



## E-POSTERS DISCUSSION

### XXIX Congresso de Pneumologia do Norte

Porto, 24 a 26 de Março de 2022

#### 29397. PATOLOGIA INTERSTICIAL SECUNDÁRIA A DOENÇAS DO TECIDO CONJUNTIVO COM COMPORTAMENTO “FIBRÓTICO PROGRESSIVO”: ESTUDO DE PREVALÊNCIA NUM HOSPITAL DISTRITAL

C. Cascais Costa<sup>1</sup>, M. Ferreira<sup>1</sup>, P. Serra<sup>1</sup>, I. Cunha<sup>1</sup>, R. Aguiar<sup>1</sup>, P.G. Ferreira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Baixo Vouga. <sup>2</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução e objetivos:** Investigar a prevalência de doentes com Doenças Tecido Conjuntivo (DTC) fibróticas que cumprem critérios de progressão nos 24 meses anteriores, utilizando os critérios do ensaio INBUILD.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de doentes com diagnósticos de DPI-DTC fibrótica com características progressivas seguidos numa consulta dedicada de patologia intersticial pulmonar de um hospital distrital.

**Resultados:** Foram identificados 54 doentes com DTC avaliados na consulta de Patologia do Interstício. Cerca de 56,9% (n = 29) consistiam em casos considerados de doença intersticial com um componente fibrótico (DPI-DTC), com pelo menos 12 meses de seguimento e naíves de terapêutica com agente antifibrótico. Dos 29 doentes com DPI-DTC, 7 cumpriram critérios de progressão: 85,7% por apresentarem um declínio relativo de FVC  $\geq 10\%$ ; 14% por apresentarem um declínio relativo de 5-9% de FVC e sintomas agravados ou progressão radiológica da fibrose. Relativamente ao tratamento empreendido por racional de envolvimento pulmonar, 80,4% foram tratados com prednisolona (geralmente em baixa dose), 41,1% com micofenolato de mofetil 11,8% com hidroxycloquina, 9,8% com rituximab, 7,8% com azatioprina, 2% com ciclofosfamida, e 2% com imunoglobulina humana. Dos doentes com DPI-DTC verificou-se que 37,9% apresentaram exacerbações da doença nos últimos 24 meses, 50% das exacerbações motivaram internamento hospitalar. Verificou-se uma mortalidade desde o seguimento de 24%, 10,3% nos doentes com critérios de PF-ILD.

**Conclusões:** Na presente coorte cerca de 24% dos doentes cumpriram critérios de progressão, figurando como possíveis candidatos a terapêutica antifibrótica com potencial impacto na história natural da doença. Será fulcral a caracterização de coortes multicêntricas de maior dimensão para uma compreensão solidificada relativamen-

te à tendência de progressão longitudinal na DPI-DTC e mais ensaios clínicos avaliando a eficácia e o posicionamento da terapêutica antifibrótica neste tipo de doenças.

**Palavras-chave:** Doenças tecido conjuntivo. Patologia intersticial secundária. Fibrose pulmonar progressiva.

#### 29398. HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EM CONTEXTO DE COLITE ULCEROSA

C. Cascais Costa<sup>1</sup>, A.R. Araújo<sup>1</sup>, L. Andrade<sup>1</sup>, P.G. Ferreira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Baixo Vouga. <sup>2</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução:** As doenças inflamatórias intestinais (DII) podem cursar com manifestações extra-intestinais em até 40% dos doentes. As manifestações pulmonares podem decorrer de reações de toxicidade aos fármacos usados no tratamento da DII, por fistulas entre sistema digestivo e pulmão ou árvore brônquica, granulomas, fenómenos tromboembólicos, bronquiectasias e muito raramente vasculites.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de uma jovem, não fumadora que recorreu ao Serviço de Urgência por dejetões diarreicas com sangue, sem muco, associada a anorexia, com vários meses de evolução. Sem náuseas, vômitos ou contexto epidemiológico relevante. Analiticamente apresentava elevação da PCR, sem leucocitose e a ecografia abdominal demonstrou ansas intestinais espessadas e adenopatias mesentéricas. Internada para estudo etiológico, veio a desenvolver dispneia progressiva e insuficiência respiratória hipoxémica, acompanhada por infiltrados pulmonares alveolares bilaterais documentados em angio-TC, com queda gradual da hemoglobina (cerca de 4g/dL de hemoglobina, tendo atingido um valor mínimo de 8,8 g/dL). Realizou pulsos de metilprednisolona durante 3 dias, comutada para prednisolona oral. Ao 4º dia de evolução foi submetida a broncofibroscopia, tendo o LBA revelado alíquotas progressivamente hemorrágicas confirmando o diagnóstico de hemorragia alveolar difusa. O estudo microbiológico invasivo foi negativo e as biópsias transbrônquicas pulmonares efetuadas não confirmaram capilarite por representatividade limitada. A doente apresentava elevação notória da calprotectina fecal (> 6.000 mg/g) e o padrão de achados endoscópico e histológico na retossigmoidos-

copia foi compatível com o diagnóstico de Colite Ulcerosa. Na auto-imunidade destacam-se ANA positivos (1:160, padrão Golgi) mas com negatividade dos c-ANCA, p-ANCA, anticorpos anti-mitochondriais, anti-microsossomas hepáticos e renais, anti-músculo liso, auto-anticorpos para doença celíaca e anti-*Saccharomyces*. A doente teve alta sob prednisolona em baixa dose, manteve seguimento em consulta de Gastrenterologia e Pneumologia.

**Discussão:** A hemorragia alveolar difusa (HAD) é uma manifestação rara, mas potencialmente fatal de várias entidades, o que atesta a importância do seu reconhecimento precoce e atempado.

