonares. Estas são cada vez mais prevalentes, sendo o diagnóstico diferencial de outras patologias fulcral na correcta abordagem diagnóstica e terapêutica.

**Palavras-chave:** Lesão renal aguda. Tuberculose. Urogenital.

#### PO73. TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA EM IDADE PEDIÁTRICA

**M. Isabel Pereira<sup>1</sup>**, M. Trigueiro Barbosa<sup>2</sup>, C. Barata<sup>3</sup>, J.P. Boléo-Tomé<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Barreiro Montijo. <sup>3</sup>Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

**Caso clínico:** Uma criança com cinco anos, sem antecedentes pessoais relevantes, elegível para vacinação com BCG, assintomática, sem contactos conhecidos com tuberculose pulmonar (TP), apresentou prova tuberculínica e IGRA positivos. O exame objetivo e avaliação analítica eram normais, seronegativa para infecção VIH. Na radiografia de tórax, o hilo direito era assimétrico. A TC de tórax revelou adenomegalias mediastínicas calcificadas e hilares não calcificadas e lesão no lobo superior direito condicionando obstrução do brônquio segmentar anterior. A pesquisa de micobactérias no suco gástrico foi negativa. Realizou broncofibroscopia (BFO) identi-



**Figura 1.** Observa-se lesão granulomatosa na parede anterior do brônquio principal direito.



**Figura 2.** Após dois meses de terapêutica, observa-se lesão granulomatosa mais exuberante.



**Figura 3.** Lesão cicatricial após terapêutica endobrônquica.

#### Figura P073

ficando-se lesão na parede anterior do brônquio principal direito cuja biópsia revelou tecido linfóide com áreas de granuloma. A PCR para *Mycobacterium tuberculosis complex* (MTC) nas secreções brônquicas foi positiva, sem resistência à rifampicina. Iniciou terapêutica antibacilar e prednisolona. No exame cultural, isolou-se MTC multissensível. O rastreio dos contactos identificou a mãe com TP latente. Após dois meses, repetiu BFO identificando-se lesão granulomatosa mais exuberante, obstruindo quase 50% do lúmen, apesar do cumprimento da terapêutica. A pesquisa de BAAR e o exame cultural foram negativos. Cumpriu três meses de HZRE e passou a manutenção com HR. Após cinco meses de terapêutica, foi

submetida a broncoscopia rígida para excisão do granuloma. Um mês depois, observava-se mínima lesão cicatricial. A terapêutica antibacilar foi suspensa aos nove meses.

**Discussão:** A tuberculose endobrônquica é uma complicação de TP com envolvimento da árvore traqueobrônquica. Nas crianças, resulta maioritariamente da erosão da parede brônquica por adenomegália. O diagnóstico requer evidência microbiológica e histopatológica. As lesões são mais frequentes nos brônquios lobares superiores e do lobo médio. O tratamento inclui erradicação do MTC e prevenção da estenose brônquica. Quando presente, há indicação para terapêutica endobrônquica, nomeadamente dilatação com balão e/



ou ressecção com laser. Este caso evidencia o papel fundamental do Pneumologista de Intervenção no diagnóstico e na terapêutica e prevenção de complicações.

**Palavras-chave:** Tuberculose pediátrica. Tuberculose pulmonar. Tuberculose endobrônquica. Terapêutica endobrônquica.

#### PO74. TUBERCULOSE - A GRANDE IMITADORA!

**A.M. Mestre**<sup>1</sup>, J. Carvalho<sup>2</sup>, J. Ferra<sup>1</sup>, C. Guimarães<sup>1</sup>, S. Carreira<sup>2</sup>, T. Mourato<sup>2</sup>, M.C. Gomes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Egas Moniz - CHLO. <sup>2</sup>Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches.

**Introdução:** Estima-se que 25% da população mundial esteja infetada pelo *Mycobacterium tuberculosis* complex. Em Portugal, tem-se verificado uma diminuição progressiva da incidência de tuberculose, situando-se nos 16,5/100.000 habitantes em 2019.

**Caso clínico:** Mulher, 82 anos, com antecedentes relevantes de rinite alérgica e neoplasia do colon, em remissão desde 2002. Residiu vários anos na África do Sul, a viver em Portugal há 26 anos. Seguida em consulta de Pneumologia na sequência de internamento por quadro arrastado (cerca de 6 meses de evolução) de tosse não produtiva, dispneia de esforço, febre intermitente, mialgias e perda ponderal (10 kg), refratário a vários cursos de antibioterapia. Do estudo realizado no internamento, salienta-se: TC-Tórax evidenciando focos de densificação parenquimatosa à direita, de tipo organizativo (PO?/Infeção?); Broncofibroscopia com LBA com citologia e exames microbiológicos (bacteriológico, micológico e micobacteriológico) negativos; VS 60; IGRA positivo; serologia para VIH e estudo da autoimunidade negativos. Foi medicada empiricamente com piperacilina-tazobactam, com melhoria clínica, mantendo seguimento em consulta de Pneumologia. Em reavaliação, após 6 meses, encontrava-se clinicamente estável, mas apresentava alterações micronodulares com preenchimento alveolar bilaterais, com maior confluência a nível basal posterior direito. Realizou nova broncofibroscopia, que a doente não tolerou. Manteve-se em vigilância. Um ano depois, por surgimento de nódulo com 22 mm, suspenso, realizou BATT que mostrava fragmento de estroma com infiltrado inflamatório misto. Repetiu BATT que revelou lesão granulomatosa necrotizante, sugestiva de tuberculose em fase ativa, com pesquisa de BAAR negativa. Foi encaminhada para o Centro de Diagnóstico Pneumológico, tendo iniciado terapêutica antibacteriana (HRZE).

**Discussão:** A tuberculose é muitas vezes referida como a “grande imitadora”. As suas diferentes formas de apresentação, por vezes inespecíficas, particularmente em doentes imunocompetentes, pode tornar o seu diagnóstico um verdadeiro desafio. Os dados laboratoriais e imagiológicos nem sempre são suficientes, sendo nestes casos necessário um elevado grau de desconfiança e persistência na investigação diagnóstica.

**Palavras-chave:** *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberculose latente. Tuberculose Portugal.

#### PO75. QUANDO A IMUNOSSUPRESSÃO FAZ DAS SUAS!

**A.M. Mestre**<sup>1</sup>, J. Carvalho<sup>2</sup>, A. Garcia<sup>2</sup>, C. Guimarães<sup>1</sup>, S. Carreira<sup>3</sup>, M.C. Gomes<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Egas Moniz - CHLO. <sup>2</sup>Centro de Diagnóstico Pneumológico Estuário do Tejo. <sup>3</sup>Centro Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches.

**Introdução:** A Tuberculose é responsável por cerca de 1,8 milhões de mortes/ano, sendo a principal causa de morte por doença infecciosa a nível mundial. A deterioração do sistema imunitário associada a diferentes neoplasias e ao seu tratamento parece contribuir para a reativação do *Mycobacterium tuberculosis* Complex.

**Caso clínico:** Homem de 61 anos, pedreiro, com carcinoma pavimentocelular da língua inoperável (cT4N2M0), tendo realizado quimiorradioterapia com remissão completa, mas com necessidade de colocação de PEG. Em TC de tórax de follow-up oncológico, identificaram-se, de novo, múltiplas opacidades peribroncovasculares e centrilobulares bilaterais e duas consolidações (lobo superior direito e inferior esquerdo), admitindo-se etiologia inflamatória/infecciosa ou metastização. Clinicamente, referia tosse pouco produtiva e perda ponderal. A serologia VIH era negativa. Realizou broncofibroscopia com isolamento no LBA de *M. tuberculosis* sensível aos antibacterianos de primeira linha. Foi encaminhado ao Centro de Diagnóstico Pneumológico da área de residência e iniciou terapêutica antibacteriana - isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol (HRZE). Verificou-se melhoria clínica progressiva, mas resposta imagiológica lenta. Os exames micobacteriológicos da expectoração foram consecutivamente negativos. Optou-se por prolongar a terapêutica quádrupla até aos 6 meses, verificando-se resposta favorável. No total cumpriu 12 meses de tratamento (6 meses de HRZE e 6 de HR). **Discussão:** Os autores pretenderam alertar para a possibilidade de coexistência de outras patologias no doente oncológico e para o desafio que poderá constituir o diagnóstico e tratamento da tuberculose nestes casos. Salienta-se, ainda, a resposta lenta à terapêutica no caso apresentado. Permanece a questão se se deveu à extensão do quadro num doente com algum grau de imunossupressão ou se a biodisponibilidade dos antibacterianos foi condicionada pela sua administração através de PEG.

**Palavras-chave:** *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberculose e cancro. Tuberculose latente.

#### PO76. MICOBACTERIOSE ATÍPICA PLEURAL - O QUE MAIS SUSPEITAR?

**N. Faria**<sup>1</sup>, R. Quita<sup>1</sup>, H. Cruz<sup>2</sup>, M. Sucena<sup>1</sup>, M. Rocha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto. <sup>2</sup>Serviço de Microbiologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto.

**Introdução:** *Mycobacterium (M.) chelonae* é uma micobactéria não tuberculosa, classificada como de crescimento rápido. Acomete sobretudo imunocomprometidos, sendo mais comum o atingimento cutâneo e/ou de tecidos moles, seguido pelo atingimento pulmonar. A ocorrência de derrame pleural atribuível a este agente é infrequente, sendo os casos descritos na literatura habitualmente associados a atingimento concomitante do parênquima.

**Caso clínico:** Sexo masculino, 79 anos, fumador (66 UMA) e com história de adenomas do cólon ascendente, é encaminhado à consulta de Pneumologia por tosse com expectoração esbranquiçada e dor no hemitórax direito. Tomografia computadorizada (TC) tórax com derrame pleural direito, atelectasia do parênquima ipsilateral e enfisema centrilobular, sem nódulos/massas. HIV negativo. Realizada toracocentese e biópsia pleural, negativas para malignidade, mas com isolamento de *M. chelonae* no tecido e líquido pleurais. Antibiograma realizado no INSA. Nesta altura o doente iniciou claritromicina e moxifloxacina, de acordo com antibiograma. Progressivamente o doente desenvolve síndrome constitucional com perda de 10 kg em 6 meses, pelo que se procedeu a ulterior investigação etiológica com PET-scan após drenagem pleural. PET-scan revela nódulo para-hilar direito, com avidéz intensa FDG (SUV 14,5). Espessamento da pleura direita com avidéz discreta para FDG (inespecífico, potencialmente inflamatório), sem captação no derrame pleural. Assim, realizadas punções ganglionares por EBUS-TBNA, com citologia positiva para adenocarcinoma, compatível com origem pulmonar. Após discussão em consulta de grupo de tumores torácicos, iniciou radioterapia radical hipofracionada.

**Discussão:** O isolamento de *M. chelonae* em líquido pleural é raro. Após confirmação da relevância clínica do isolamento, este deve levar à exclusão de causas de imunossupressão. Em doente com

fatores de risco, a exclusão de neoplasia pulmonar deve ser exaustiva, mesmo na ausência de alterações sugestivas em TC Tórax.

**Palavras-chave:** *Micobacteriose atípica. Mycobacterium chelonae. Pleura. Líquido Pleural.*

### PO77. MYCOBACTERIUM AVIUM: UM CASO DE INFEÇÃO PULMONAR FATAL

**J. Silva**, G. Santos, M. Almeida, P. Pedro, J. Soares

*Hospital Garcia de Orta.*

**Introdução:** As micobactérias não tuberculosas (MNT), nomeadamente as do complexo *Mycobacterium avium* (MAC), são ubíquas no meio ambiente, podendo ser ingeridas através da água e alimentos. É importante distinguir infecção de colonização, pois nem todos os portadores desenvolvem doença, sendo maior a associação a doentes imunocomprometidos ou com alterações estruturais brônquicas. As MAC podem causar infecção pulmonar e/ou disseminada, sendo os padrões imagiológicos mais comuns a forma cavitada e bronquiectásica nodular.

**Caso clínico:** Homem, 88 anos, ex-fumador, hábitos etanólicos passados. Antecedentes pessoais de gastrectomia parcial e status pós-melanoma. Recorreu ao Serviço de Urgência na sequência de uma queda da própria altura. Realizou uma radiografia torácica que revelou fratura de costelas e infiltrado reticulo-nodular bilateral, e a TC-tórax apresentava padrão compatível com “Usual Interstitial Pneumonia” e no lobo médio uma lesão cavitada. O doente referia perda ponderal de 20 kg no último ano, astenia e dispneia progressiva para pequenos esforços. Negava febre, tosse, expectoração ou sudorese nocturna. Ficou internado com as hipóteses diagnósticas de tuberculose pulmonar (TBp) e neoplasia pulmonar. Ao 13º dia de internamento, o doente realizou broncofibroscopia, sem alterações significativas, com lavado-bronco-alveolar (LBA) e biópsias brônquicas (BB). Posteriormente, iniciou quadro febril (38,8 °C) associada a agravamento da insuficiência respiratória parcial com necessidade crescente de oxigenioterapia. Iniciou antibioterapia empírica com Piperacilina-Tazobactam. Detetaram-se muitos bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) na expectoração e no LBA, e PCR positiva para MNT no LBA. Deste modo, iniciou tratamento com azitromicina, rifampicina, etambutol e amicacina. Contudo, o doente faleceu ao 27º dia, tendo-se obtido o isolamento de *Mycobacterium avium*, post-mortem.

**Discussão:** A apresentação clínica heterogénea e inespecífica da infecção pulmonar por MAC pode atrasar o seu diagnóstico, devido à simulação com TBp por *Mycobacterium tuberculosis*, tornando-se num desafio clínico. O tratamento é longo e complexo, constituído por múltiplos anti-bacilares, sendo a resposta terapêutica dependente da tolerabilidade do doente, podendo nos casos mais graves, ser fatal.

**Palavras-chave:** *Micobactérias não tuberculosas. Mycobacterium avium. Lesão cavitada.*

### PO78. UM CONTEXTO RARO DE PNEUMOCISTOSE

**J. Martins**, M. Pereira, A. Araujo, C. Barbara

*CHULN.*

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, com 30 anos de idade. Quadro com cerca de 3 anos, caracterizado por aumento ponderal progressivo associado a dorsalgia e lombalgia tendo nesse contexto sido diagnosticadas várias fraturas vertebrais. Desde então, com desenvolvimento de várias comorbilidades como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial e hipercortisolismo ACTH dependente, tendo sido internado para estudo etiológico do mesmo. Durante o internamento iniciou quadro de agravamento progressivo de dispneia com insuficiência respiratória

parcial grave e posteriormente insuficiência respiratória global com necessidade crescente de oxigenoterapia e ventilação não invasiva, assim como aumento dos parâmetros analíticos de infeção. Nesse contexto foi admitido na Pneumologia. Dos exames efetuados realça-se TC-Tórax que revelou padrão em vidro despolido difuso afetando todos os andares pulmonares e consolidação de maior expressão nas bases pulmonares. Realizou broncofibroscopia diagnóstica com isolamento de *Pneumocystis jirovecii* no exame cultural das secreções brônquicas. Admitiu-se Pneumocistose em doente imunodeprimido no contexto de hipercortisolismo ACTH dependente de produção endógena em estudo. Cumpriu 21 dias de cotrimoxazol, com melhoria clínica progressiva do ponto de vista respiratório. Para estudo etiológico de hipercortisolismo realizou octreoscan e cateterismo dos seios petrosos, não tendo nenhum dos exames identificado a lesão secretora de ACTH. Por esse motivo realizou adrenalectomia bilateral por laparotomia, sem intercorrências, tendo o exame anátomo-patológico de ambas as suprarrenais mostrado hiperplasia difusa bilateral do córtex. Iniciou terapêutica de reposição com hidrocortisona com resolução progressiva do quadro de hipercortisolismo. Apresentou melhoria franca das lesões cutâneas (estrias violáceas) bem como perda significativa do peso corporal e melhoria do perfil glicémico.

**Conclusões:** Este caso realça a importância da suspeição clínica diagnóstica no contexto global do doente e mostra um caso de Pneumocistose em contexto raro de imunossupressão por produção endógena de cortisol.