**Palavras-chave:** Hemorragia alveolar. Colite ulcerosa. Doença inflamatória intestinal.

#### 29401. TORACOSCOPIA MÉDICA OU BIÓPSIA PLEURAL CEGA - QUAL OPTAR?

A. Santos Costa<sup>1</sup>, H. Dabó<sup>1</sup>, L. Pereira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital senhora da Oliveira-Guimarães. <sup>2</sup>Universidade do Minho.

**Introdução e objetivos:** Avaliar a rentabilidade e segurança da toracoscopia médica (TM) efetuada sob sedação consciente em comparação com a biópsia pleural cega (BPC).

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes submetidos a toracoscopia médica (n = 34) e a biópsia pleural cega (n = 59) no HSOG, entre janeiro de 2017 e outubro de 2021. Informação obtida através da consulta do processo clínico e os dados foram analisadas pelos testes de Qui-quadrado de Pearson, teste exato de Fisher, Shapiro-Wilk, Mann-Whitney e regressão logística.

**Resultados:** A rentabilidade diagnóstica foi significativamente maior na TM (91,2%) do que na biópsia BPC (64,4%) (p = 0,006). Não existiram diferenças quanto à ocorrência de complicações (p = 0,470) entre as duas técnicas. Ocorreram apenas complicações ligeiras em 26,5% das toracoscopias, e em 35,6% das biópsias pleurais. Os dois grupos de doentes mostraram-se semelhantes relativamente aos parâmetros: idade, sexo, hábitos tabágicos, história oncológica, antecedentes respiratórios, sintomas, tamanho e características bioquímicas do derrame.

**Conclusões:** Na nossa população, a TM foi mais rentável do que a BPC e teve um perfil de segurança semelhante. Além disso, a TM ofereceu a possibilidade de realizar procedimentos terapêuticos, tais como aspiração total do derrame e posterior talcagem, em doentes selecionados. Consideramos que a TM deve ser o procedimento de escolha na investigação de derrame pleural exsudativo de etiologia indeterminada. Apenas nos casos sugestivos de tuberculose ou com contraindicação para a TM deve equacionar-se a realização de BPC.

**Palavras-chave:** Toracoscopia médica. Biópsia pleural cega. Rentabilidade diagnóstica. Complicações.

#### 29404. UM ESTRANHO CASO DE HEMOPTISES

R. Branquinho Pinheiro<sup>1</sup>, P. Falcão Gonçalves<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 presença de material cirúrgico têxtil esquecido numa cavidade corporal e a reação de corpo estranho envolvente designa-se textiloma. É uma complicação rara, mas grave, de cirurgia, habitualmente intra-abdominal não sendo usual após cirurgia torácica. Pode ter consequências graves como infeção e fistulização para estruturas adjacentes. Alguns doentes podem ser assintomáticos e o diagnóstico ser acidental, outros apresentam toracalgia, tosse, por vezes febre, expectoração ou hemoptises por fistulização brônquica. As manifestações clínicas são variáveis e inespecíficas, tornando a suspeita diagnóstica difícil. Os achados radiológicos variam de acordo com a localização, o tipo e a cronicidade. A tomografia computadorizada (TC) é o exame preferencial para identificação de

textiloma intratorácico, surgindo habitualmente como uma massa de contorno regular e bordos bem definidos, com captação periférica com contraste endovenoso, por vezes mimetizando processo granulomatoso ou maligno. Quando identificado, a cirurgia é normalmente necessária.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de um homem, cinquenta e três anos, que recorreu à urgência por hemoptises, negando outras queixas e episódios prévios. Fumador, com história de pneumotórax com cirurgia dez anos antes. A radiografia torácica mostrava uma hipotransparência com obliteração do seio costal frênico direito com uma linha radiopaca no centro. A TC com contraste endovenoso mostrou uma imagem de formato lenticular com diâmetro de sete centímetros e uma estrutura linear densa e serpiginosa no centro, sugestivo de textiloma, com possível comunicação brônquica. O doente está proposto para cirurgia.

**Discussão:** um textiloma intratorácico é uma entidade rara, com clínica e apresentação radiográfica inespecífica. Sintomas como hemoptises podem estar associados a inúmeras etiologias e a sua investigação deve ser rigorosa. O reconhecimento e tratamento precoce reduz significativamente o risco de sequelas. O presente caso pretende lembrar que o textiloma deve estar incluído no diagnóstico diferencial de uma massa intratorácica em doentes submetidos a cirurgia.

**Palavras-chave:** Textiloma. Pneumotorax. Cirurgia Torácica.

#### 29419. IMPULSE OSCILLOMETRY IN POST-COVID19 PATIENTS. A PROSPECTIVE LONGITUDINAL FOLLOW-UP STUDY

A. Madeira Gerardo, H. Liberato, T, Almeida

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE.

**Introduction and objectives:** We decided to carry out a prospective follow-up study in order to understand the impact of COVID-19 on respiratory mechanics using Impulse Oscillometry in a cohort of survivors. We also want to know if there are differences between groups of COVID-19 patients in the different levels of care.

**Methods:** 53 patients were evaluated at 3 and 6 months after hospital discharge. During each visit IOS was used to measure total airway resistance at an oscillation frequency of 5 Hz (R5), central airway resistance at an oscillation of 20 Hz (R20), Resonant frequency (Fres) and the reactance at 5 Hz (X5).

**Results:** There were 35 male patients (66.0%) with a mean age of 62.77 years. At 3-month visit abnormal impulse oscillometry parameters were found in 26.5% patients (n = 14), 20.8% of patients (n = 11) showed a peripheral airway obstruction pattern, and 5.7% of patients (n = 3) showed a central airway obstruction pattern. At 6-month evaluation abnormal impulse oscillometry parameters were found in 26.9% patients (n = 14), 23.1% of patients (n = 12) showed a peripheral airway obstruction pattern, and 3.8% of patients (n = 2) showed a central airway obstruction pattern. Overall, no significant differences were found over this period. Among the 53 patients who completed both visits, 15 (28.3%) did not need mechanical ventilation support, 22 patients (41.5%) required non-invasive mechanical ventilation and 16 patients (30.2%) required invasive mechanical ventilation. We found difference in R5 and R20 between those who did not need mechanical ventilation support and those who had required invasive or non-invasive mechanical ventilation support (p = 0.013 and p = 0.002, respectively).