**Palavras-chave:** *Pneumocistose. Hipercortisolismo. Imunodepressão.*

### PO79. COLISTINA INALADA NAS BRONQUIECTASIAS: PORQUE NEM SEMPRE A PSEUDOMONAS É CULPADA

**F. Silva**, M. Cruz, C. Pinto, A. Fernandes

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

**Introdução:** As bronquiectasias (BQ) definem-se como uma dilatação e espessamento irreversíveis da parede dos brônquios. São frequentemente colonizadas por patógenos como a *Pseudomonas aeruginosa* e *Haemophilus influenzae*. As espécies de *Acinetobacter* são comumente identificadas em contextos de infeção nosocomial, particularmente em doentes com alta pressão antibiótica. Contudo, a sua descrição nas BQ é incomum. A antibioterapia inalada com colistina foi inicialmente aprovada em casos de colonização por *P. aeruginosa*. O uso em doentes com colonização por outros patógenos é apenas considerado quando a antibioterapia oral está contraindicada, não tolerada ou é ineficaz.

**Caso clínico:** Homem de 68 anos. Seguido em consulta por doença pulmonar obstrutiva crónica e por BQ com etiologia pós-infeciosa. De setembro de 2014 a abril de 2018 apresentou 12 episódios de internamento hospitalar ou observação no serviço de urgência, por exacerbação infeciosa. Durante esse período, foram isolados microrganismos, com perfis de susceptibilidade progressivamente com maior resistência, nomeadamente, *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Pasteurella multocida*, *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus aureus* e *Burkholderia (P.) cepacia*. Ao todo, realizou 16 ciclos de antibioterapia, a maioria de largo espectro. Em abril de 2018, no último internamento, foi identificado um *Acinetobacter baumannii* multirresistente, sensível apenas a colistina, o microrganismo que mais frequentemente foi isolado nas múltiplas exacerbações. Após ciclo de antibioterapia com colistina endovenosa com melhoria clínica, iniciou colistina inalada, tendo alta para o domicílio sob a mesma. Desde então, sem novas agudizações e sem necessidade de internamento.

**Discussão:** As exacerbações em doentes com BQ potenciam o dano e diminuição da função pulmonar, diminuem a qualidade de vida e aumentam a mortalidade, sendo imperativa a sua prevenção. A colistina inalada, pela sua eficácia em microrganismos multirresisten-

tes e pelo seu perfil de segurança, pode ser, portanto, uma valiosa arma terapêutica, mesmo em doentes colonizados com patógenos que não a *Pseudomonas*.

**Palavras-chave:** Bronquiectasias. Colistina inalada. *Acinetobacter*.

## PO80. PECTUS CARINATUM: PARA ALÉM DE UM PROBLEMA ESTÉTICO

**R. Costa**<sup>1</sup>, D. Barros Coelho<sup>2</sup>, A. Amorim<sup>2</sup>, J. Maciel<sup>3</sup>, P. Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Cirurgia Cardiorácica, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, Porto. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, Porto. <sup>3</sup>Serviço de Cirurgia Cardiorácica, Hospital Santa Marta - Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa.

**Introdução:** O Pectus carinatum (PC) é uma alteração congénita da parede torácica anterior caracterizada pela protusão do esterno e/ou cartilagens adjacentes, que resultará do crescimento anómalo das cartilagens. As indicações cirúrgicas mais frequentes estão relacionadas com razões estéticas e/ou psicológicas embora queixas de dispneia e palpitações não sejam infrequentes.

**Caso clínico:** Mulher, 35 anos, não-fumadora, com múltiplas infeções respiratórias, incluindo pneumonias na base direita, seguida na consulta de Pneumologia. Do estudo realizado de salientar a existência de PC assimétrico e discretas bronquiectasias no lobo médio e lobo inferior direito. Atendendo às múltiplas exacerbações com necessidade de antibioterapia, apesar de otimização de mobilização de secreções, em doente com alteração estruturais esta foi referenciada à Cirurgia Torácica para correção cirúrgica do PC, que decorreu sem intercorrências. Nos primeiros 2 meses pós-operatórios a doente necessitou de reinternamento por exacerbação infecciosa à direita, referindo queixas álgicas em melhoria, mas que impediam uma tosse eficaz e a realização de cinesioterapia, ficando internada para antibioterapia e controlo álgico.

Teve alta para domicílio mantendo antibioterapia crónica, sem novos episódios de pneumonia ou necessidade de internamento nos 18 meses de *follow-up*.

**Discussão:** Existe pouca evidência entre correção cirurgia de PC e melhoria da função respiratória, sendo os estudos existentes heterogêneos e com baixo nível de evidência, apesar de relatos de melhoria dos sintomas respiratórios. Relativamente às infeções de repetição (embora infrequentes) a teoria é que o PC cause redução da compliance pulmonar com diminuição dos movimentos respiratórios com desenvolvimento de alterações enfisematosas e infeções de repetição. Apesar de reportarmos um único caso, este serve como alerta para abordagem do PC não apenas como um problema estético, mas com eventuais sequelas estruturais pulmonares decorrentes da deformidade torácica.

**Palavras-chave:** Pectus Carinatum. Infeções respiratórias. Cirurgia Torácica.

## PO81. COVID-19 IN FRAIL PATIENTS: CLINICAL DETERMINANTS OF IN-HOSPITAL MORTALITY

**J. Cordeiro da Costa**<sup>1,2,3</sup>, M.C. Manso<sup>4</sup>, M. Leite<sup>2,5</sup>, J. Moreira Pinto<sup>2,6,7</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, Gondomar. <sup>2</sup>FP-I3ID, Universidade Fernando Pessoa. <sup>3</sup>Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados da Saúde (ciTechCare), Politécnico de Leiria. <sup>4</sup>Faculdade de Ciências da Saúde, FP-I3ID (FP-ENAS), Universidade Fernando Pessoa. <sup>5</sup>Serviço de Medicina Interna, Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, Gondomar. <sup>6</sup>Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, Gondomar. <sup>7</sup>EPIUnit - Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto.

**Objectives:** The most consistent determinants for COVID-19 death in published reviews are ageing, male sex, hypertension, diabetes,

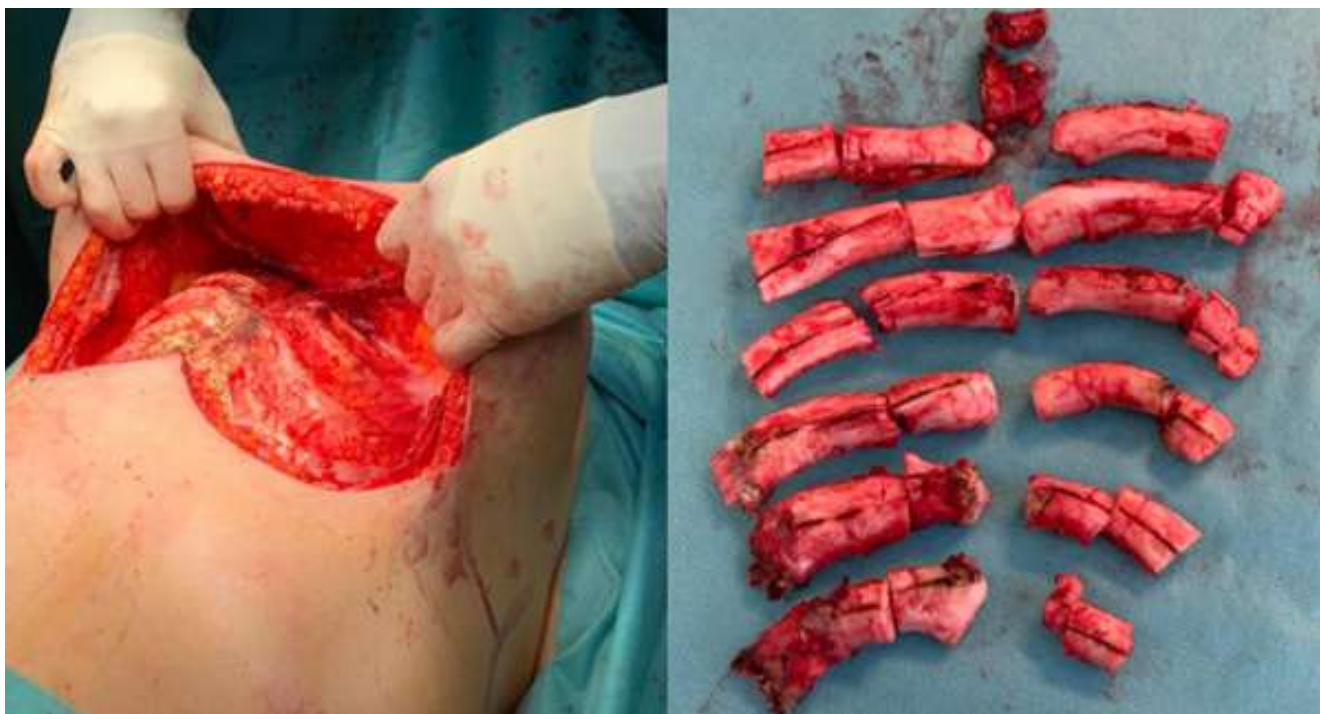


Figura PO80

cardiovascular disease, COPD and cancer. Cohorts included in the reviews are heterogenous in disease severity (include ventilated and non-ventilated patients). Our hypothesis was that frail patients may have different determinants for COVID-19 death and the main goal of our work was to identify them.

**Methods:** Retrospective cohort study with a consecutive sample of 340 COVID-19 patients without advanced life support indication (due to disease severity and/or previous performance status) referred to our institution from hospitals all over the Northern region of Portugal from 10/2020 to 03/2021. Patients were divided into survivors' group (SG) and non-survivors' group (NSG). Demographics, admission time, comorbidities, clinical manifestations, and delay time for diagnosis data were recovered. Continuous variables were described as mean (standard deviation) and categorical variables as absolute numbers (proportions). For univariable analysis we used T-Test/Chi-Square/Fisher Exact Test as appropriate ( $\alpha = 0.05$ ). Multivariable analysis was performed using logistic regression (Wald method,  $p < 0.10$  for model exclusion/ $< 0.05$  inclusion). Statistical software: IBM®SPSS® 27. The study was approved by the local Ethics Committee.

**Results:** The cohort included 340 patients (55.3% females, mean age  $80.6 \pm 11.0$ ) with a mortality rate of 19.7%. Ageing, activities of daily living (ADL) dependence, auricular fibrillation, end-stage liver disease, pneumonia and dementia were associated with mortality and dyslipidemia and obesity with survival in univariate analysis. In multivariable analysis obesity (OR = 0.31, 95%CI: 0.097-0.995) and dyslipidemia (OR = 0.35, 95%CI: 0.17-0.71) were still significantly associated with survival. Age > 86y (OR = 2.24, 95%CI: 1.09-4.61), pneumonia (OR = 3.32, 95%CI: 1.52-7.23), auricular fibrillation (OR = 2.94, 95%CI: 1.32-6.57), end-stage liver disease (OR = 15.03, 95%CI: 1.69-133.45) and ADL dependence (OR = 8.66, 95%CI: 2.94-25.50) were significantly related to mortality (ROC AUC = 85.4% ( $p < 0.0001$ )). Hypertension, diabetes, cardiovascular disease, and respiratory diseases were unrelated to mortality.

**Conclusions:** Age > 86y, auricular fibrillation, end-stage liver disease and ADL dependence are independent determinants for in-hospital mortality in frail COVID-19 patients.

**Keywords:** COVID-19. Mortality. Determinants. Frailty.

## PO82. FIBROSE QUÍSTICA - EXPERIÊNCIA DE 3 MESES DE TERAPÊUTICA COM KAFTRIO

S. Guerra<sup>1</sup>, R. Curval<sup>2</sup>, A. Amorim<sup>3,4</sup>, M. Redondo<sup>3</sup>, S. Silva<sup>2</sup>, I. Azevedo<sup>2,5,6</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

<sup>2</sup>Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João.

<sup>3</sup>Departamento de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de São João.

<sup>4</sup>Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

<sup>5</sup>Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

<sup>6</sup>EpiUnit, Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto.

**Introdução:** A terapêutica combinada ivacaftor, tezacaftor e elexacaftor (Kaftrio®) está indicada nos doentes com fibrose quística (FQ), autorizada pela Agência Europeia de Medicamentos desde 21/08/2020. Em março de 2021, três doentes seguidos no nosso Centro, com comorbilidades significativas e exacerbações frequentes, iniciaram esta terapêutica no âmbito de um Programa de Acesso Precoce.

**Casos clínicos:** Caso 1. Homem, 32 anos, FQ (delF508/G542X) diagnosticada aos 11 anos. Múltiplas bronquiectasias (BQ) císticas de predomínio nos lobos superiores (LS). Insuficiência pancreática exócrina e infeção crónica por *Staphylococcus aureus* multissensível e *Achromobacter* spp. Várias exacerbações no ano anterior. Obstrução ventilatória grave (FEV1 1,37L/35,8%). Caso 2. Mulher, 24 anos, FQ (delF508/delF508) diagnosticada aos 5 meses. BQ varicosas e císticas de predomínio nos LS, a maior com 64 mm diâmetro. Insuficiên-

cia pancreática exócrina e diabetes relacionada FQ. Infeção crónica por *Pseudomonas aeruginosa*. Várias exacerbações no ano anterior, com necessidade de internamento. Sob oxigenoterapia de deambulação. Obstrução ventilatória muito grave (FEV1 0,82L/ 30%), em lista de transplante pulmonar. História de intolerância a lumacaftor + ivacaftor. Caso 3. Adolescente, feminina, 14 anos, FQ (F508del/N1303K) diagnosticada aos 7 anos. Infeção crónica por *Pseudomonas aeruginosa*. Múltiplas BQ cilíndricas. Insuficiência pancreática exócrina e diabetes relacionada FQ. Obstrução ventilatória grave (FEV1 0,97L/47%). Síndrome nefrótica corticorresistente. Após 3 meses de tratamento, todos os casos tiveram melhoria clínica (suspensão de oxigenoterapia no caso 2), ausência de exacerbações e melhoria de qualidade de vida. Melhoria de FEV1 após 1 mês (1- 1,83L/ 46,8%; 2- 1,10L/ 40,6%; 3- 1,43L/ 72,5%). Sem efeitos laterais significativos. **Discussão:** Kaftrio® é um tratamento eficaz em doentes com FQ com pelo menos uma mutação F508del no gene regulador de condutância transmembranar de FQ (CFTR), aumentando a quantidade e o funcionamento da CFTR. Contribui de forma muito significativa para melhoria clínica, aumento de FEV1, qualidade de vida e diminuição de exacerbações.

**Palavras-chave:** Fibrose quística. Bronquiectasias. Tratamento. Kaftrio.

## PO83. DISCINÉSIA CILIAR PRIMÁRIA, CASUÍSTICA DE UM CENTRO HOSPITALAR

E. Milheiro Tinoco, A.R. Gigante, I. Sanches, R. Monteiro, I. Pascoal

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** A discinesia ciliar primária (DCP) é uma doença genética rara causada por alterações na função ciliar. No período neonatal são frequentes os relatos de intercorrências respiratórias; posteriormente caracteriza-se por tosse produtiva associada a infeções respiratórias recorrentes, rinosinusite, otites médias de repetição, bronquiectasias e infertilidade. A prevalência de sinais e sintomas pouco específicos tornam o seu diagnóstico um desafio clínico.

**Objetivos:** Descrever a população de doentes com diagnóstico de DCP.

**Métodos:** Revisão casuística dos doentes seguidos na consulta de cinesiterapia durante o ano de 2021 com o diagnóstico de DCP; foram também incluídos os doentes com elevada suspeita diagnóstica (óxido nítrico exalado (FENO) baixo e vídeo-microscopia de alta velocidade (HSVA) com alterações - segundo as ERS Guidelines 2017) a aguardar os resultados dos exames complementares. Foi realizada a descrição das características demográficas, clínicas, imagiológicas e microbiológicas ao diagnóstico, bem como dos resultados obtidos nos exames complementares realizados.

**Resultados:** Dos 12 doentes incluídos no estudo 6 (50,0%) apresentam o diagnóstico de DCP confirmado geneticamente e 6 (50,0%) têm uma alta probabilidade de DCP. Os resultados encontram-se sumarizados na tabela.