**Conclusions:** More than 25% of the COVID-19 patients had IOS abnormalities at 3-months after discharge and those residual defects were still present at the 6-month evaluation. Besides some significant differences between groups regarding R5 and R20 parameters, there was still no significant differences in others IOS parameters considering the type of ventilatory support.

**Keywords:** COVID-19. Lung function tests. Impulse oscillometry.

## 29420. QUANDO O “MELHOR AMIGO DO HOMEM” NOS DEIXA DOENTES: UM CASO CLÍNICO DE UMA MASSA PULMONAR

**R. Martins Nata<sup>1</sup>**, A.R. Costa<sup>2</sup>, M.J. Silva<sup>3</sup>, E. Pinto<sup>4</sup>, P. Calvino<sup>2</sup>, J. Fragata<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde da Guarda.*

<sup>2</sup>*Unidade Funcional de Cirurgia Torácica, Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.*

<sup>3</sup>*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Leiria.* <sup>4</sup>*Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.*

**Introdução:** As massas pulmonares apresentam um amplo diagnóstico diferencial. A probabilidade de neoplasia maligna motiva urgência na abordagem diagnóstica, estadiamento e tratamento destas lesões. O presente caso elucida-nos acerca de uma causa rara, e benigna, de massa pulmonar.

**Caso clínico:** Homem, 38 anos, ex-fumador (15 UMA) com performance status ECOG 0, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 2 dias de evolução e agravamento progressivo de edema palmar bilateral, do pé esquerdo e da hemiface direita, acompanhado de epigastralgia e diarreia, não resolvido com o anti-histamínico previamente prescrito. Ao exame objetivo, identificadas ainda lesões cutâneas de picada de inseto. Analiticamente, destacava-se eosinofilia de 12,5%, VS 17 mm/h e PCR 1,37 mg/dL. Por hipotransparência nodular no campo pulmonar direito em telerradiografia torácica, realizou TC torácica com identificação de massa irregular no lobo médio com 4 × 3 × 2,3 cm. Medicado com corticoterapia com melhoria clínica. No ambulatório, realizou PET-TC 18F FDG que revelou baixo metabolismo na lesão com SUVmax 1,3, e biópsia pulmonar guiada por TC que foi inconclusiva com necrose extensa. Foi referenciado à Cirurgia Torácica e proposta a realização de ressecção atípica por VATS com exame extemporâneo e eventual lobectomia com intenção curativa, tendo o doente optado pelo exame histológico definitivo. A cirurgia decorreu sem intercorrências e a histologia revelou um processo granulomatoso associado a necrose de coagulação, com identificação de *Dirofilaria* spp., sem tecido neoplásico.

**Discussão:** A dirofilariose é uma zoonose rara causada pelo nemátodo *Dirafilaria* spp. que geralmente infeta animais de estimação, como o cão, sendo transmitido aos humanos através da picada de mosquito. As duas principais apresentações clínicas são a erupção urticariforme e a lesão pulmonar em “moeda”, ambas presentes no caso descrito. O seu diagnóstico é estabelecido mediante histopatologia e a terapêutica consiste em ressecção cirúrgica, preferencialmente via minimamente invasiva.

**Palavras-chave:** Massa pulmonar. Dirofilariose. Zoonose.

## 29421. PERDIDOS E ACHADOS NOS DOENTES TRAQUEOSTOMIZADOS

**R. Paulinetti Camara<sup>1</sup>**, T. Sequeira<sup>2</sup>, A. Szantho<sup>2</sup>, J. Dionísio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Nossa Senhora do Rosário, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.* <sup>2</sup>*IPO de Lisboa.*

**Introdução e objetivos:** A aspiração de corpo estranho (ACE) em doentes traqueostomizados é pouco frequente. Os CE são geralmente removidos por broncoscopia rígida, mas nestes doentes a abordagem com flexível é exequível. O objetivo deste trabalho é avaliar a abordagem diagnóstica e terapêutica nos doentes traqueostomizados e perceber se é possível replicar a técnica em centros sem broncologia de intervenção.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos dos clínicos dos doentes traqueostomizados com ACE do ano 2000 a 2021.

**Resultados:** Foram identificados por broncoscopia 14 CEs, 12 próteses fonatórias e 2 escovilhões de limpeza de prótese. Um doente

tinha duas próteses na primeira broncofibroscopia e voltou a aspirar mais duas vezes (total 4 próteses, 3 broncofibroscopias). Todos os doentes eram do sexo masculino e laringectomizados por carcinoma pavimento-celular da laringe à exceção da única doente do sexo feminino traqueostomizada por parésia das cordas vocais (iatrogénica). Idade média 70 anos (min-61 máx-76). Todos os CEs foram tirados com broncoscópio flexível terapêutico e pinça de biópsia ou de CE. Em 4 doentes a broncofibroscopia foi realizada por infeção respiratória, nos restantes havia a suspeita de ACE. Em três doentes houve percepção imediata de ACE (2 próteses fonatórias, 1 escovilhão) e um doente percecionava ter aspirado a prótese cerca de um mês antes da broncofibroscopia. No entanto, a maioria não se recordava há quanto tempo teria aspirado o CE. Invariavelmente os CEs estavam alojados à direita, 5 no brônquio principal, 6 no intermediário e 3 na pirâmide basal. 9 doentes tinham secreções purulentas, 6 apresentavam inflamação da mucosa e 4 tinham tecido de granulação envolvendo o corpo estranho.

**Conclusões:** A broncoscopia flexível com anestesia local e auxílio da pinça de biópsia ou de CE parece ser eficaz na remoção de CEs em doentes traqueostomizados, o que permite a sua realização, em doentes selecionados, em centros sem acesso habitual a broncoscopia de intervenção.

**Palavras-chave:** Corpo estranho. Broncofibroscopia. Aspiração. Traqueostomizados.

## 29443. UM “PRESENTE” DO DADOR

**R. Martins Nata<sup>1</sup>**, M. Cabral<sup>2</sup>, J. Eurico Reis<sup>3</sup>, L. Semedo<sup>2</sup>, P. Calvino<sup>3</sup>, J. Fragata<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde da Guarda.*

<sup>2</sup>*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.* <sup>3</sup>*Unidade Funcional de Cirurgia Torácica, Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.*

**Introdução:** Apesar de Portugal ser um país de baixa incidência desde 2016, a tuberculose e a resistência aos antibióticos devem ser considerados quando se trata de infeções em imunodeprimidos. **Caso clínico:** Homem, 65 anos, não fumador, com exposição a pássaros; IMC 24,4 Kg/m<sup>2</sup>; cirurgia a descolamento de retina; IGRA negativo. Diagnóstico de NSIP fibrótica, em 2017, por biópsia cirúrgica, medicado com micofenolato de mofetil (MMF) e deflazacort, com dispneia de esforço de agravamento progressivo e múltiplas infeções respiratórias no último ano, sob OLD. Foi submetido a transplante unipulmonar direito, em 2019, sem ECMO, com “cell-saver” (244 mL de recuperação); tempo de isquémia de 4h45m. Bacteriologia negativa dos aspirados brônquicos do dador e recetor. Ausência de complicações pós-transplante e com alta hospitalar após 1 mês, imunodeprimido com tacrolimus, MMF e prednisolona (indução prévia com basiliximab), e com profilaxias (anfotericina B lipídica inalada e sulfametoxazol/trimetoprim). Regressou três semanas depois, com neutropenia febril e empiema direito, tendo-se colocado dreno torácico e iniciado terapêutica empírica de largo espectro e filgastim. Ao D13, mantinha febre e estudo séptico até à data negativo, mas nova TC torácica revelou derrame pleural loculado à direita e loca no mediastino anterior. Realizada drenagem por VATS com saída de líquido pleural sero-purulento e líquido mediastínico purulento, que vieram BAAR positivos. Iniciou terapêutica antibiótica, com posterior substituição da isoniazida por levofloxacina, por resistência à primeira. Persistia, em nova imagem, o abscesso mediastínico, assim como a febre e desorientação, com posterior agravamento clínico e laboratorial, tendo-se realizado toracotomia para desbridamento pleural e limpeza da loca mediastínica - procedimento complicado por 2 episódios de instabilidade hemodinâmica severa, com posterior dependência de ventilação invasiva e suporte inotrópico. Acabou por falecer 13 dias depois com disfunção multiorgânica.

**Discussão:** Este caso alerta para a possibilidade de se “transplantar” uma tuberculose latente de um dador saudável, que num receptor imunodeprimido pode ser letal.

**Palavras-chave:** Tuberculose. Transplante pulmonar. Imunossupressão.

#### 29451. REAÇÃO SARCOIDOSE-“LIKE” SECUNDÁRIA A TRATAMENTO COM ADALIMUMAB

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

*Hospital de Braga.*

**Introdução:** A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de etiologia desconhecida. A reação sarcoidose-“like” induzida por drogas é uma condição quase indistinguível da sarcoidose, tanto clínica quanto histologicamente.

**Caso clínico:** Apresenta-se um doente de 55 anos, ex-fumador, atualmente reformado. Tinha trabalhado na construção civil. Tem como antecedentes pessoais espondilartrite axial HLA B27+. Iniciada terapêutica com Adalimumab em Fevereiro de 2019. Em Julho de 2020 iniciou queixas de tosse seca e pieira noturna ocasional. Realizou Radiografia de tórax que apresentava reforço intersticial marcado e hilos globosos, sugestivo de aumento das adenopatias mediastínicas. Realizou TAC de tórax que apresentava padrão micronodular perilinfático, associado a presença de adenomegalias hilomediastínicas e abdominais, sugerindo sarcoidose. Analiticamente apresentava aumento da ECA (77 U/L). Dada a clínica e as alterações imagiológicas foi levantada a hipótese de reação sarcoidose “like”, relacionada com o uso relativamente recente de adalimumab. O doente recusou realização de broncofibroscopia. Foi suspenso Adalimumab em Julho de 2020. Em Abril de 2021 iniciada terapêutica com Upadacitinib. Repetiu TAC de tórax (10 meses após suspensão terapêutica), que demonstrava franca melhoria das alterações no parênquima pulmonar pré-existentes, com resolução de grande parte do padrão micronodular com distribuição peri-linfática; redução dimensional dos gânglios mediastínicos e hilares bilaterais (o maior no compartimento mediastínico subcarinal com 9 mm e das adenopatias retroperitoneais as duas maiores com 6 mm de eixo curto junto do tronco celiaco). Por manter queixas de tosse e pieira, de predomínio noturno realizou estudo de função respiratória que se encontrava normal. Realizou nessa altura broncofibroscopia com LBA, que não apresentava alterações. O estudo analítico também era normal (ECA: 34 U/L). Foi realizada prova terapêutica com IBP e ICS/LABA, com consequente resolução das queixas do doente.

**Discussão:** O desenvolvimento de alterações sarcoidose-like secundária ao uso de anti-TNF é raro e pode ser visto como paradoxal, uma vez que alguns agentes anti-TNF, nomeadamente o adalimumab, também são usados na sarcoidose refratária. Foi descrita uma frequência de 1:2.800. Neste caso clínico verificamos uma melhoria clínica e radiológica substanciais com a suspensão do fármaco.