**Conclusões:** A DCP é uma doença com impacto na morbidade e mortalidade dos doentes, associando-se a um elevado número de exacerbações e a uma baixa qualidade de vida. Perante um conjunto de sinais e sintomas inespecíficos é essencial uma elevada suspeição clínica para iniciar a cascata diagnóstica. Neste grupo de doentes o diagnóstico foi realizado maioritariamente em jovens adultos, reforçando a suspeita do subdiagnóstico. Foram identificadas um total de 5 mutações diferentes, com características e evoluções clínicas distintas. Apesar de ser uma doença rara e sem tratamento é importante proceder à confirmação diagnóstica e à realização do estudo genético da DCP pelas implicações na gestão da doença bem como pelas condições a ela associadas, nomeadamente a infertilidade.

**Palavras-chave:** Discinesia ciliar primária. Função ciliar. Estudo genético.

	Discinesia Ciliar Primária – ao diagnóstico	
	12,0 (100,0)	
Sexo, masculino	4,0 (33,3)	
Idade, anos	33,3 ± 12,7	
Síndrome de Kartagener	2,0 (16,7)	
<b>Clinica</b>		
Intercorrências respiratórias no período neonatal	9,0 (75,0)	
Tosse produtiva	12,0 (100,0)	
Sinusite	8,0 (66,7)	
Otitis médias de repetição (>1/ano)	4,0 (33,3)	
Infeções respiratórias (ano anterior)	1,75 ± 1,2	
Perda de audição	7,0 (58,3)	
Infertilidade	9,0 (75,0)	
<b>Scores</b>		
Picardar score	6,1 ± 2,5	
FACED score	1,0 [0,0 – 1,0]	
BSI score	3,5 ± 2,8	
<b>Avaliação imagiológica</b>		
Bronquiectasias	12,0 (100,0)	
Nº de lobos pulmonares afetados	3,0 [2,0 – 3,0]	
Lobos pulmonares inferiores (LIE e/ ou LID e/ou LM)	7,0 (58,3)	
<b>Avaliação microbiológica</b>		
Microorganismos potencialmente patogénicos	4,0 (33,3)	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3,0 (75,0)	
<i>Haemophilus influenza</i>	2,0 (50,0)	
<b>Oxido nítrico exalado (FENO) (n=10)</b>	8,0 [5,0 – 12,5]	
<b>Video-microscopia de alta velocidade (n=12)</b>		
Frequência de batimentos ciliares (Normal = 12,75Hz; intervalo 7,0-19,0)	5,6 ± 7,3	
Padrão ciliar anormal	10,0 (83,3%)	
<b>Microscopia eletrónica de transmissão, anormal (n=2)</b>		
1,0 (50,0)		
<b>Estudo genético (n=6)</b>		
○ <b>Patogénico</b>		
Gene RSPH1, variante c.275-2A>C, status homozigótico	2,0 (33,3)	
Gene DRC1, variante c.352C>T (p.Gln118*), status homozigótico	1,0 (16,7)	
Gene LRRC6, variante c.8G>A (p.Trp3*), status homozigótico	1,0 (16,7)	
Gene DNAH5, variante c.4237C>T (p.Gln1413*), status heterozigótico	1,0 (16,7)	
○ <b>Provavelmente Patogénico</b>		
Gene CFAP298, variante 524C>A(p.Ser175*), status homozigótico	1,0 (16,7)	

Dados apresentados como n (%), média ± desvio padrão ou mediana [percentil25–percentil75].

Figura PO83

#### PO84. SAOS E CORRELAÇÃO COM PARÂMETROS DO ESTUDO DA FUNÇÃO PULMONAR

C. Cascais Costa, A. Vasconcelos, C. Valente

Hospital Infante D. Pedro, Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

**Objectivos:** Correlacionar o estudo da função pulmonar, comorbilidades e toma de fármacos psicotrópicos com parâmetros do estudo do sono em doentes com SAOS.

**Métodos:** Realizou-se um estudo descritivo e retrospectivo dos dados de utentes que realizaram polissonografia nível 3 durante o ano de 2020, com critérios de SAOS, tendo-se apurado quais os doentes que já tinham realizado provas de função respiratória. Recolheram-se dados antropométricos, variáveis do estudo do sono, parâmetros de função respiratória. Foram também obtidos dados sobre comor-

bilidades e toma de benzodiazepinas, antidepressivos e antipsicóticos. Para análise estatística utilizou-se o programa SPSS Statística versão 26®.

**Resultados:** Foram identificados 59 doentes com SAOS e estudo funcional respiratório, 62,7% eram do sexo masculino e a média de idades foi 63,25 (± 11,88). O IMC médio registado foi de 33,84 (± 7,41). 49,2% doentes tinham SAOS ligeiro e 18,6% doentes SAOS grave. Em relação às provas de função respiratória, 20,3% tinham estudo compatível com restrição, 13,6% limitação obstrutiva e 8,4% mista. 25,4% tem sinal de serra na curva inspiratória. As comorbilidades mais frequentes foram a HTA em 76,3% doentes e a DM em 22%. Verificou-se correlação negativa entre IMC e saturação de oxigénio mínima ( $\rho = -0,502$ ), positiva entre IMC e roncopatia ( $\rho = 0,299$ ). Da relação entre as PFR, verificou-se que apenas a DLCO é

que se correlaciona com saturação de oxigénio média ( $\rho = 0,551$ ). A toma de antidepressivos e de antipsicóticos, correlacionou-se com a roncopatia ( $\rho = 0,367$ ,  $\rho = 0,529$ ). A toma destes fármacos não se correlacionou com outros parâmetros do sono. Em relação à função pulmonar a toma de antidepressivos correlacionou-se com o IT ( $\rho = 0,297$ ).

**Conclusões:** Com este trabalho os autores verificaram que existem relações importantes entre o estudo da função pulmonar e do sono, no entanto, o facto de existirem fatores descritos como preditores de SAOS, não devem substituir a suspeita clínica deste diagnóstico.

**Palavras-chave:** SAOS. Provas de função respiratória. DLCO. Antidepressivos. Antipsicóticos.

## PO85. SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS: CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO DE UM CENTRO DE MEDICINA DO SONO

S. Pereira, J. Caldeira, L. Gomes, J. Moita

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Objectivos:** O síndrome das pernas inquietas (SPI) é uma patologia neurológica frequente e a sua prevalência está aumentada em doentes com síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS). Por ser uma patologia subdiagnosticada, de difícil caracterização e com sintomas pouco específicos, torna-se importante caracterizar esta patologia independentemente da presença de SAOS. Propõe-se caracterizar uma população de doentes com SPI sem SAOS.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de doentes observados no Centro de Medicina do Sono nos últimos 5 anos. SPI foi diagnosticado na presença dos critérios definidos pelo Grupo internacional de estudo de SPI (IRLSSG). Foram excluídos doentes com IAHR/RDI > 5 eventos/h.

**Resultados:** Da amostra analisada ( $n = 27$ ), 70,4% eram do sexo feminino, com média de idades de  $53,3 \pm 15,4$  anos, sendo 29,6% obesos. Foi identificada história de patologia depressiva em 48,1% da amostra e insónia em 85,2%, prevalecendo a insónia inicial. Doença cardiovascular foi reconhecida em 2 doentes com insuficiência cardíaca, 3 com arritmia e 10 com HTA. A pontuação média na escala de sonolência de Epworth foi de  $9,3 \pm 7,0$  e a média do IAHR/RDI foi de  $2,8 \pm 1,6$  eventos/h. O índice de PLMS foi de  $12,0 \pm 21,9$  e o teste SIT foi realizado em 9 doentes sendo a média deste de  $21,3 \pm 23,0$  movimentos. História familiar de SPI foi reportada em apenas 3 doentes. O tratamento farmacológico foi necessário em 16 doentes utilizando-se ropinirol ( $n = 9$ ), clonazepam ( $n = 4$ ), pregabalina ( $n = 2$ ) e rotigotina ( $n = 1$ ). No estudo analítico destacam-se valores de hemoglobina de  $12,2 \pm 2,3$  g/dL, ferro sérico de  $12,0 \pm 7,7$  µg/dL e ferritina de  $128,6 \pm 112,6$  ng/mL. Apenas 2 doentes apresentavam anemia.

**Conclusões:** Vários fatores confundidores podem estar presentes ao caracterizar doentes com SPI devido à alta prevalência de SAOS. Observa-se uma frequência elevada de PLMS, patologia depressiva, insónia e doença cardiovascular que podem estar camufladas ao analisarmos doentes com SAOS tornado o estudo independente do SPI essencial para o reconhecimento desta patologia.

**Palavras-chave:** Pernas inquietas. Depressão. Insónia. Doença cardiovascular.

## PO86. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: HAVERÁ DIFERENÇAS ENTRE SEXOS?

L.L. Ferreira, N. Fernandes, C. Nogueira, D. Ferreira, S. Conde, C. Ribeiro

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Objectivos:** A medicina personalizada é cada vez mais uma meta na prática clínica dos dias de hoje, mas pressupõe também um conhe-

cimento das diferenças interindividuais dos doentes. O objetivo deste trabalho foi identificar as diferenças entre sexos em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) sob ventilação não-invasiva (VNI).

**Métodos:** Procedeu-se a uma análise retrospectiva dos pacientes com DPOC sob VNI há  $\geq 1$  mês, seguidos em regime de ambulatório, num hospital terciário, entre julho e dezembro de 2019. Os dados de ventilação foram recolhidos do software do ventilador, os da capacidade funcional dos registos clínicos, os gasimétricos da avaliação no dia da consulta sob débito basal de oxigenoterapia e os da oximetria da avaliação no domicílio.

**Resultados:** Um total de 169 doentes foram analisados, dos quais 54 (33,8%) do sexo feminino e 85 (61,2%) do sexo masculino. Os resultados obtidos estão descritos na Tabela.

Tabela 1. Diferenças entre sexos em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica sob ventilação não-invasiva.

	Feminino	Masculino	p-value
	54 (38.8)	85 (61.2)	
Idade ao início de VNI, anos	66.5±8.4	68.1±10.7	0.358
Tempo sob VNI, meses	33.5 [12.5-59.0]	34.0 [9.0-59.5]	0.744
Tabagismo			<0.001*
Nunca fumador	38 (70.4)	8 (9.4)	
Fumador	7 (13.0)	17 (20.0)	
Ex-fumador	9 (16.7)	60 (70.6)	
Carga tabágica, UMA	25 [20-40]	48 [30-69]	0.005*
Índice de massa corporal, Kg/m <sup>2</sup>	32.3 (6.6)	30.4 (6.6)	0.098
Apneia do Sono	17 (31.5)	44 (51.8)	0.019*
Bronquiectasias	23 (42.6)	27 (31.8)	0.195
FVC, % previsto	67.2±21.2	66.1±14.3	0.747
FEV1, % previsto	43.5 [31.8-56.0]	35.0 [27.0-50.0]	0.025*
Adesão, horas	7.2±3.9	7.9±2.7	0.972
Tempo SpO <sub>2</sub> <90%, %	2.3 [0.2-18.5]	3.8 [0.0-19.2]	0.540
PaCO <sub>2</sub> atual, mmHg	49.5±6.7	48.0±5.6	0.237
HCO <sub>3</sub> atual, mmol/L	29.4±2.7	28.5±3.0	0.097
Internamentos no ano anterior	14 (25.9)	37 (43.5)	0.036*
Mortalidade a 1 ano	7 (13.0)	17 (20.0)	0.285

Resultados documentados como n (%), média ± DP ou mediana [intervalo interquartil]; \*p<0.05.

**Conclusões:** A obesidade foi um achado comum em ambos os sexos de doentes com DPOC sob VNI, mais acentuada no sexo feminino, apesar de se verificar uma maior prevalência de síndrome de apneia obstrutiva do sono no sexo masculino. Os antecedentes tabágicos, particularmente passados, foram também mais frequentes nos homens, inclusive com maior carga tabágica, o que pode justificar a sua obstrução mais grave. Contudo, mais de um quarto dos doentes não tem hábitos tabágicos, a grande maioria deles mulheres. A adesão à VNI é elevada em ambos os sexos. Os doentes do sexo masculino têm um maior número de internamentos no ano anterior, provavelmente justificado, pelo menos em parte, pela maior gravidade da DPOC.

**Palavras-chave:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Ventilação Não Invasiva. Sexo.

### PO87. AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS RESPIRATÓRIOS, SONO E EFEITOS LATERAIS DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA EM DOENTES COM DOENÇA RESTRITIVA DA CAIXA TORÁCICA - O QUESTIONÁRIO S3-NIV

L.L. Ferreira<sup>1</sup>, N. Fernandes<sup>1</sup>, P. Oliveira<sup>2</sup>, C. Nogueira<sup>1</sup>, D. Ferreira<sup>1</sup>, D. Adler<sup>3</sup>, W. Windisch<sup>4</sup>, S. Conde<sup>1</sup>, C. Ribeiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. <sup>2</sup>ISPUP-EPIUnit, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. <sup>3</sup>Division of Lung Diseases, Geneva University Hospitals. <sup>4</sup>Department of Pneumology, Cologne Merheim Hospital, Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Witten/Herdecke University, Faculty of Health/School of Medicine.

**Objectivos:** O questionário S3 para a ventilação não invasiva (S3-NIV) é uma ferramenta simples e fácil de usar na prática clínica na avaliação de doentes sob ventilação não-invasiva (VNI). O objetivo deste trabalho é avaliar o tratamento com VNI nos doentes com doença restritiva da caixa torácica (DRCT) através da aplicação do S3-NIV.

**Métodos:** O S3-NIV varia entre 0 (maior impacto da doença/tratamento) e 10 (menor impacto da doença/tratamento). Aplicou-se o S3-NIV a doentes estáveis sob VNI há  $\geq 1$  mês, seguidos em regime de ambulatório, num hospital terciário.

**Resultados:** Um total de 38 doentes com DRCT foram incluídos. A caracterização dos doentes está documentada na Tabela 1, enquanto os resultados do S3-NIV se registaram na Tabela 2.

**Tabela 1. Caracterização dos doentes com doença restritiva da caixa torácica e dos seus parâmetros de ventilação não-invasiva.**

Sexo masculino	23	(60.5)
Idade, anos	68.0	$\pm 12.7$
Índice de massa corporal, Kg/m <sup>2</sup>	25.3	$\pm 6.3$
Tempo sob VNI, meses	57.0	[19.5-82.5]
Adesão VNI, horas/dia	8.0	[6.0-9.0]
PaCO <sub>2</sub> , mmHg	45.9	(5.1)
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> , mmol/L	29.0	(3.4)
FEV1, % previsto	34.5	[28.8-49.3]
FVC, % previsto	37.5	[30.8-53.5]
IPAP, cmH <sub>2</sub> O	20.0	[17.8-23.3]
EPAP, cmH <sub>2</sub> O	6.0	[5.0-8.0]
Frequência respiratória de back-up, cpm	14	(1.1)

Resultados documentados como n (%), média  $\pm$  DP ou mediana [intervalo interquartil].

**Tabela 2. Resultados do questionário S3-NIV aos doentes com doença restritiva da caixa torácica.**

	Questionário S3-VNI – pontuação total	Dimensão "sintomas respiratórios"	Dimensão "sono e efeitos laterais da VNI"
Doença restritiva da caixa torácica	7.8 [6.6-8.9]	7.5 [5.5-9.0]	8.3 [7.1-9.2]

Resultados documentados como mediana [intervalo interquartil].

**Conclusões:** A maioria dos doentes com DRCT está sob VNI há vários anos com uma adesão elevada. As pontuações de todas as dimensões do S3-NIV são elevadas ( $\geq 7,5$ ), demonstrando que os doentes reconhecem a mais-valia subjetiva do tratamento e controlo dos efeitos

laterais, reforçando a importância da sua instituição neste grupo de doentes.

**Palavras-chave:** Doença Restritiva da Caixa Torácica. Ventilação Não Invasiva. Questionário S3-NIV.

### PO88. EVOLUÇÃO DOS DOENTES COM DOENÇA DO INTERSTÍCIO PULMONAR SOB VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

L. Lázaro Ferreira, N. Fernandes, C. Nogueira, D. Lázaro Ferreira, S. Conde, C. Ribeiro

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Objectivos:** A ventilação não invasiva (VNI) na doença do interstício pulmonar (DIP) é alvo de acesa discussão, dada a ausência de critérios estandardizados e os dados díspares de eficácia. O objetivo deste trabalho foi caracterizar os doentes com DIP sob VNI, bem como documentar a sua evolução ao longo do tempo.