**Palavras-chave:** Sarcoidose-“like”. Adalimumab.

#### 29452. LESÕES BENIGNAS (RARAS) DA REGIÃO TORÁCICA DETETADAS INCIDENTALMENTE EM EXAMES DE IMAGEM

**A. Fernandes**, H. Freitas, H. Oliveira, M. Castro

*Centro Hospitalar Universitário do Algarve.*

**Introdução:** Em estudos de imagem torácicos, identificaram-se incidentalmente lesões benignas raras, que constituíam entidades menos conhecidas no quotidiano clínico. Selecionaram-se imagens infrequentes e breves descrições dos casos, para dar a conhecer algumas destas lesões.

**Caso clínico:** Mulher (75 anos), neoplasia gástrica. TC (estadiamento) mostra espessamento fusiforme dos tecidos moles retro-escapu-

lares. Achados diagnósticos de elastofibroma dorsi bilateral. Mulher (14 anos), escoliose idiopática. Ecografia/RM por tumefação torácica esquerda: lesão nodular sólida na parede, adjacente à grelha costal esquerda (local de contacto com a ortótese de escoliose), delimitada e de morfologia fusiforme (aspecto pseudosarcomatoso). Regrediu espontaneamente, assumindo-se o diagnóstico de fasceite nodular. Homem (70 anos), neoplasia da sigmóide. TC (estadiamento)/RM. Lesão subcutânea sólida na região dorsal esquerda, delimitada, capsulada, constituída por tecido adiposo e não adiposo em todas as modalidades, com realce intenso. Excisão mostrou tratar-se de lipoma de células fusiformes. Homem (25 anos), cirurgia a neurinoma dorsal. Radiografia/TC após agressão. Clinicamente apresentava massa pétreo axilar direita. TC demonstrou osteocondroma sésil em continuidade cortical e medular com o bordo inferior da omoplata direita. Mulher (20 anos), trauma torácico há 3 anos. TC por tumefação torácica direita. Lesão lítica no 10º arco costal direito, sem espessamento de partes moles ou reação periosteal, com focos de disrupção cortical. Biópsia consistente com displasia fibrosa de costela. Mulher (71 anos), diabética e hipertensa. Lesões ósseas vertebrais de evolução lenta; biópsia identificou lesão inflamatória crónica. Lesões da pele inespecíficas. Diagnóstico imagiológico de Síndrome SAPHO, baseado na combinação de alterações produtivas e erosivas ósseas de corpos vertebrais dorsais e lombares, erosões da junção discovertebral, esclerose parcial de corpos vertebrais, sindesmófitos, ossificação ondulante paravertebral direita e hiperostose esternoclavicular.

**Discussão:** A imagem torácica é essencial em Pneumologia. Saber reconhecer alterações pouco frequentes passíveis de serem encontradas nestes exames, acresce conhecimento aos profissionais que com eles trabalham diariamente.

**Palavras-chave:** Exames imagem. Achados incidentais. Lesões raras.

#### 29454. HEMOPTISE EM JOVEM COM DOENÇA DE BEHÇET. DE QUE SUSPEITAR?

**A. Fernandes**, H. Oliveira, H. Freitas, M. Castro

*Centro Hospitalar Universitário do Algarve.*

**Introdução:** A Doença de Behçet é uma vasculite com apresentação predominantemente mucocutânea. O acometimento de grandes vasos é indicador de doença grave, podendo manifestar-se através da sua dilatação ou trombose.

**Caso clínico:** Homem de 20 anos, caucasiano, com antecedentes de úlceras orais e genitais recidivantes e lesões violáceas nos membros, sugestivas de eritema nodoso. Seguido em Consulta de Doenças Autoimunes por suspeita de Doença de Behçet, sob prednisolona 20 mg, colquicina e salazopirina (que não cumpria pelos efeitos secundários). Recorreu ao SU a 9/6/2020 por tosse e hemoptise ligeira (1 mês de evolução), associadas a dor torácica e febre com 4 dias. À observação FC: 125 bpm, SpO2 99%. Analiticamente Hg 10,8 g/dL, Leuc 20,8 × 10<sup>3</sup>/uL, Neutr 14,8 × 10<sup>3</sup>/uL, PCR 176,7 mg/L. Angio-TC-tórax: lesões expansivas pulmonares bilaterais dispersas, as maiores no lobo médio e lobo inferior esquerdo (± 6 cm), com área central de realce idêntico ao dos vasos, rodeada por área hipodensa sem realce, consistentes com aneurismas saculares das artérias pulmonares. Internado por aneurismas pulmonares e discutido caso com a Cirurgia Torácica, sem indicação cirúrgica emergente. Iniciou pulsos de metilprednisolona e foi helitransportado (10/6/2020) para o CHLN, para tratamento médico (orientado pela Reumatologia). No CHLN completou a metilprednisolona 1 g/dia (3 dias) e iniciou ciclofosfamida, mantendo depois prednisolona 60 mg/dia e ciclofosfamida quinzenal, alcançando-se estabilização do quadro. Alta a 24/06/2020 com indicação para desmame de corticoterapia (5 mg/semana). Após a alta teve 2 episódios de hemoptise com necessidade de internamento, assumindo-se falência terapêutica. Reajustou-se o corticoide oral (40 mg) e optou-se por

switch da imunomodulação para infliximab 5 mg/kg e azatioprina 150 mg/dia. Atualmente em remissão, sem outros “flares” e redução significativa da dimensão dos aneurismas pulmonares.

**Conclusões:** Na Doença de Behçet controlar a inflamação é a meta terapêutica. Em casos graves, é necessário escalar a imunossupressão para obter remissão.