**Tabela 1. Caracterização dos doentes com doença do interstício sob ventilação não invasiva.**

Sexo feminino	6	(60)
Índice de massa corporal, Kg/m <sup>2</sup>	25.7	$\pm 5.2$
Tabagismo		
Nunca fumador	7	(70)
Fumador	1	(10)
Ex-fumador	2	(20)
Carga tabágica, UMA	53.3	$\pm 33.3$
Idade à data do diagnóstico	63.3	$\pm 13.1$
Tratamento dirigido para a doença do interstício	3	(30)
Transplantados	1	(10)
Em lista de espera para transplante	3	(30)
Tempo diagnóstico-início VNI, meses	41.8	$\pm 38.7$
Tempo hipercapnia-início VNI, meses	7.5	[3.8-21.3]
Contexto de início de VNI		
Exacerbação	2	(20)
Estabilidade	8	(80)
Motivo de início de VNI		
Acidemia por acidose respiratória	2	(20)
Hipercapnia	8	(80)
FVC início VNI, % previsto	43.9	$\pm 16.1$
FEV1 início VNI, % previsto	42.7	$\pm 20.9$
Oxigenoterapia início VNI, L/min	1.5	$\pm 1.1$
PaCO <sub>2</sub> início VNI, mmHg	58.6	$\pm 3.9$
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> início VNI, mmol/L	32.7	$\pm 4.4$
Modo VNI		
S	3	(30)
ST	7	(70)
IPAP início VNI, cmH <sub>2</sub> O	18.7	$\pm 5.2$
EPAP início VNI, cmH <sub>2</sub> O	4.7	$\pm 0.8$
O <sub>2</sub> adjuvante início VNI, L/min	1.4	$\pm 1.0$
Internamentos no ano anterior	0.5	[0.0-1.0]

Resultados documentados como n (%), média  $\pm$  DP ou mediana [intervalo interquartil].

**Tabela 2. Caracterização da evolução dos doentes com doença do interstício sob ventilação não-invasiva.**

Adesão, horas	6.7	$\pm 2.1$
Tempo SpO <sub>2</sub> >90%, %	0.0	[0.0-28.0]
$\Delta$ FVC, % previsto	-3.7	$\pm 5.6$
$\Delta$ FEV1, % previsto	-5.1	$\pm 8.2$
$\Delta$ O <sub>2</sub> , L/min	+0.1	$\pm 0.8$
$\Delta$ PaCO <sub>2</sub> , mmHg	-1.9	$\pm 4.3$
$\Delta$ HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> , mmol/L	+0.5	$\pm 3.2$
$\Delta$ IPAP, mmHg	+3.1	$\pm 3.0$
$\Delta$ EPAP, mmHg	0.0	[0.0-1.1]
$\Delta$ O <sub>2</sub> adjuvante, L/min	0.0	[0.0-0.0]
$\Delta$ internamentos 1 ano	-0.3	$\pm 0.7$
Stop VNI		
Adesão precária	1	(10)
Transplante	1	(10)
Pneumomediastino	1	(10)
Óbito	4	(40)
Tempo VNI-óbito, meses	14.4	$\pm 12.7$

Resultados documentados como n (%), média  $\pm$  DP ou mediana [intervalo interquartil].

**Métodos:** Uma análise retrospectiva foi efetuada a todos os pacientes com DIP alguma vez sob VNI, seguidos em regime de ambulatório, num hospital terciário, até dezembro de 2019. Todos os pacien-

tes com DIP sob VNI por outras causas que não a DIP foram excluídos. Os dados de ventilação foram recolhidos do software do ventilador, os gasimétricos da avaliação no dia da consulta sob débito basal de oxigenoterapia e os da oximetria da avaliação no domicílio. Os restantes dados foram obtidos através dos registos clínicos.

**Resultados:** Analisaram-se um total de 10 doentes, cujos diagnósticos incluíam: DIP fibrótica inclassificável (n = 2), fibrose pulmonar idiopática (n = 1), pneumonia intersticial não específica (n = 1), fibroelastose pleuropulmonar (n = 2), pneumonite de hipersensibilidade (n = 3) e histiocitose de células de Langerhans (n = 1). A caracterização dos doentes está documentada na Tabela 1, enquanto a sua evolução sob VNI está registada na Tabela 2.

**Conclusões:** A maioria dos doentes com DIP sob VNI eram não fumadores, sem tratamento dirigido para a doença de base e não foram transplantados. A distribuição por sexo foi uniforme. A adesão à VNI deste grupo de doentes é elevada e o tempo médio de trata-

mento é de 14,4 meses, o que, associado à diminuição da PaCO<sub>2</sub> e dos internamentos, sugere benefícios da VNI nesta população.

**Palavras-chave:** Doença do Interstício Pulmonar. Ventilação Não Invasiva. Impacto.

## PO89. INÍCIO DE VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA NOS DOENTES MUITO IDOSOS

**N. Fernandes**, L. Lázaro Ferreira, C. Nogueira, D. Ferreira, S. Conde, C. Ribeiro

*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho.*

**Objectivos:** Nas guidelines atuais, a idade não é critério que condicione a decisão de iniciar ventilação domiciliária não-invasiva (VDNI). Com o aumento da sobrevida média, destaca-se a importân-

<b>Sexo</b>		
	Feminino	66,7
<b>Motivo para iniciar VNI</b>		
	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	29,2
	Overlap Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono	8,3
	Doenças Restritivas da Caixa Torácica	29,2
	Síndrome de Obesidade-Hipoventilação	20,8
	Doenças Neuromusculares	8,3
	Doenças do Interstício Pulmonar	4,2
<b>Início em contexto agudo ou em estabilidade</b>		
	Estabilidade	25,0
	Contexto agudo	75,0
<b>Acidemia</b>		
	Sim	62,5
	Não	37,5
<b>Estudo Funcional Respiratório prévio a VNI (n=20)</b>		
	FEV1, % do previsto	65,4 [54,1-72,3]
	FVC, % do previsto	70,4 [54,3-72,2]
<b>Índice de Massa Corporal Kg/m<sup>2</sup> (n=20)</b>		29,7 [24,3-35,9]
<b>Modo Ventilatório (n=22)</b>		
	Modo IVAPS	13,6
	Modo ST	77,3
	Modo S	9,1
<b>Parâmetros Ventilação</b>		
	IPAP, cmH <sub>2</sub> O	19,1 [16,0-22,0]
	EPAP, cmH <sub>2</sub> O	7,1 [6,0-8,0]
<b>Oxigenoterapia suplementar</b>		
	Sim	75,0
	Não	25,0
<b>Internamento (n=19)</b>		
	12 Meses antes de VNI	1,3 [0,0-2,0]
	12 Meses depois de VNI	0,7 [0,0-1,0]
<b>Adesão</b>		
	Sim	62,5
	Não	37,5
<b>Adesão em horas</b>		
	Total (n=24)	7,0 [4,3-9,6]
	Aderentes (n=15)	9,4 [8,0-9,9]
<b>Queixas de Efeitos Adversos</b>		
	Sim	41,7
	Não	58,3
<b>Efeitos Adversos Descritos (n=9)</b>		
	Dor/ lesões cutâneas relacionadas com a interface	22,2
	Xerostomia	33,3
	Insónia	22,2
	Claustrofobia	11,1
	Ruído do aparelho	11,1
<b>Alta</b>		20,8
<b>Em seguimento</b>		33,3
<b>Óbitos</b>		66,7

**Tabela 1:** Caracterização dos doentes que iniciaram ventilação não-invasiva com idade igual ou superior a 85 anos. Dados apresentados como n (%) ou mediana [intervalo interquartil]. VNI: ventilação não-invasiva; FEV1: volume expiratório forçado em 1 segundo; FVC: capacidade vital forçada; IPAP: pressão inspiratória positiva da via aérea; EPAP: pressão expiratória positiva da via aérea.



cia do estudo dos doentes muito idosos e da avaliação dos benefícios da implementação da VDNI nesses doentes. O objetivo deste trabalho foi caracterizar os doentes muito idosos que iniciaram VDNI, definida como uma idade igual ou superior a 85 anos, avaliar a adesão à terapêutica e relato de efeitos secundários.

**Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva dos doentes seguidos na consulta de VDNI de um hospital terciário com pelo menos um ano de seguimento, exceto os doentes que tiveram alta por má-adesão que também foram incluídos. Os dados foram obtidos através dos registos da consulta um ano após o início da VDNI.

**Resultados:** Foram incluídos no estudo 24 doentes. A idade média de início de VDNI foi de 87 anos e a idade máxima de início foi 94 anos. Dos 356 doentes seguidos, cerca de 7% começaram VDNI acima dos 85 anos. As características dos doentes estão resumidas na tabela 1. A maioria dos doentes iniciou ventilação não-invasiva em contexto agudo, por acidemia por acidose respiratória, tendo sido posteriormente referenciada para a consulta de VDNI após internamento hospitalar. O seguimento médio foi de 29 meses e a sobrevida global média foi de 34,8 meses. De modo geral, foi constatada uma adesão favorável à VDNI nesta população, com efeitos laterais minor. Observou-se ainda uma diminuição no número médio de exacerbações após a implementação de VDNI.

**Conclusões:** Assim, nos doentes muito idosos, quando justificado, parece que a idade não deverá ser um critério para não iniciar VDNI.

**Palavras-chave:** Ventilação não-invasiva. Muito idoso. Adesão.

#### PO90. TRANSMOGRIFICAÇÃO PLACENTAR PULMONAR - UMA CAUSA RARA DE ENFISEMA BOLHOSO UNILATERAL

**A. Gerardo**, H. Liberato, F. Rodrigues

*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.*

**Introdução:** A transmogrificação placentar do pulmão (TPP) é uma entidade rara e benigna, geralmente assintomática. Predomina no sexo masculino, entre os 20 e os 50 anos. Caracteriza-se histologicamente por estruturas vilosas-papilares similares ao tecido placentar (mas sem atividade funcional), rodeando o epitélio pulmonar. Imagiologicamente traduz-se por alterações progressivas de enfise-ma bolhoso, localizado e unilateral.

**Caso clínico:** Mulher de 31 anos de idade referenciada à consulta de pneumologia por queixas com um ano de evolução de tosse seca, dispneia progressiva com os esforços, toracalgia e alterações na radiografia de tórax descritas como “hipertrânsparência no hemitórax direito”. Não fumadora, sem antecedentes de relevo, nega história de exposições de risco ou consumos toxicofílicos, sem antecedentes familiares de doenças pulmonares. No exame objetivo, com hiperressonância à percussão e diminuição do murmúrio vesicular na metade superior do hemitórax direito. Níveis séricos de alfa-1 antitripsina normais. A TC tórax revelou extensa distrofia bolhosa localizada no lobo superior direito. O estudo funcional respiratório, incluindo avaliação da difusão alvéolo-capilar não revelou alterações significativas. Pelos sintomas progressivos, doença localizada e bom performance-status, foi submetida a lobectomia superior direita por VATS. A histologia da peça cirúrgica mostrou bolhas de paredes finas contendo estruturas papilares compostas por vasos sanguíneos, linfáticos e músculo liso envolvidos por estroma viloso, padrão semelhante às vilosidades coriônicas placentares, rodeadas por parênquima pulmonar normal. Após a cirurgia, verificou-se uma franca melhoria da sintomatologia, sem recorrência da doença no período de seguimento.

**Discussão:** Os autores apresentam o caso pela raridade do diagnóstico de TPP, mas que deve ser considerado na presença de patologia bolhosa localizada em indivíduos sem fatores de risco para enfise-ma. A etiologia permanece desconhecida, propostos mecanismos de alterações da proliferação linfovascular e de malformações congê-nitas. A maioria dos afetados são assintomáticos, mas podem apre-

sentar-se com tosse, dispneia ou pneumotórax. A ressecção cirúrgica é curativa e a recorrência é rara.

**Palavras-chave:** Enfise-ma bolhoso. Video assisted thoracoscopic surgery. Transmogrificação placentar do pulmão.

#### PO91. COVID-19 E SOBREINFEÇÃO BACTERIANA - A EXPERIÊNCIA DE UMA UCI

**R. Ferro**<sup>1</sup>, H. Rodrigues<sup>2</sup>, P. Falcão<sup>2</sup>, C. Teles Martins<sup>2</sup>, I. Claro<sup>2</sup>, E. Frago<sup>2</sup>, C. Cordeiro Lopes<sup>2</sup>, P. Azevedo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Tondela-Viseu. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

**Objectivos:** Avaliar a gravidade clínica da sobreinfeção bacteriana em doentes com COVID-19 internados em UCI.

**Métodos:** Caracterização retrospectiva dos doentes internados com o diagnóstico de infeção por SARS-CoV-2 numa UCI de um hospital central entre janeiro e março de 2021. O diagnóstico consistiu na deteção de RNA em exsudado nasofaríngeo ou orofaríngeo por PCR. Definiu-se sobreinfeção bacteriana como o isolamento microbiológico em hemoculturas, urocultura, amostra cultural respiratória ou deteção de antígenúrias. Analisaram-se comparativamente os doentes com e sem sobreinfeção bacteriana quanto aos dias de VMI, duração de internamento em UCI e mortalidade. Análise das variáveis pelos testes de Mann-Whitney e Qui-quadrado.

**Resultados:** Incluídos 38 doentes, 63,2% (n = 24) do sexo masculino, com idade mediana de 67,50 ± 13,12 anos, APACHE II mediano de 22,00 ± 5,88 e mortalidade global de 44,7% (n = 17). 55,3% (n = 21) dos doentes apresentaram pelo menos uma infeção bacteriana durante o internamento em UCI, maioritariamente respiratória e nosocomial. Os doentes com sobreinfeção necessitaram de mais dias de VMI (25,60 vs. 11,97, p < 0,001) e maior duração de internamento (25,19 vs. 12,47, p < 0,001). Quanto à mortalidade, verificaram-se mais óbitos nos doentes com sobreinfeção bacteriana (26,3% vs. 18,4%, p > 0,05), porém sem significância estatística.

**Conclusões:** A sobreinfeção bacteriana acarreta maior gravidade clínica nos doentes com COVID-19 pela maior duração da VMI e consequente internamento em UCI, mas sem impacto significativo na mortalidade. A literatura não apresenta resultados concordantes nesta temática, com necessidade emergente de mais estudos para melhor compreensão da doença.

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

#### PO92. REFORÇO HILAR BILATERAL, ALARGAMENTO DO MEDIASTINO E TOSSE PRODUTIVA COM 2 MESES DE EVOLUÇÃO

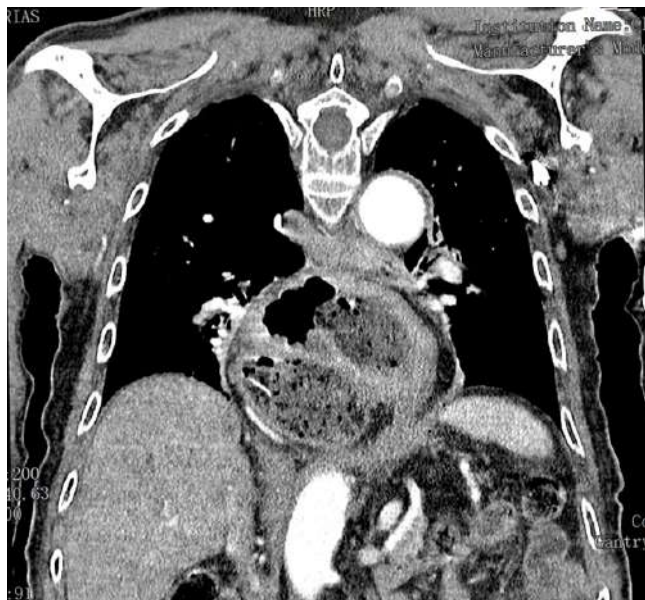
**S. Leitão Sousa**, J.L. de Medeiros

*Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada.*

**Introdução:** Tosse e dispneia são motivos frequentes de recurso ao Serviço de Urgência (SU), comumente enquadrados em patologia cardiopulmonar, contudo o leque etiológico destes sintomas é bastante abrangente, trazendo, por vezes, surpresas.

**Caso clínico:** Homem de 90 anos, previamente autónomo é trazido ao SU por quadro de tosse e expetoração esbranquiçada com dois meses de evolução, associada a anorexia, perda progressiva da autonomia e deterioração cognitiva, e dispneia desde a véspera do recurso. Segundo os familiares, realizada tomografia computadorizada torácica (TC-T) em ambulatório, com identificação de massa peri-hilar. Ao exame objetivo à admissão hemodinamicamente estável, apirético, saturação periférica de 98% sob suplementação de oxigénio a 3L/min; à auscultação pulmonar, murmúrio vesicular rude e com ruídos de transmissão. Analiticamente, leucócitos 10.910/uL; neutrófilos 8.500/uL; proteína c reativa 5,64 mg/dL, sem alterações iónicas e da função renal; na gasimetria em ar ambiente com pO<sub>2</sub>

58 mmHg, pCO<sub>2</sub> 34,6 mmHg, saturação 90%; lactatos 1,21. Na radiografia de tórax, observa-se alargamento do mediastino e reforço hilar bilateral. O doente é internado para continuação do estudo da alegada massa perihilar e controlo sintomático. Durante o internamento, foi revista a radiografia de tórax e suspeitou-se de hérnia do hiato, diagnóstico confirmado na TC-T cujo achado principal foi volumosa hérnia do hiato gastro-esofágica de natureza mista contendo praticamente todo estômago. O caso foi discutido com Cirurgia Geral, optando-se por uma estratégia conservadora com adaptação do regime dietético. Clinicamente, observou-se melhoria do quadro de tosse e dispneia com o ajuste alimentar. O doente teve alta para a Consulta Externa de Geriatria.



**Discussão:** Este é um exemplo de sintomatologia respiratória associada a patologia gastrointestinal, complicado por informação errónea sugestiva de neoplasia hilar transmitida pela família do doente, que realça a importância de manter espírito crítico face aos achados da anamnese e dos exames de imagem disponíveis.

**Palavras-chave:** Dispneia. Tosse produtiva. Anorexia. Hérnia do hiato. Alterações radiográficas.

### PO93. SOCIAL SUPPORT IN PEOPLE WITH CHRONIC RESPIRATORY DISEASES: AN EXPLORATORY STUDY

S. Almeida<sup>1,2</sup>, P. Rebelo<sup>1,2</sup>, I. Agostinho<sup>1,2</sup>, M. Gomes<sup>1,2</sup>, G. Rodrigues<sup>1,2</sup>, C. Oliveira<sup>3</sup>, V. Ferreira<sup>3</sup>, M.J. Moura<sup>3</sup>, A. Sofia Rijo<sup>3</sup>, I. Moreira<sup>3</sup>, M. Ferreira<sup>3</sup>, J. Vale<sup>4</sup>, M.A. Mendes<sup>1,5</sup>, A. Marques<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Respiratory Research and Rehabilitation Laboratory (Lab3R), School of Health Sciences, University of Aveiro. <sup>2</sup>iBiMED - Institute of Biomedicine, University Aveiro. <sup>3</sup>Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Vouga. <sup>4</sup>Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Mondego. <sup>5</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

**Objectives:** Social support influences health status and management of people with chronic respiratory diseases (CRDs), but it is largely unexplored. Thus, the aim of this study was to explore the quantity, quality and network composition of social support in people with CRDs.

**Methods:** An exploratory cross-sectional study was conducted in people with CRDs. Quantity (number of people), quality (level of satisfaction) and network composition (who provides support) of social support were assessed with the 6-item short form Social Support Questionnaire (SSQ6). For each item, participants were asked to provide two answers: i) to list all people or institutions who fit the description of the question (range: 0 to 9 people; quantity and network composition); and ii) to indicate how satisfied they were with the support these people or institutions provided (range: 1 very dissatisfied to 6 very satisfied; quality). Total score for quantity and quality was computed using the mean of the scores from the 6 items. Descriptive statistics was used, and values were presented as median, minimum and maximum or frequencies.

**Results:** Forty-eight people with CRDs (chronic obstructive pulmonary disease [COPD] n = 39, asthma n = 4, interstitial lung disease [ILD] n = 4 and lung cancer n = 1; 70 [51-84] years old, 32 [66.7%] male) were included. Participants had a median quantity and quality of social support of 1.66 [0.67-7.67] people and 6 [3.5-6] points, respectively. Their support network was mainly composed by close relatives (i.e., spouse and children) in all items of SSQ6 (Table).

**Conclusions:** People with CRDs seem to have low quantity of social support but perceive it as high quality. The network composition of social support seems to lack support from the community (e.g., neighbours and/or institutions) in this population.

**Keywords:** Social support questionnaire. Community support. Respiratory diseases.

Tabela PO93

Frequency of social support network composition of people with chronic respiratory diseases (n = 48)

	Spouse	Son/Daughter	Parents	Other family	Friends	Neighbour	Institutional support	Employer
Distract you from your worries	32 [1]	17 [1-4]	0	12 [1-9]	6 [1-3]	0	0	0
Help you relax	29 [1]	16 [1-4]	0	5 [1-3]	8 [1-3]	1 [1]	1 [1]	0
Accept you totally	38 [1]	24 [1-4]	1 [1]	13 [1-9]	6 [1-3]	0	0	0
Care about you	37 [1]	23 [1-4]	1 [1]	9 [1-6]	4 [1-3]	1 [1]	0	0
Help you when you feel down	31 [1]	22 [1-4]	3 [1-2]	7 [1-6]	8 [1-3]	0	0	0
Console you when you are upset	32 [1]	19 [1-4]	2 [1]	8 [1-6]	3 [1-2]	0	0	1 [1]

Note - Results are presented as: number of participants who reported to have support from these people [minimum and maximum number of people that provide support, reported by participants]

#### PO94. “APÓS A TUBERCULOSE... A SARCOIDOSE”: RELATO DE CASO

**C. Cascais Costa<sup>1</sup>**, E. Seixas<sup>1</sup>, P.G. Ferreira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Infante D. Pedro, Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

<sup>2</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução:** A sarcoidose é uma doença multissistémica granulomatosa não necrotizante. A tuberculose é, por sua vez, a causa mais frequente de granulomas mundialmente. Fisiopatologicamente, há estudos que suportam que num subgrupo de casos de sarcoidose a persistência da enzima micobacteriana catalase-peroxidase é um alvo da resposta imune adaptativa que pode originar a inflamação granulomatosa.

**Caso clínico:** Os autores apresentam um caso de uma mulher, 29 anos, diabética tipo 1 e com um historial de tuberculose pulmonar 5 anos antes. A doente iniciou quadro de tosse subaguda, desconforto torácico anterior, acompanhadas por febre vespertina, intermitente, nas últimas 6 semanas, com hipersudorese noturna. Referia ainda lesões cutâneas sugestivas de eritema nodoso, poliartralgias de ritmo inflamatório e fadiga moderada (FAS 26). Analiticamente salientava-se a presença de uma anemia normocrômica normocítica com elevação de parâmetros inflamatórios. Estudo autoimune e doseamento de enzima conversora de angiotensina normais. A TC torácica de alta resolução confirmou a presença de micronodulação de distribuição peri-linfática e adenopatias mediastino-hilares bilaterais. Apesar de existir uma suspeita de sarcoidose com um formato clínico de “síndrome de Lofgren”, o historial prévio de tuberculose pulmonar implicou a realização de broncoscopia flexível. O LBA demonstrou uma linfocitose de 36% com um ratio CD4/CD8 de 19. O estudo microbiológico invasivo foi negativo. As biópsias brônquicas iterativas, as biópsias pulmonares transbrônquicas e biópsia aspirativa ganglionar por TBNA convencional demonstraram presença de granulomas epitelioides não necrotizantes e lesões de vasculite granulomatosa. Por diagnóstico de sarcoidose com envolvimento pulmonar em Scadding modificado 2, com sintomas apreciáveis e impacto relevante na função pulmonar foi iniciada corticoterapia sistémica com prednisolona 40 mg/dia durante 6 semanas e regressão lenta para dose de manutenção.

**Discussão:** Apesar do diagnóstico de síndrome de Lofgren ser uma situação de elevada especificidade para sarcoidose aguda, a existência de uma história recente de micobacteriose justifica a procura por uma maior certeza diagnóstica.

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

#### PO95. NÓDULOS PULMONARES BILATERAIS - A PROPÓSITO DE UM CASO DE LEIOMIOMATOSE BENIGNA METASTIZANTE

**A. Gerardo**, H. Liberato, F. Rodrigues

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

**Introdução:** Os leiomiomas uterinos são os tumores benignos de células musculares lisas e são os tumores ginecológicos mais comuns em mulheres na pré-menopausa. Os leiomiomas benignos metastizantes (LBM) são entidades raras que se caracterizam por tumores de músculo liso extra-uterino e em mais de 90% dos casos ocorrem após histerectomia por leiomiomas. As metástases pulmonares são as mais frequentemente reportadas, maioritariamente assintomáticas e achados acidentais em exames de rotina.

**Caso clínico:** Sexo feminino, 44 anos. Referenciada para esclarecimento de nódulos pulmonares diagnosticados em radiografia do tórax de rotina. Antecedentes de histerectomia há 8 anos, por leiomioma uterino. O TC tórax revelou múltiplos nódulos pulmonares periféricos, bilaterais, com predomínio nos lobos inferiores. Sem adenopatias mediastínicas ou hilares. Testes funcionais respiratórios: FVC 94%, FEV1 88%, volumes pulmonares normais, DLCO/VA

72%. Punção pulmonar transbrônquica inconclusiva. Submetida a resseção de um dos nódulos por VATS. Estudo anatomopatológico revelou proliferação de células musculares lisas, formando nódulos com inclusões epiteliais. A imunohistoquímica revelou positividade para a-actina, vimentina, recetores de estrogénios e progesterona, concordantes com o diagnóstico de LMB. Por ausência de sintomatologia ou complicações, mantém-se em vigilância, com lesões estáveis aos 12 meses.

**Discussão:** O LMB é uma entidade rara que afeta habitualmente mulheres com história de histerectomia por miomas uterinos. A hipótese de LBM deve ser considerada no diagnóstico diferencial de mulheres que apresentam múltiplos nódulos pulmonares pauci-sintomáticos. O mecanismo mais provável será a deslocação mecânica e metastização hematogénea de tumores uterinos benignos pré-existentes no decorrer de histerectomia. A presença de recetores de estrogénio e progesterona levaram a terapêuticas baseadas na manipulação hormonal. Em alguns casos, a resseção cirúrgica de massas grandes e/ou ooforectomia pode estar indicada. Os LBM têm um curso indolente e um prognóstico favorável. As lesões tendem a estabilizar e em alguns casos há regressão espontânea do tumor durante a gravidez e após a menopausa.

**Palavras-chave:** Nódulos pulmonares. Leiomioma benigno metastizante. Video-assisted thoracoscopic surgery.

#### PO96. PATOLOGIA RESPIRATÓRIA E EXPOSIÇÕES OCUPACIONAIS NA INDÚSTRIA DA CORTIÇA - UMA REVISÃO

**M. Coelho**, A. Santos, L. Silva, M. Pereira, D. Melo, L. Pires, A.P. Sardo, F. Mautempo

Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

**Objectivos:** A Suberose constitui a patologia do interstício mais prevalente no norte de Portugal. É uma doença ocupacional que afeta quase exclusivamente os trabalhadores da indústria corticeira, e que se associa à exposição a determinados fungos presentes na cortiça. A exposição aos fungos da cortiça não constitui, no entanto, o único fator de risco para o desenvolvimento de doença respiratória a que os trabalhadores desta indústria estão sujeitos. Assim, dependendo das tarefas realizadas, o trabalhador pode estar exposto a diversos agentes ocupacionais. É o caso da exposição aos isocianatos, usados na produção de rolhas aglomeradas e de compósitos de cortiça, associados ao desenvolvimento de asma ocupacional, sendo a sua principal causa na maioria dos países industrializados. A consideração dessas exposições possibilita a tomada de eventuais medidas corretivas no local de trabalho, com benefícios a nível do controlo dessas patologias. Este trabalho tem como objetivo a revisão da literatura que associe o desenvolvimento de patologias respiratórias em trabalhadores da indústria da cortiça com a exposição a agentes presentes no local de trabalho.

**Métodos:** Realizou-se uma pesquisa nas bases de dados Pubmed e Google Scholar, dos artigos publicados entre 2000 e 2021, utilizando os termos “Cortiça” e: “Suberose”, “Asma”, “DPOC”, “Isocianatos”, “Respiratória”. A pesquisa incluiu igualmente os termos em inglês.

**Resultados:** Da pesquisa efetuada, 11 artigos corresponderam ao objetivo proposto. À parte da suberose, a asma e a bronquite crónica foram as patologias estudadas em relação com a atividade laboral no setor da cortiça. No entanto, estes trabalhos procuraram uma associação entre estas patologias e a exposição a fungos e poeiras, não tendo sido encontrados estudos a considerar outras exposições, comuns no setor da cortiça, como é o caso dos isocianatos.

**Conclusões:** Conclui-se que exposições ocupacionais relevantes no setor da cortiça não são geralmente consideradas em estudos que abordam a patologia respiratória em trabalhadores deste setor.

**Palavras-chave:** Patologia respiratória. Indústria da cortiça. Exposição ocupacional.

**PO97. HIPEREOSINOFILIA: À DESCOBERTA DO CULPADO****M. Melo Cruz**, A.F. Silva, T. Gomes*Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro.*

**Introdução:** A granulomatose eosinofílica com poliangeíte (GEPA) é uma vasculite dos pequenos e médios vasos, rara, associada à presença de asma, eosinofilia periférica e inflamação granulomatosa necrotizante. As manifestações típicas da doença ocorrem frequentemente como entidades únicas, tornando o diagnóstico da GEPA desafiador.

**Caso clínico:** Sexo masculino, 47 anos, não fumador. Antecedentes de nefrectomia direita. Sintomas de tosse produtiva e obstrução nasal com um ano de evolução, associada a perda ponderal de 10 Kg. Fez espirometria que foi normal. Por agravamento da tosse e por dispneia foi admitido em internamento. Analiticamente apresentava eosinofilia periférica marcada (5.540 u/L) e VS aumentada (36 mm/1<sup>ah</sup>), TC torácica com evidência de bronquiectasias cilíndricas. Iniciada corticoterapia sistêmica na dose de 1 mg/Kg, com melhoria da eosinofilia e da tosse. Do estudo analítico complementar de destacar a presença de c-ANCA positiva, com anti-MPO positivo (168). Realizou LBA com contagem celular normal e TC seios perinasais com achados sugestivos de polipose naso-sinusal bilateral com pansinusopatia inflamatória crônica associada. Realizada biópsia de pólipos nasal, com evidência de leve infiltrado inflamatório polimorfo. Assumido o diagnóstico de GEPA e o doente teve alta sob corticoterapia (40 mg prednisolona/dia, com posterior redução para 20 mg/dia). Cinco meses após a alta, novo internamento por agravamento da dispneia e tosse. Objetivado agravamento funcional respiratório (alteração ventilatória obstrutiva moderadamente grave com prova de broncodilatação positiva), com melhoria das queixas após incremento de dose de prednisolona para 40 mg/dia. Por agravamento das queixas com a diminuição da dose de corticosteróides foi iniciada terapêutica imunossupressora com azatioprina. Atualmente o doente encontra-se medicado com azatioprina 100 mg/dia e prednisolona 25 mg/dia, sem novas agudizações.

**Discussão:** A GEPA exige algum grau de suspeição para o seu diagnóstico, podendo ser difícil de diferenciar de outras doenças eosinofílicas. Na presença de eosinofilia periférica exuberante associada a sintomas respiratórios esta hipótese diagnóstica deve ser considerada.

**Palavras-chave:** *Granulomatose eosinofílica com poliangeíte. Asma. Eosinofilia.*

**PO98. ESTENOSE TRAQUEAL: UMA COMPLICAÇÃO PÓS ENTUBAÇÃO POR COVID-19****M. Melo Cruz**<sup>1</sup>, A.F. Silva<sup>1</sup>, I. Rodrigues<sup>1</sup>, R. Rodrigues<sup>1</sup>, A. Loureiro<sup>1</sup>, J. Miranda<sup>2</sup>, J. Rei<sup>2</sup>, A. Fernandes<sup>1</sup><sup>1</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** A estenose traqueal pós-entubação é uma complicação relativamente rara, mas com consequências importantes. As opções terapêuticas incluem a dilatação endoscópica, colocação de prótese, ressecção com laser e ressecção cirúrgica com anastomose.