**Palavras-chave:** Doença de Behçet. Aneurismas pulmonares. Imunossupressão.

### 29457. PRESCRIÇÃO DE OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA DOMICILIÁRIAS NO PÓS-INFEÇÃO A SARS-CoV-2 GRAVE: VISÃO DE UM HOSPITAL DISTRITAL

**D. Silva Gomes**, S. Martins de Castro, C. Cascais Costa, A. Vasconcelos, E. Seixas, A.R. Pereira, L. Andrade, J. Cravo

*Centro Hospitalar do Baixo Vouga.*

**Introdução e objetivos:** O conhecimento sobre a doença COVID-19 é crescente, todavia, ainda permanecem dúvidas sobre as suas consequências a longo prazo na qualidade de vida dos doentes. A oxigenoterapia e ventilação não invasiva (VNI) domiciliárias melhoram a qualidade de vida dos doentes que delas necessitam. Existe reduzida evidência científica sobre a taxa de prescrição destas terapias em doentes com infeção a SARS-CoV-2. Pretendeu-se estudar a prevalência destas prescrições neste conjunto de doentes e que fatores se associaram à mesma.

**Métodos:** Incluíram-se doentes internados por infeção a SARS-CoV-2 grave no Hospital Infante Dom Pedro, com alta clínica, entre 01/03/2020 a 31/03/2021. Foram recolhidos dados clínicos, epidemiológicos e relativos à prescrição de oxigenoterapia ou VNI domiciliárias à data de alta e verificação destas a 6 meses.

**Resultados:** Dos 370 doentes, verificou-se prescrição de oxigenoterapia ou VNI domiciliárias de novo em 13 (3,5%), com 10 prescrições de oxigenoterapia e 5 de VNI. Doentes com estas prescrições de novo tiveram um número significativamente maior de dias de internamento ( $p = 0,017$ ). A probabilidade de prescrição de oxigenoterapia ou VNI foi maior em doentes com insuficiência respiratória global ( $p < 0,001$ ) e uso de VNI em modo Bi-Nível em internamento ( $p = 0,025$ ). Esta probabilidade foi menor com uso de CPAP em internamento ( $p = 0,032$ ). Foram suspensas 3 prescrições de oxigenoterapia em 6 meses de seguimento pós-alta. Verificou-se assim manutenção de 80% das prescrições totais, por ainda se cumprirem critérios para as mesmas.

**Conclusões:** A taxa de prescrição de oxigenoterapia e VNI domiciliárias em doentes com infeção a SARS-CoV-2 grave foi baixa, mas mantida na maioria dos casos a 6 meses de seguimento. Parece existir uma maior probabilidade destas prescrições em doentes com insuficiência respiratória global e uso de VNI em modo Bi-Nível no internamento e uma menor probabilidade com o uso de CPAP em internamento. Estes achados podem orientar o clínico na sua tomada de decisão.

**Palavras-chave:** Oxigenoterapia. Ventilação não invasiva. Infeção SARS-CoV-2.

### 29458. ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA: QUANDO O PRINCIPAL OBSTÁCULO SÃO OS CRITÉRIOS

**D. Silva Gomes**, S. Martins de Castro, C. Cascais Costa, A. Vasconcelos, E. Seixas, Eduarda, A.R. Pereira, L. Andrade, J. Coutinho Costa

*Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro.*

**Introdução:** Cerca de 2,5% dos doentes com asma têm aspergilose bronco-pulmonar alérgica (ABPA), com morbilidade significativa.

**Caso clínico:** Mulher, 26 anos, avaliada em consulta de pneumologia após agudização de asma e pneumonia por *Staphylococcus aureus*

suscetível à metilina (MSSA) no pós-parto. Antecedentes de asma alérgica desde os 16 anos, não controlada, em step 4, rinite alérgica controlada. Realizou TC do tórax, com bronquiectasias centrais nos lobos superiores com lúmen preenchido e densificação “tree-in-bud” em vários lobos. Teste cutâneo de sensibilidade e IgE específica a *Aspergillus* negativos. Precipitinas IgG a *Aspergillus* positivas. IgE total de 192 UI/mL e eosinófilos séricos de 260/mm<sup>3</sup>. Realizado lavado bronco-alveolar (LBA) com isolamento de *Aspergillus fumigatus* e MSSA. Adicionalmente, alteração ventilatória obstrutiva moderadamente grave. Nova exacerbação infecciosa de asma com isolamento de MSSA na expetoração, tendo cumprido moxifloxacina. Pelos critérios de Rosenberg-Patterson e ISHAM, sem possibilidade de estabelecer diagnóstico definitivo de ABPA, porém, com padrão imagiológico típico de ABPA, IgG positiva e isolamento de *Aspergillus fumigatus* no LBA. Assumiu-se diagnóstico de ABPA e iniciou prednisolona 0,5 mg/kg/dia durante 2 semanas, seguido de 0,5 mg/kg em dias alternados 8 semanas. Como terapêutica de manutenção, dado encontrar-se em período de amamentação (contraindicação a itraconazol), iniciou omalizumab. Verificou-se melhoria clínica e de função pulmonar significativas com terapêutica instituída.

**Discussão:** Os critérios de diagnóstico atualmente disponíveis para ABPA são de difícil correspondência, alguns deles apenas presentes no estadio 1 (fase aguda primária) e 3 (exacerbação). Adicionalmente, com exceção das bronquiectasias centrais típicas e hipersensibilidade tipo-1 a *Aspergillus*, os critérios são frequentemente afetados pelo uso de corticoterapia. Bronquiectasias centrais e brônquios com afilamento periférico, especialmente nos lobos superiores, são fortemente sugestivos de ABPA em doentes suscetíveis sem fibrose quística. Uma revisão dos critérios diagnósticos é, portanto, necessária. Enfatiza-se que o início de terapêutica não deve ser atrasado, de modo a evitar deterioração pulmonar.