**Caso clínico:** Mulher de 74 anos, recorreu ao serviço de urgência com queixas de dispneia para pequenos esforços, tosse produtiva e pieira, com um mês de evolução e de agravamento progressivo. Esteve internada, 2 meses antes, em unidade de cuidados intensivos por pneumonia a COVID-19, com necessidade de ventilação mecânica invasiva durante cerca de 2 semanas. Ao exame objetivo, encontrava-se polipneica e com estridor. A TC torácica evidenciou estenose subglótica em anel, com densificações cicatriciais nas bases pulmonares. Realizada broncofibroscopia, observando-se estenose traqueal subglótica de ~90% do lúmen traqueal, a cerca de 3 cm das cordas vocais, com colapso dinâmico com a tosse. Realizou

broncoscopia rígida, sendo realizada dilatação com balão que permitiu obter patência de 60% do lúmen traqueal. Iniciada corticoterapia sistêmica e CPAP noturno. Cerca de 3 semanas depois, a doente foi observada em consulta, apresentando agravamento franco dos sintomas, com dispneia para mínimos esforços e estridor. Realizada nova avaliação endoscópica, observando-se redução do lúmen traqueal em 90%, com dificuldade na dilatação. Após discussão com a cirurgia torácica, a doente foi intervencionada, com ressecção traqueal com anastomose topo a topo. Atualmente a doente encontra-se estável, tendo suspenso CPAP e medicada com corticoterapia em baixa dose, com broncofibroscopia de reavaliação 1 mês após cirurgia a evidenciar patência traqueal adequada.

**Estenose Traqueal**

**Discussão:** A incidência da estenose traqueal pós-entubação tem diminuído significativamente nos últimos anos, com a utilização de tubos endotraqueais com *cuffs* de alto volume e baixa pressão. A melhor abordagem para a sua resolução deverá ser decidida caso a caso, e apesar do risco de recorrência no local da anastomose, a ressecção cirúrgica poderá ser a melhor solução terapêutica para alguns doentes.

**Palavras-chave:** *Estenose traqueal. Ventilação mecânica invasiva. COVID-19.*

**PO99. CIRURGIA PULMONAR POR ABORDAGEM SUBXIFOIDEIA: 1º CASO NO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO****R. Costa**<sup>1</sup>, P. Ferreira<sup>2</sup>, N. Melo<sup>2</sup>, P. Fernandes<sup>1</sup><sup>1</sup>Serviço de Cirurgia Cardior torácica, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, Porto. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, Porto,.

**Introdução:** A generalização de técnicas minimamente invasivas tem revolucionado as abordagens em Cirurgia Torácica, nomeadamente no Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ). A cirurgia torácica assistida por vídeo (VATS) é uma técnica menos dolorosa, com menor tempo de internamento e resultados oncológicos sobreponíveis à toracotomia. A VATS foi implementada no CHUSJ inicialmente para procedimentos menos complexos; em 2017 iniciou-se o projeto de lobectomias para neoplasias primárias do pulmão, sendo atualmente a VATS unipolar transtorácica a abordagem preferencial em cirurgias torácicas no CHUSJ.

**Caso clínico:** Homem, 35 anos, obeso, ex-fumador, referenciado à consulta de Pneumologia por suspeita radiológica de Pneumonia Intersticial Inespecífica (NSIP), sem doença autoimune associada. Foi proposta criobiópsia pulmonar transbrônquica que não foi exe-

quível devido à dificuldade ventilatória associada a esta técnica (“jet ventilation”) num doente com obesidade mórbida. No contexto de toracalgia de novo e evidência de eversão da apófise xifóide, foi avaliado por Cirurgia Torácica e inscrito para intervenção cirúrgica. Foi proposta biópsia pulmonar no mesmo tempo cirúrgico, sendo o doente submetido a exérese do apêndice xifoide e ressecção atípica do lobo médio e lobo inferior direito por VATS uniportal subxifóide. No internamento manteve-se assintomático sem necessidade de escalada da terapêutica analgésica, tendo alta ao segundo dia pós-operatório sem complicações. A histologia confirmou a suspeita inicial de NSIP.

**Discussão:** A abordagem VATS subxifóide apresenta menor dor pós-operatória quando comparada com VATS transtorácica tanto em patologia benigna como oncológica sem prejuízo dos resultados cirúrgicos; o facto da incisão subxifóide evitar a compressão neurogénica por manipulação do espaço intercostal pode explicar a menor incidência de queixas algicas pós-operatórias. O primeiro caso de uma nova abordagem cirúrgica bem-sucedida motiva-nos a que casos mais complexos tecnicamente sejam abordados por esta via.

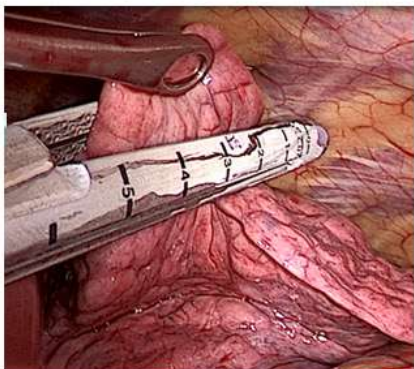
**Palavras-chave:** Cirurgia Torácica. VATS. Subxifoide.



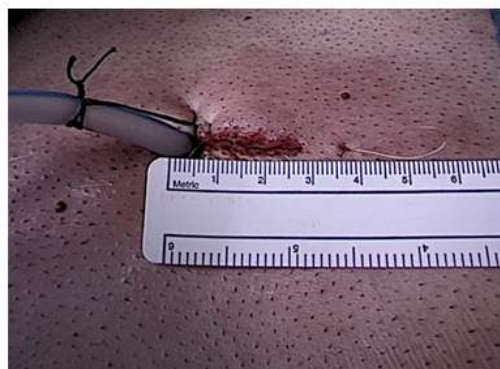
TAC com padrão radiológico NSIP



Marcação do apêndice xifoide



Ressecção atípica lobo médio com endoGria de sutura automática

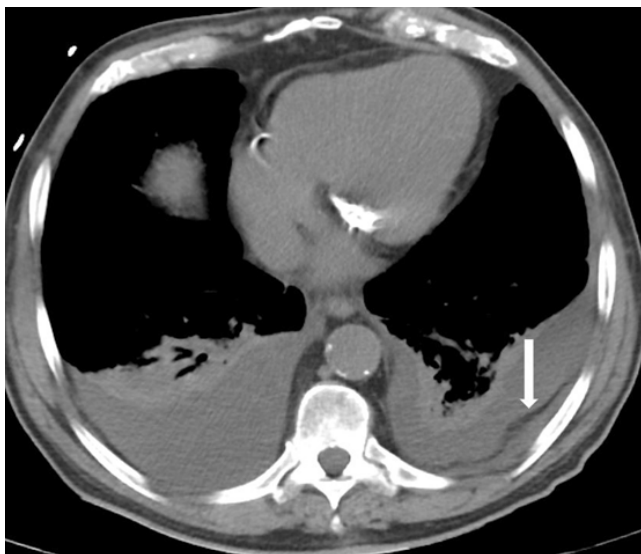


Colocação de dreno e encerramento ferida operatória

**PO100. BEYOND PLEURA: EXTRAPLEURAL FAT SIGN****R. Queiroz Rodrigues<sup>1</sup>**, A.C. Silva<sup>2</sup><sup>1</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. <sup>2</sup>ULSM - Hospital Pedro Hispano.

**Introduction:** The extrapleural space (EPS) is located between the thoracic cage and the parietal pleura and includes the extrapleural fat (with intercostal nerves and vessels), the endothoracic fascia, and the musculi intercostales intimi. On CT assessment, EPS is poorly defined, but when it is medially disjunct, it is useful in distinguishing between intrathoracic or extrathoracic locations of a lesion. An extrapleural collection/mass produces the appearance of a fat streak, reflecting inward displacement of extrapleural fat and parietal pleura - "extrapleural fat sign".

**Case report:** 82-year-old male with diabetes, hypertension, dyslipidemia, cerebrovascular disease, and recent ischemic heart disease was admitted to the intensive care unit for cholangitis and type 2 myocardial infarction. He was treated with a loading dose of aspirin and clopidogrel (now just with aspirin). At admission, he presented with important hepatic analytic changes, with an international normalized ratio (INR) of 1.5. Abdominal CT was performed to reevaluate cholangitis. Included inferior thoracic tomograms showed bilateral pleural effusion and de novo small, slightly convex fluid collection that pushed the extrapleural fat layer forward and had higher spontaneous attenuation than pleural fluid.



**Discussion:** The most common cause of this sign is an extrapleural hematoma, usually due to chest trauma, and it can mimic a hemothorax. However, spontaneous hematoma may occur in cases of coagulopathy. Identifying the location of a fluid collection in the extrapleural space is extremely important to differentiate between hematoma/hemothorax, once they have different management, avoiding incorrect treatment with a chest tube. In this case, based on the presence of the extrapleural fat sign, the features of fluid collection, and its shape, a venous spontaneous extrapleural hematoma was assumed in an ICU patient with coagulopathy, with no effect on blood haemoglobin. He was treated with phytonadione for INR stabilization. No invasive procedure was required and the hematoma regressed spontaneously with conservative treatment.

**Keywords:** Extrapleural collection. Hematoma. Pleura. Extrapleural fat sign.

**PO101. PROVAS FUNCIONAIS RESPIRATÓRIAS EM PANDEMIA: A PERSPECTIVA DO DOENTE****M. Carvalho Silva<sup>1</sup>**, I. Ladeira<sup>2</sup>, R. Lima<sup>2</sup>, M. Guimarães<sup>2</sup><sup>1</sup>Hospital de Braga. <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia Espinho.

**Objetivos:** As provas funcionais respiratórias (PFR) geram aerossóis, podendo disseminar partículas virais. Representam um risco de infecção cruzada entre doentes e profissionais, apesar do cumprimento das recomendações de diversas sociedades científicas relativas ao SARS-CoV-2.

**Métodos:** Conhecer os receios sentidos pelos doentes durante a realização das PFR durante a pandemia SARS-CoV-2.

**Resultados:** A amostra foi composta por 103 doentes com idade média de 60,6 anos. Verificou-se um predomínio do género masculino (59%), do 1º ciclo do ensino básico (45%), sendo que 84% já tinham realizado PFR, 89% não tinham sido infetados pelo SARS-CoV-2 e 66% não estavam vacinados para o SARS-CoV-2. Observamos que 90% dos doentes negaram receio em realizar PFR à admissão. Após o procedimento, 64% destes mantiveram a opinião, enquanto 33% manifestaram diminuição do receio, expressando confiança e segurança com as medidas implementadas. No grupo que manifestou receio à admissão (10%), os fatores condicionadores foram a necessidade de retirar a máscara, colocar a boca no equipamento, estar num espaço fechado e a presença de outros doentes na sala de espera. Metade manteve a opinião após as provas e os restantes referiram diminuição do receio. A análise comparativa entre estes dois grupos de doentes não demonstrou diferenças significativas em relação às variáveis analisadas e não se observou associação entre nenhuma das características estudadas e o receio de realizar PFR. **Conclusões:** A realização de PFR durante a pandemia SARS-CoV-2 constituiu uma experiência única e individual, condicionada não só pelos antecedentes clínicos, mas também pelas convicções, valores e condição social e económica, refletindo a subjetividade na forma como cada pessoa enfrenta esta pandemia.

**Palavras-chave:** Provas funcionais. Respiratórias. SARS-CoV-2.

**PO102. HEMOTISES NO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR - DESAFIOS AO TRATAMENTO.****F. Silva**, M. Cruz, C. Pinto, A. Fernandes

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

**Introdução:** Sabe-se que a COVID19 potencia um estado de hipercoagulabilidade, aumentando o risco de eventos trombóticos, como tromboembolismo pulmonar (TEP). A associação do TEP com a patologia neoplásica, por sua vez, está bem estabelecida. Nestas situações, segue-se as recomendações internacionais para tratamento de TEP, o que, por vezes pode constituir um desafio, como se descreve nos dois casos.

**Caso clínico:** 1º caso: Mulher de 67 anos, fumadora, com neoplasia hipervasculizada hilar direita. Diagnosticada com TEP e hipocoagulada com edoxabano. Admitida por hemoptises de moderado volume e insuficiência respiratória. Realizou novo AngioTC tórax que mostrou progressão do TEP, apesar da hipocoagulação. Instituído ácido aminocaprílico concomitantemente, com doseamento Anti-Xa para titulação da dosagem. Apesar das medidas instituídas, apresentou agravamento progressivo da insuficiência respiratória, culminando com falecimento. 2º caso: Homem de 68 anos, internado por hemoptises de pequeno volume no contexto de bronquiectasias infectadas. Por infecção por SARS-CoV-2 adquirida em contexto hospitalar e agravamento da dificuldade respiratória realizou AngioTC tórax que mostrava TEP agudo na artéria segmentar posterior do LID, iniciando hipocoagulação com enoxaparina 1 mg/kg 2 x dia. Apresentou melhoria clínica, com alta sob enoxaparina, devido ao risco de coagulopatia pela infecção ativa a SARS-CoV-2.

Regressa 2 dias depois, com hemoptises ameaçadoras de vida, com necessidade de entubação, suspendendo a hipocoagulação. Após estabilização e por identificação em TC de um ramo do tronco braquicefálico tortuoso como possível origem das hemoptises, realiza arteriografia com vista à embolização, acabando por falecer durante o procedimento.

**Discussão:** A abordagem simultânea de hemoptises e TEP é desafiante. Com a anticoagulação, tenta-se prevenir a progressão do TEP, aumentando o risco hemorrágico com desenvolvimento de hemoptises, especialmente em doentes com fatores de risco (neoplasia brônquica e bronquiectasias). Os 2 casos apresentaram um desfecho desfavorável, demonstrando a dificuldade da sua abordagem e a necessidade de investigação adicional com o intuito de aperfeiçoar as recomendações actuais.

**Palavras-chave:** Tromboembolismo pulmonar. Hemoptises. Cancro. COVID19.

### PO103. CONTRIBUTO DA PNEUMOLOGIA NA AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR DE DOENTES CIRÚRGICOS INTEGRADOS EM PROGRAMA ERAS®

**C. Custódio,** J. Branco, L. Gomes, S. Rodrigues, J. Oliveira, M. Manso, S. Clemente, S. Furtado, R. Maio

Hospital Beatriz Ângelo.

**Objectivos:** O Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) é um programa baseado na evidência que visa a redução de complicações,

tempo de internamento e, em última análise, custos após cirurgias não minor. A incidência de complicações pulmonares pós-operatórias é de 2-40%, podendo ser reduzida em 41% com a implementação da abordagem holística e multidisciplinar deste programa. O diagnóstico de doenças respiratórias e/ou a sua otimização terapêutica contribuem para reduzir o risco cirúrgico. O objetivo deste trabalho é avaliar o contributo da Pneumologia na deteção e/ou otimização terapêutica de doenças respiratórias no período pré-operatório de cirurgias abdominais não minor.

**Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo que incluiu os doentes integrados no programa ERAS® do Hospital Beatriz Ângelo, entre janeiro de 2020 e março de 2021.

**Resultados:** Foram avaliados 98 doentes, com média etária de  $69,4 \pm 12,2$  anos. A maioria era do género masculino (61,2%). Destes, 12,2% eram fumadores e 34,7% ex-fumadores. A maioria dos doentes era candidata a cirurgia colorretal (50%), seguido de cirurgia hepática (20,4%), pancreática (15,3%), urológica (12,2%) e colorretal + hepática (2%). Dezanove doentes (19,4%) apresentavam diagnóstico conhecido de doença respiratória, destacando-se a síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS), asma brônquica e interstitial lung abnormalities (ILA). Foi reajustada a terapêutica quando necessário. Em 21 doentes (21,4%), foi detetada patologia respiratória de novo, nomeadamente a SAOS/síndrome de obesidade-hipoventilação, ILA, doença pulmonar obstrutiva crónica, bronquiectasias e asma brônquica, tendo-se instituído a terapêutica adequada. Cerca de 30,6% (n = 30) apresentaram complicações pós-operatórias, destacando-se 4,1% com complicações pulmonares (n = 4). A taxa de mortalidade foi 5,1% (n = 5), um por complicações respiratórias.

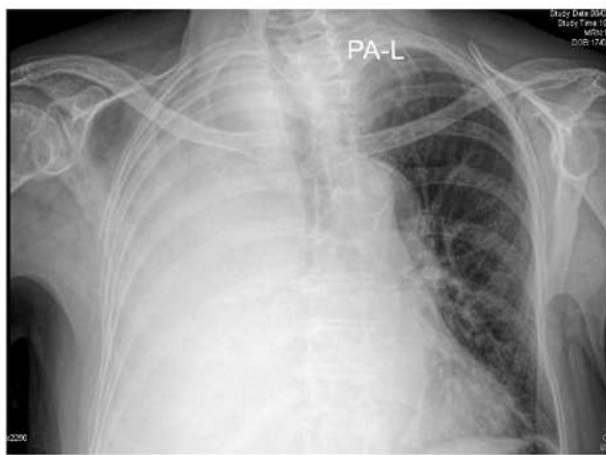


Fig. 1 - Chest radiography on admission



Fig. 2 - Diffuse enlargement of the thyroid gland, with an intrathoracic goiter, in CT Scan



Fig. 3 - Chest drain with chylous leak



Fig. 4 - Resolution of pleural effusion

**Conclusões:** A prevalência de doença respiratória nestes doentes é elevada (40,8%), tendo esta sido diagnosticada na avaliação pré-operatória em cerca de metade destes casos. Estes dados sugerem a pertinência de um papel ativo da Pneumologia na avaliação e minimização do risco cirúrgico de cirurgias abdominais não minor.

**Palavras-chave:** ERAS. Patologia respiratória. Complicações pós-operatórias.

#### PO104. CHYLOTHORAX ASSOCIATED TO RETROSTERNAL GOITER

**D. Amorim<sup>1</sup>**, S. Silva<sup>1</sup>, A.C. Ferreira<sup>1</sup>, M. Canotilho<sup>1</sup>, R. Silva<sup>2</sup>, S. Feijó<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Leiria. <sup>2</sup>Unidade de Nutrição e Dietética, Centro Hospitalar de Leiria.

**Introduction:** Chylothorax is an accumulation of chyle in the pleural space due to interruption of the thoracic duct drainage or its tributaries, for compression or lesion. It can have multiple etiologies. In association with thyroid disease, it is frequently described after thyroid surgery (iatrogenic), but it is rarely described in association with substernal goiters.

**Case report:** A 87-year-old woman, with a history of hyperthyroidism under treatment (methimazole), went to the emergency room with a 2-week history of worsening shortness of breath. On physical examination she had hypoxemia (PaO<sub>2</sub> 57 mmHg), a visible goiter and decreased breathing sounds in the right lung. Chest radiography showed an increased opacity in almost the entire right lung (fig. 1). Chest computed tomography (CT) confirmed a pleural effusion on the right and showed a diffuse enlargement of the thyroid gland with an intrathoracic goiter (fig. 2). A thoracotomy was performed and showed a milky turbid pleural fluid (fig. 3) and, therefore, a chest drain was placed. Gram stain and culture was negative and no malignant cells were identified. Chylous leak was confirmed with elevated triglycerides (546 mg/dL) and lymphocyte-predominant cells. There was no history of trauma or signs of neoplasia, so chylothorax was assumed in the context of extrinsic compression of lymphatic channels by goiter. The patient underwent a specific diet (high-protein low-fat diet, supplemented with MCT oil), that helped prevent pleural effusion relapse and some weeks later she was submitted to thyroidectomy. The patient no longer has shortness of breath and until now (4 months later) no recurrence of chylothorax (fig. 4).

**Discussion:** Compromise of lymphatic thoracic drainage can be caused by intrathoracic goiter. Although such cases are very uncommon, awareness of this entity is important due to possibility of resolution by surgical treatment.

**Keywords:** Chylothorax. Goiter. lymphatic thoracic drainage.

#### PO105. CORTICOTERAPIA NA COVID-19 - PROBLEMA OU SOLUÇÃO?

**K. Lopes<sup>1</sup>**, M. Silva<sup>1</sup>, S. Gomes<sup>1</sup>, A. Ramos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Barreiro Montijo. <sup>2</sup>Hospital de Cascais Dr. José de Almeida.

**Objectivos:** Avaliar se a corticoterapia em doentes COVID-19 está associada a maior risco de sobreinfecção. Objectivos secundários: avaliação da necessidade de ventilação invasiva (VMI), tempo de internamento, taxa de mortalidade.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos indivíduos com COVID-19 observados na UCI do Hospital de Cascais e medicados com corticoterapia (dexametasona 6 mg/dia). Comparação com grupo controlo de indivíduos em que não foi usada corticoterapia na abordagem terapêutica. Análise estatística através de teste t independente, Mann-Whitney e qui quadrado (IBM SPSS statistics v25).

**Resultados:** Foram analisados 32 doentes sob corticoterapia, 24 do sexo masculino (75%) com idade média 62,0 ± 13,05 anos, sem diferenças estatisticamente significativas face ao grupo controlo (n = 24). O índice de Charlson no grupo sob corticoterapia (mediana = 2,50; AIQ 4-1) não diferiu significativamente do grupo controlo (mediana = 3; AIQ 4-1,25) (p = 0,448). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos índices de gravidade Apache II (p = 0,345) e SAPS II (p = 0,072) entre os grupos. Apesar de se identificarem mais infeções bacterianas confirmadas (com isolamento microbiológico) no grupo sob corticoterapia (34,4% vs. 29,2%), esta diferença não foi significativa (p = 0,680). O uso de corticoterapia associou-se a diminuição da necessidade de VMI ( $\chi^2 = 15,805$ ; p < 0,001), sendo o risco de VMI 2,5x maior no grupo sem corticoterapia (RR 2,545; IC95% 1,541-4,205). Verificou-se um tempo de internamento (dias) significativamente menor no grupo sob corticoterapia (mediana = 5,50 (AIQ = 13,75-3) vs. 14 (AIQ = 20,75-7); p = 0,025). Neste estudo, a mortalidade foi semelhante entre grupos (21,9% vs. 29,2%; p = 0,533).

	Grupo CT (n=32)	Grupo sem CT (n=24)	p value
Gênero masculino – n (%)	24 (75%)	14 (58,3%)	0,186
Idade (anos) – média ± DP	62,00 ± 13,05	62,96 ± 11,26	0,774
Índice Charlson – mediana (AIQ)	2,5 (3)	3 (2,75)	0,448
Índice gravidade – mediana (AIQ)			
Apache II	15,5 (5,5)	16 (15,5)	0,345
SAPS II	33 (16,25)	46 (17,75)	0,072
Dias COVID até admissão UCI – mediana (AIQ)	9 (3,75)	8 (3)	0,179
VMI – n (%)	11 (34,4%)	21 (87,5%)	<0,001
<b>Infeção confirmada (com isolamento) – n (%)</b>	<b>11 (34,4%)</b>	<b>7 (29,2%)</b>	<b>0,680</b>
Tempo internamento – mediana (AIQ)	5,50 (10,75)	14 (13,75)	0,025
Mortalidade – n (%)	7 (21,9%)	7 (29,2%)	0,533

**Conclusões:** Apesar do receio quanto ao efeito imunossupressor da corticoterapia, neste estudo e na dose protocolada de dexametasona 6 mg/dia, não foi identificada significância estatística relativamente à sobreinfecção. Ao invés disso, verificamos uma diminuição da necessidade de VMI e uma diminuição significativa do nº dias de internamento nos doentes sob corticoterapia. Face aos resultados deste estudo, consideramos que os benefícios do uso de corticoterapia na COVID-19 poderão superar os riscos de sobreinfecção que lhe possam ser associados.

**Palavras-chave:** COVID. Corticoterapia. Sobreinfecção.

#### PO106. COMPLICAÇÃO SUB-AGUDA DE COVID-19

**M. Pinto**, F. Canedo, I. Duarte, J. Rodrigues, A. Magalhães, A.S. Santos, J. Cardoso

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

**Introdução:** A infeção pelo vírus SARS-CoV-2 afeta principalmente os pulmões e pode provocar sequelas graves como a fibrose pulmonar. Esta distorção da normal arquitetura do parênquima pulmonar deixa-o suscetível à ocorrência de complicações, como a que se descreve de seguida.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 67 anos, com antecedentes conhecidos de hipertensão arterial. Tinha sido diagnosticado com COVID-19 sete dias antes, inicialmente com sintomas ligeiros. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre, agravamento da tosse, dispneia e toracalgia pleurítica bilateral. Do estudo realizado, obteve-se o diagnóstico de pneumonia viral bilateral com hipoxemia, pelo que ficou internado. Por evolução para falência respiratória no 11º dia de internamento, foi transferido para Unidade de Cuidados Intensivos e submetido a entubação orotraqueal e ventilação invasiva durante 13 dias. Após este



período, foi possível o desmame ventilatório e nova transferência para enfermaria. Dois dias depois, verificou-se início súbito de dispnéia, toracalgia pleurítica esquerda e novo agravamento de hipoxemia. A radiografia de tórax mostrou a ocorrência de um volumoso pneumotórax espontâneo secundário à esquerda. Foi colocado dreno torácico, e só após alguns dias sob aspiração ativa se conseguiu obter expansão pulmonar completa, presumivelmente devido às sequelas fibróticas extensas visíveis nos exames de imagem. Foi possível a remoção do dreno torácico e, após reabilitação respiratória intensiva, o desmame de oxigenoterapia até ar ambiente.

**Discussão:** O pneumotórax é uma potencial complicação da infecção por SARS-CoV-1 e MERS-CoV, e também tem sido descrito na COVID-19, ocorrendo em 1% dos doentes hospitalizados (sob ventilação invasiva ou não). Este caso mostra que o pneumotórax pode ocorrer não só durante a fase aguda da infecção por SARS-CoV-2 como de forma secundária às suas sequelas, prolongando o internamento e aumentando a morbidade, ainda que, segundo a evidência existente na literatura, não pareça aumentar a taxa de mortalidade desta patologia.

**Palavras-chave:** COVID-19. Sequelas fibróticas. Pneumotórax.

#### PO107. IMAGEM DE TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA PULMONAR NO SEGUIMENTO DE DOENTES PÓS COVID-19 E SUA INFLUÊNCIA NA DOSE DE RADIAÇÃO

M.M. Ribeiro<sup>1</sup>, M. Aragão Andrade<sup>1,2</sup>, L. Guedes Dias<sup>2</sup>, G. Saldanha<sup>3</sup>, A. Nuno Gonçalves<sup>3</sup>, J. Carrapiço<sup>3</sup>, J.M. Lopes<sup>3</sup>, M.T. Tomás<sup>1</sup>, A. Matos<sup>2</sup>, L. Serôdio<sup>2</sup>, C. Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa e Centro de Investigação em Saúde e Tecnologia. <sup>2</sup>Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa. <sup>3</sup>Hospital Garcia de Orta.

**Objectivos:** Segundo o Colégio Americano de Radiologia, para a Tomografia Computorizada (TC) pulmonar aplicada na suspeita de infecção por COVID-19 é recomendável uma adequação das variáveis de aquisição de imagem (protocolo), os quais determinam a dose de radiação ionizante recebida pelo doente por cada exame. Não é possível prever com exatidão quantas TC(S) o doente necessita efetuar durante, e no Pós-COVID-19. A Agência Internacional de Energia Atômica verificou grande variação de protocolos, dentro e entre diferentes países e muitos doentes realizam várias TC(s) multifásica. O objetivo foi analisar, atendendo à problemática, se os departamentos de Imagiologia adequaram os seus protocolos de rotina.

**Métodos:** Foram aleatoriamente selecionados 5 protocolos de TC Tóraco-Pulmonar de doentes COVID-19 em 4 departamentos de Imagiologia. As variáveis analisadas foram Espessura-de-corte, Pitch, kV, mA, Tempo de rotação e Incremento, as quais condicionam o CTDIvol e o DLP. Foram calculados os valores das doses efetiva e acumulada para cada protocolo. Aplicou-se o teste de Mann-Whitney na comparação dos valores de DLP e CTDIvol e compararam-se os descritores de dose (teste de Kruskal-Wallis) do protocolo que revelou inferior dose efetiva, com os restantes 3 protocolos.

**Resultados:** Verificou-se não existirem diferenças significativas entre os 5 protocolos dos 4 departamentos de Imagiologia, ( $p = 0,406$ ) na avaliação da dose efetiva medida em (mSv), no entanto, verificou-se que o menor valor foi obtido no departamento B com (2,94 mSv) e o maior valor no departamento C com (6,68 mSv). As diferenças entre o protocolo que apresentou menor dose efetiva e os restantes, não foram estatisticamente significativas.

**Conclusões:** As elevadas diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas relativamente aos descritores de dose de cada protocolo. Comparativamente com os anteriores, os diferentes departamentos de Imagiologia adequaram os protocolos de TC pulmonar para doentes COVID19, no entanto, existe lugar para uma otimização mais rigorosa e adaptada a esta nova situação clínica.

**Palavras-chave:** Imagiologia Pulmonar. Tomografia Computorizada torácica. Protocolos de Imagem. SARS-CoV-2.

#### PO108. UMA LINHA TÊNUE ENTRE TUBERCULOSE E SARCOIDOSE

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

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

**Introdução:** As doenças granulomatosas são um grupo heterogéneo de doenças que apresentam um amplo espectro de patologias. A tuberculose (TB) e a sarcoidose são ambas doenças granulomatosas, mas com etiologia e evolução clínica diferentes.

**Caso clínico:** Homem, 29 anos, natural da Índia, a residir em Portugal há 1 ano, fumador, admitido no serviço de urgência (SU) por vômitos e dor abdominal, com distensão abdominal ao exame objetivo. Realizou uma tomografia computadorizada (TC) abdominal que evidenciou obstrução intestinal, tendo sido submetido a uma laparotomia exploradora. Foram identificados múltiplos implantes peritoneais sugestivos de doença granulomatosa, que foram biopsados. Posteriormente, o resultado das biópsias revelou a presença de granulomas sem necrose central, sugestivos de sarcoidose; a bacilosopia, o exame cultural e o teste de polymerase chain reaction (PCR) para deteção de *Mycobacterium tuberculosis* (MT) foram negativos. Por apresentar queixas de tosse mucopurulenta, dispnéia, febre e perda de peso, realizou uma TC de tórax que evidenciou micronódulos centrilobulares, associados a padrão "tree in bud" e derrame pleural bilateral. Foi submetido a uma toracocentese diagnóstica, cujo líquido pleural era característico de exsudato (critérios de Light), com predomínio de células mononucleares. Foram ainda colhidas duas amostras de expetoração, que se revelaram positivas à bacilosopia, ao exame cultural, bem como ao teste de PCR para MT. Iniciou tratamento antibacilar com melhoria clínica, analítica e imagiológica.

**Discussão:** O diagnóstico diferencial entre tuberculose e sarcoidose pode configurar um desafio para os clínicos, uma vez que ambas podem afetar os mesmos órgãos e conduzir ao desenvolvimento de granulomas. A TB caracteriza-se tipicamente por granulomas caseosos, enquanto que a sarcoidose por granulomas não caseosos. Confirmar ou excluir o diagnóstico de tuberculose é essencial, sobretudo quando se considera a instituição de tratamento na sarcoidose, visto que os corticoides são o tratamento de 1ª linha, de forma a prevenir a propagação da doença e reduzir a morbimortalidade.

**Palavras-chave:** Doenças granulomatosas. Tuberculose. Sarcoidose.

#### PO109. COVID-19 NO PERÍODO PÓS-TRANSPLANTAÇÃO PULMONAR

J. Pinto, C. Damas

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

**Introdução:** Os doentes transplantados de órgãos sólidos têm risco aumentado para infecção por SARS-CoV-2 devido à terapêutica imunossupressora, acrescida de outros fatores de risco descritos na população geral. Contudo, a literatura relativa à COVID-19 no período pós-transplante é escassa, especialmente nos transplantados pulmonares.