**Palavras-chave:** Aspergilose. Asma grave. Critérios diagnósticos.

### 29461. O IMPACTO DO DURVALUMAB NO CARCINOMA PULMONAR NÃO-PEQUENAS CÉLULAS, ESTADIO III

**G. Santos**, I. Oliveira, M. Lopes, D. Canario

*Hospital Garcia de Orta.*

**Introdução e objetivos:** Aproximadamente 1/3 dos carcinomas pulmonares de não pequenas células (CPNPC) apresentam doença localmente avançada ao diagnóstico. O uso do Durvalumab (DV), um anticorpo monoclonal seletivo, mostrou um aumento de sobrevida (SV) em doentes (dts) em estadio III, após receberem quimioterapia e radioterapia (QRT) concomitante, demonstrado recentemente pelo estudo PACIFIC. Pretendemos avaliar os efeitos adversos (EA) e a resposta clínica ao Durvalumab, após tratamento com QR, numa coorte de CPNPC.

**Métodos:** Apresentamos um estudo retrospectivo, observacional, incluindo todos os dts sob Durvalumab, após QRT, seguidos em consulta de Pneumologia Oncológica. Informação obtida através dos processos clínicos da consulta.

**Resultados:** Foram incluídos 8 dts com idade média ao diagnóstico de 63,8 anos. 50% eram do sexo masculino. História de tabagismo estava presente em 6 dts ( $\geq 30$  anos-maço, exceto 1). O diagnóstico foi obtido através de biópsia pulmonar guiada TAC tórax ( $n = 4$ ), por ecoendoscopia ( $n = 1$ ), por broncoscopia flexível ( $n = 2$ ) e após lobectomia ( $n = 1$ ). Estes foram adenocarcinoma ( $n = 7$ ) e carcinoma indiferenciado de grandes células ( $n = 1$ ). Os regimes de QRT realizados foram: concomitante ( $n = 5$ ) ou sequencial ( $n = 3$ ). Os EA imunomediados foram pneumonite e rash. Resposta completa em 3 dts, sem EA graves. A avaliação ao 3º mês não mostrou recidiva. Dts com resposta completa tinham PD-L1  $\geq 40\%$ . A progressão de doença foi observada com metastização pleural ( $n = 1$ ) e óssea ( $n = 1$ ). Verificou-se o óbito em 2 dts - não relacionado ao tratamento. A realização de QRT sequencial ou concomitante foi independente da resposta clínica ( $p > 0,05$ ) obtida.

**Conclusões:** Os nossos resultados mostraram uma boa tolerância do doente ao tratamento e uma boa resposta clínica após completar tratamento com DV, após QRT, principalmente nos casos de PD-L1 mais elevados. O regime de QRT não interferiu com a resposta clínica. O nosso estudo é compatível com os resultados obtidos no estudo PACIFIC.

**Palavras-chave:** Sobrevida. Durvalumab. NSCLC estadio III.

## 29462. TUBERCULOSE PRIMÁRIA DA MAMA - A PROPÓSITO DE UM CASO DE SUSPEITA DE NEOPLASIA MAMÁRIA

A. Madeira Gerardo<sup>1</sup>, J. Ribeiro<sup>2</sup>, M.C. Gomes<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. <sup>2</sup>Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE. <sup>3</sup>Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches, ARSLVT.

**Introdução:** A tuberculose mamária é uma manifestação extrapulmonar rara da TB. Afeta quase exclusivamente mulheres em idade reprodutiva, múltiplas e lactantes. A incidência varia entre < 0,1% das doenças mamárias em países desenvolvidos e 3-4% em regiões endêmicas. É classificada como doença primária quando o foco de infecção se localiza apenas na mama. A via mais aceita para a disseminação da infecção é a linfática. A forma nodular é a apresentação mais comum, podendo simular uma neoplasia. O gold standard para o diagnóstico é a deteção do agente etiológico, através do exame direto e cultural, contudo a positividade destes métodos é baixa.

**Caso clínico:** Mulher de 66 anos, leucodérmica, referenciada para Consulta de Senologia por suspeita de neoplasia da mama. Refere dor à palpação da mama direita, nega febre, perda de peso, suores noturnos ou queda do estado-geral. Refere abcesso da mama direita há 6 meses, tendo sido medicada com flucloxacilina. Mamografia e ecografia: nódulo sólido, medindo 24 × 16 mm no QSE da mama direita. Anemia microcítica hipocrômica; VS 18 mm/h; VIH negativo. Microbiópsia de nódulo com exame direto e cultural negativo (amostra em formol), TAAN positivo para MTC. Histopatologia: inflamação linfocítica granulomatosa, células de Langhans e áreas de necrose caseificante. Em reunião de grupo admitido diagnóstico provável de tuberculose mamária primária e iniciou prova terapêutica com HRZE. Após 2 meses de tratamento, repetiu ecografia mamária, com diminuição do nódulo. Completou o tratamento antibacilar, com evolução clínica e imagiológica favorável.

**Discussão:** O diagnóstico de TM deve ser suscitado em mulheres com nódulos mamários, nas quais a etiologia maligna foi excluída. Os sintomas constitucionais estão presentes em menos de 20% dos casos. A positividade da baciloscopia e do exame cultural é baixa, o exame histopatológico tem um papel muito importante no diagnóstico. O tratamento baseia-se na terapêutica antibacilar, sendo a cirurgia reservada para os casos mais complexos ou refratários.

**Palavras-chave:** Tuberculose extrapulmonar. Tuberculose. Mama.

## 29463. LIPOMA: CAUSA INCOMUM DE OBSTRUÇÃO ENDOBRÔNQUICA

M. d'Almeida, C. Giesta, S. Ferreira, T. Câmara, A. Norte, J. Duarte, C. Lousada

Centro Hospitalar do Médio Tejo.