**Caso clínico:** Homem, 50 anos, com diagnóstico de fibrose quística aos 3 meses de idade (delF508/R334W) e doença renal crónica secundária a amiloidose AA, tendo sido submetido a transplante bi-pulmonar e renal em 2008. O doente manteve estabilidade clínica com enxertos normofuncionantes, sob terapêutica imunossupressora tripla - tacrolimus, micofenolato de mofetil (MMF) e prednisolone

na. A 16/01/2021, início de febre e mialgias, tendo-se confirmado infecção por SARS-CoV-2. Nessa data, suspensão MMF e aumentada dose de prednisona para 20 mg/dia. Ao 10º dia de doença, recorre ao serviço de urgência por recrudescência da febre, astenia e dispneia de novo para médios esforços. Gasometria arterial em ar ambiente com  $paO_2$  63 mmHg. Analiticamente com linfopenia 340 células/mm<sup>3</sup>, PCR 177 mg/L e procalcitonina 0,18 ng/mL. TC torácica documentou um padrão de crazy-paving com atingimento difuso e multilobar. Admitido em internamento com O<sub>2</sub> suplementar a 4 L/min e iniciada terapêutica com dexametasona e piperacilina/tazobactam. Apresentou agravamento sintomático e da insuficiência respiratória hipoxêmica (rácio P/F 160). Instituída oxigenoterapia nasal de alto fluxo (fiO<sub>2</sub> 50% e fluxo 50 L/min) e transferência para Unidade de Cuidados Intensivos. Evolução clínica favorável, permitindo a titulação do aporte de O<sub>2</sub> e transferência para a enfermaria após 7 dias. Em consulta de reavaliação após 3 meses, sem necessidade de O<sub>2</sub> suplementar, sem evidência de declínio funcional e TC torácica a demonstrar resolução praticamente completa das áreas em vidro despolido.

**Discussão:** A COVID-19 apresenta cursos variáveis nos transplantados pulmonares. Este caso clínico é concordante com as coortes descritas, nas quais se observou risco acrescido de desenvolver doença grave, mas que não se refletiu na mortalidade. Ajuste da imunossupressão é recomendado.

**Palavras-chave:** Transplante pulmonar. COVID-19. Imunossupressão.

## PO110. SEQUESTRO PULMONAR. UM ACHADO NO ADULTO

**R. Fernandes, I. Luz, R. Costa**

*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.*

**Introdução:** O sequestro pulmonar (SP) é uma malformação broncopulmonar rara, representando 1 a 6% de todas as anomalias pulmonares congênitas. Definido por uma massa de tecido pulmonar não funcionante, que recebe a sua vascularização arterial da circulação sistêmica, encontra-se isolado do restante parênquima pulmonar, sem aparente comunicação com a normal árvore traqueobronquial.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de um homem de 61 anos, que foi admitido no nosso hospital por colecistite aguda litíase. Durante o estudo pré-operatório, realizou TC abdomino-pélvica que evidenciou imagem compatível com sequestro pulmonar. Este, localizado ao nível do lobo inferior do pulmão direito, apresentava múltiplas bronquiectasias varicosas com níveis hidroaéreos, e uma extensa vascularização sistêmica, com origem num ramo da artéria coronária estomacal. Após colecistectomia por via laparoscópica, foi referenciado à pneumologia. Tratava-se de um homem com antecedentes de hipertensão arterial e doença de refluxo gastro-esofágico. Não fumador, sem história de febre ou sintomas respiratórios. Ao exame objetivo não eram perceptíveis quaisquer alterações. Laboratorialmente destacava-se apenas PCR de 5,74 mg/dL. Apesar da parca sintomatologia, a investigação foi complementada com videobroncofibroscopia. Esta, não mostrou alterações endoscópi-

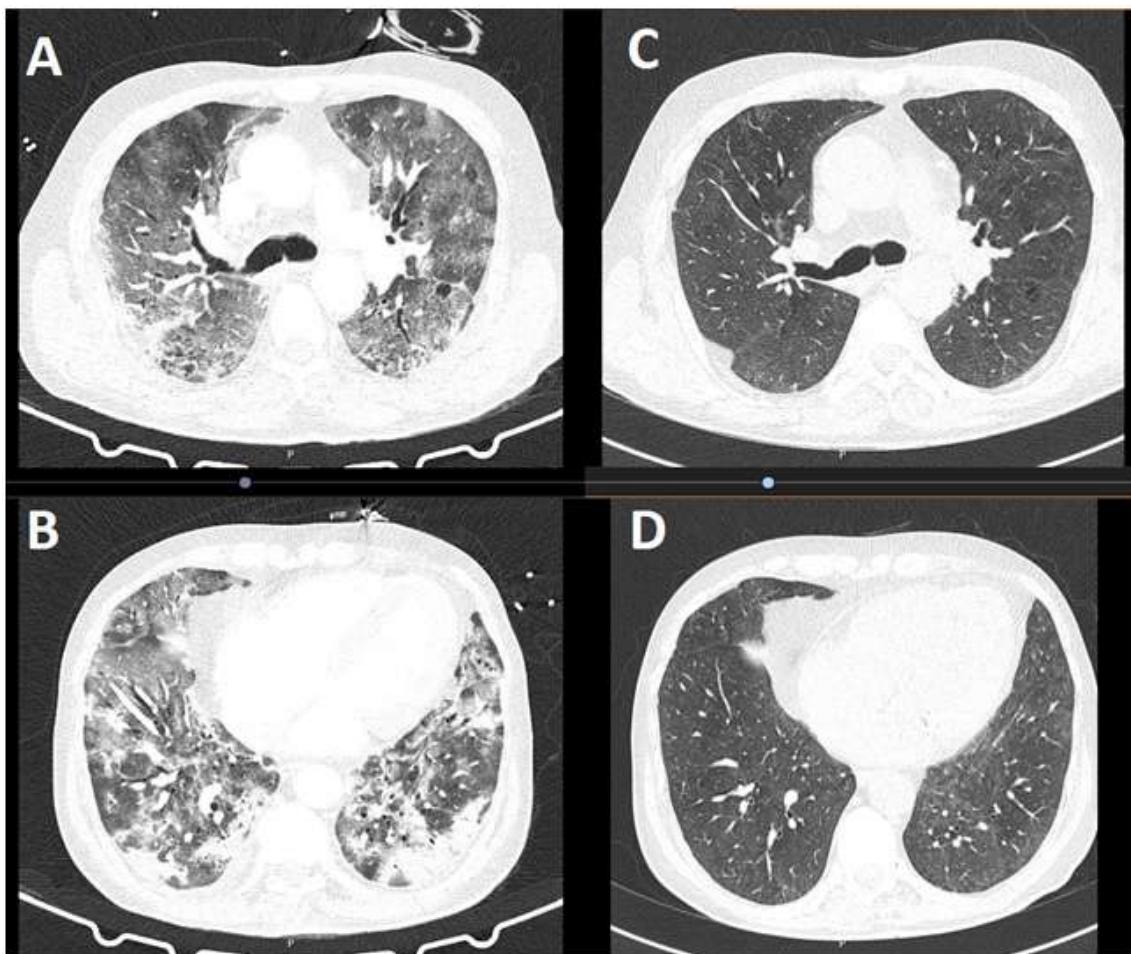
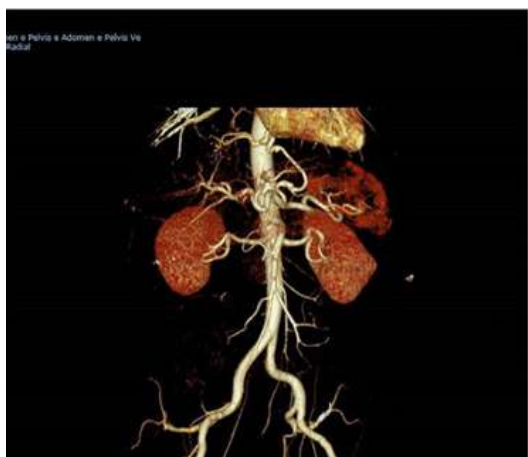
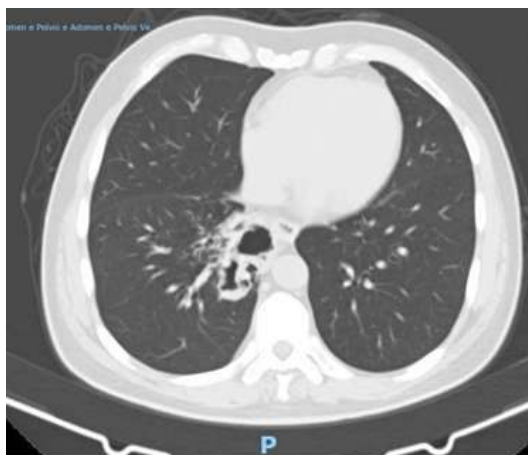


Figura PO109

cas, e a análise anatomopatológica e microbiológica das secreções brônquicas foi negativa. De modo a estimar o impacto funcional, realizou estudo pletismográfico, que se revelou normal em relação aos parâmetros avaliados. O caso foi enviado à Cirurgia Torácica para discussão de uma possível abordagem cirúrgica.



**Discussão:** Apesar de raro após os 50 anos, o SP pode ser diagnosticado em qualquer grupo etário. Em cerca de 30% dos casos o diagnóstico é acidental, não se acompanhando, em metade dos adultos,

de sintomatologia relevante. Dada a escassez de dados nesta população, a história natural e o tratamento ideal permanecem em debate. A ressecção cirúrgica, considerada também em assintomáticos, deve ter em conta a apresentação clínica, o risco de complicações cirúrgicas e as preferências pessoais do paciente.

**Palavras-chave:** sequestro pulmonar. adulto. assintomático.

### PO111. UMA COMPLICAÇÃO RARA DA VACINA DA COVID-19

**M.J. Araújo**, D. Pimenta, M. Silva, D. Rodrigues, A.L. Vieira, L. Ferreira

*Hospital de Braga.*

**Introdução:** A vacinação contra a COVID-19 tem-se mostrado eficaz e segura, no entanto, e como em todas as terapêuticas, existe um risco de eventos adversos. A maioria deles são ligeiros, mas em raros casos podem ocorrer complicações graves. As pneumonias organizativas (OP), apesar de bastante raras, estão descritas após a vacina da gripe.

**Caso clínico:** Homem de 49 anos, com astenia, anorexia, dispneia e tosse produtiva uma semana após a toma da 2ª dose da vacina da Astrazeneca®, com agravamento progressivo ao longo de 3 semanas. Foi medicado com antibioterapia e uma semana depois recorreu ao serviço de urgência por apresentar agravamento clínico, tendo sido objetivada uma insuficiência respiratória (IR) hipoxémica grave. Realizou um TAC-tórax que mostrou infiltrados em vidro despolido dispersos, consolidações extensas nos lobos inferiores e TEP subsegmentar. Iniciou antibioterapia com levofloxacina e foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos. Nos primeiros dias de internamento apresentou agravamento da IR, com necessidade de VNI e FiO<sub>2</sub> de 90%. Não houve isolamentos microbiológicos e a pesquisa de vírus respiratórios foi negativa. No 7º dia de internamento, pela ausência de melhoria clínica, foi levantada a hipótese de OP e iniciou-se corticoterapia (prednisolona 1 mg/kg), não se tendo realizado lavado broncoalveolar pela gravidade clínica. O doente apresentou uma rápida melhoria clínica, com suspensão da VNI ao 5º dia de tratamento e redução rápida das necessidades de O<sub>2</sub> suplementar. Radiologicamente apresentou também melhoria dos infiltrados pulmonares.

**Discussão:** Apesar de não haver confirmação histologia, dada a evolução clínica, a ausência de isolamentos microbiológicos e a excelente resposta à corticoterapia, assumiu-se o diagnóstico de OP que, pela relação temporal e ausência de outras possíveis etiologias, se considerou como provável complicação da vacina da COVID-19. A descrição deste caso tem o objetivo de alertar os clínicos para a possibilidade deste tipo de complicações com a vacina.

**Palavras-chave:** Vacina. COVID-19. Pneumonia organizativa.

### PO112. NEM TUDO É ASMA

**R. Branquinho Pinheiro**<sup>1</sup>, J. Nascimento<sup>2</sup>, J. Cardoso<sup>2</sup>, F. Freitas<sup>2</sup>, P. Monteiro<sup>2</sup>, C. Bárbara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Central do Funchal/Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

**Introdução:** A asma brônquica é uma doença obstrutiva das vias aéreas. Na avaliação funcional, a espirometria apresenta habitualmente um padrão obstrutivo, contudo é necessário pensar em diagnósticos alternativos. A avaliação da curva débito-volume é útil na distinção de obstrução da via aérea alta e baixa. A não observação dos gráficos e a leitura apenas numérica da espirometria, pode levar a conclusões erradas.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 27 anos de idade, grávida de oito meses, sem antecedentes médicos ou cirúrgicos relevantes prévios à gestação, com quadro de dispneia

de agravamento progressivo com dois meses de evolução. Foram realizados múltiplos exames de diagnóstico, entre eles espirometria, tendo sido estabelecido o diagnóstico de asma e iniciou terapêutica broncodilatadora. Apesar da terapêutica, manteve dispneia para esforços progressivamente menores com ruído inspiratório no esforço e decúbito. Por agravamento do quadro recorreu ao serviço de urgência onde à observação pela Otorrinolaringologia apresentava estenose subglótica com redução significativa do lúmen. Realizou broncofibroscopia rígida, observando-se estenose subglótica com lúmen reduzido a cerca de 40%, com boa resposta à dilatação. À observação da espirometria previamente realizada, a curva débito-volume era sugestiva de obstrução fixa. Em seguimento atual em consulta para estudo etiológico.

**Conclusões:** A avaliação da curva débito-volume na leitura de uma espirometria, principalmente na presença de sintomatologia não específica, é útil na diferenciação da localização e tipo de obstrução da via aérea. O atraso no diagnóstico de uma estenose subglótica pode diminuir a probabilidade de sucesso do tratamento.

**Palavras-chave:** Estenose subglótica. Asma. Espirometria.

### PO113. INFEÇÃO RESPIRATÓRIA RECORRENTE - UM CASO DE ASPERGILOSE PULMONAR

F. Silva Pinto<sup>1</sup>, R. Assis Ribeiro<sup>2</sup>, H. Moreira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de São Francisco Xavier. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

**Introdução:** A Aspergilose é uma doença provocada por uma de várias espécies de fungos dimórficos do grupo dos *Aspergillus*. Dentro deste grupo, o mais comum é o *Aspergillus fumigatus*. A aspergilose manifesta-se com um espectro de uma doença que envolve

predominantemente as vias aéreas, os pulmões ou ambos. Historicamente os indivíduos com maior risco para infeções invasivas são aqueles altamente imunocomprometidos.

**Caso clínico:** Mulher de 81 anos, leucodérmica, com antecedentes de uma DPOC de etiologia tabágica que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por história de febre (40,5 °C), tosse seca, cefaleia e hipertensão arterial (HTA). Na avaliação analítica inicial apresentava um aumento dos parâmetros inflamatórios com insuficiência respiratória parcial e hiperlactacidemia. Assumiu-se uma Pneumonia Adquirida na Comunidade e realizou empiricamente um ciclo de antibioterapia com ceftriaxone. Durante o internamento manteve picos febris esporádicos com difícil desmame de oxigénoterapia. Realizada TC-tórax que apresentava alterações sequestrares no lobo superior direito. Realizou broncofibroscopia, tendo tido alta com melhoria clínica a aguardar resultados. Por recorrência de clínica de febre com tosse com expectoração esverdeada e dispneia 3 dias depois, retornou ao Serviço de Urgência, tendo sido admitida uma infeção respiratória nosocomial, tendo iniciado empiricamente piperacilina/tazobactam. Aquando do 2º internamento verificou-se um isolamento de *Aspergillus fumigatus* species complex no lavado broncoalveolar e secreções brônquicas, tendo-se adicionado à terapêutica Voriconazol ev, com melhoria clínica franca e resolução do quadro após início de terapêutica com voriconazol.

**Conclusões:** Os autores pretendem com este caso mostrar como casos de infeções respiratórias podem, por vezes, ter uma causa facilmente identificável e curável. Pretendem ainda dar a conhecer a importância de ter em consideração outras etiologias no caso de suspeita de uma infeção respiratória.

**Palavras-chave:** Aspergilose pulmonar. Infeção respiratória. DPOC.