**Introdução:** O lipoma endobrônquico é uma neoplasia benigna e rara composta por células adiposas. A sintomatologia depende da localização e grau de obstrução. O seguinte caso ilustra a abordagem diagnóstica e terapêutica deste tipo de patologia.

**Caso clínico:** Apresento o caso de um homem de 51 anos de idade, fumador (20 UMA), obeso, com consumo etanólico excessivo e antecedentes pessoais de artrite reumatoide (sob metilprednisolona 4 mg por dia e metotrexato 15mg por semana), SAOS (sob CPAP), Diabetes Mellitus tipo 2 não insulino-tratada, hipertensão arterial,

dislipidemia e anemia. A vacinação COVID estava completa. O doente recorreu ao serviço de urgência por febre, tosse não produtiva, dispneia e cansaço para pequenos esforços com 3 dias de evolução. A auscultação pulmonar mostrou murmúrio vesicular rude e diminuído no terço superior do hemitórax direito e sibilos dispersos. Laboratorialmente, destacava-se a elevação da proteína C reativa, anemia macrocítica e gasometria arterial com insuficiência respiratória parcial. A TC Torácica evidenciou atelectasia do lobo superior direito com obliteração do respetivo brônquio por lesão adiposa e padrão em vidro despolido no restante parênquima, razão pela qual iniciou antibioterapia empírica com resolução do quadro infeccioso. Posteriormente, foi submetido a broncoscopia flexível que identificou uma lesão polipoide de 15mm na corda vocal direita e oclusão do brônquio lobar superior direito por uma massa pediculada, volumosa, com 15mm de diâmetro, amarelada, de superfície lisa e hipervasculizada tendo sido realizadas biopsias cuja histologia foi compatível com lipoma. A lesão na corda vocal direita foi excisada e o lipoma foi abordado por broncoscopia rígida, não tendo sido possível a remoção completa da lesão.

**Discussão:** As neoplasias da árvore traqueobrônquica de etiologia benigna podem ser detetadas incidentalmente na ausência de sintomas obstructivos. O caso apresentado é paradigmático da evolução e abordagem do lipoma endobrônquico. A broncoscopia assume um papel fundamental no seu diagnóstico e tratamento.

**Palavras-chave:** Lipoma endobrônquico. Obstrução endobrônquica. Broncoscopia.

## 29466. DÉFICE DE ALFA-1 ANTITRIPSINA ASSOCIADO A GENÓTIPO PI\*MMALTON/PI\*NULL

I. Barreto, C. Lopes, C. Santos, R. Staats, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

**Introdução:** O déficit de alfa-1 antitripsina é uma doença genética autossómica co-dominante caracterizada pela ocorrência de doença pulmonar obstructiva crónica, podendo associar-se a enfisema pulmonar, bronquiectasias e, menos frequentemente, cirrose hepática e paniculite.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 64 anos, não fumadora, referenciada a consulta de Pneumologia por dispneia de esforço, broncorreia e episódio de hemoptises auto-limitado. Funcionalmente, sem alterações da espirometria e pletismografia e sem compromisso da difusão alvéolo-capilar. TC de tórax: bronquiectasias cilíndricas centrais e periféricas em todos os segmentos pulmonares, com ligeiro enfisema cicatricial adjacente. O nível sérico de alfa-1 antitripsina foi indetectável em várias determinações. Foi realizada pesquisa das variantes patogénicas mais frequentes do gene SERPINA1, com resultado normal. A análise genética de sequenciação do gene SERPINA1 identificou o genótipo Pi\*Mmalton/Pi\*null (c.205\_212dup), pelo que foi confirmado o diagnóstico de déficit de alfa-1 antitripsina. Durante o seguimento de cinco anos, não se verificou declínio funcional respiratório, nem agravamento da extensão das bronquiectasias ou do enfisema, pelo que não apresenta indicação para terapêutica de reposição com inibidor de alfa-1 proteinase. Não se verificou envolvimento hepático ou abdominal. A doente tem dois filhos saudáveis e uma irmã de 60 anos, não fumadora, também com déficit de alfa-1 antitripsina, tendo vindo a confirmar-se o mesmo genótipo Pi\*Mmalton/Pi\*null. Funcionalmente, a irmã apresenta obstrução brônquica moderadamente grave e compromisso ligeiro da difusão alvéolo-capilar e, estruturalmente, bronquiectasias cilíndricas bilaterais dispersas e enfisema centrilobular e parasseptal, tendo vindo a ser submetida a terapêutica de reposição com inibidor de alfa-1 proteinase desde 2019.

**Discussão:** O genótipo Pi\*Mmalton/Pi\*null é raro, existindo poucos casos descritos na literatura científica, sendo detectado apenas por

métodos específicos de biologia molecular. Associa-se a enfisema de gravidade variável, elevação das enzimas hepáticas e, em menor grau, doença hepática crônica. Salienta-se a diferente expressão clínica que o mesmo genótipo apresentou nestas doentes.

**Palavras-chave:** Défice de alfa-1 antitripsina. Doença pulmonar obstrutiva crônica. Enfisema. Bronquiectasias. Genótipo Pi\*Mmalton/Pi\*null.

## 29469. EFICÁCIA DA ANTIBIOTERAPIA INALADA NAS BRONQUIECTASIAS NÃO-FIBROSE QUÍSTICA

J. Pacheco<sup>1</sup>, E. Seixas<sup>2</sup>, A. Vasconcelos<sup>2</sup>, R. Monteiro<sup>3</sup>, I. Sanches<sup>3</sup>, I. Pascoal<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Baixo Vouga. <sup>3</sup>Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia.

**Introdução e objetivos:** A infeção por *Pseudomonas aeruginosa* (PA) nos doentes com bronquiectasias constitui um fator de mau prognóstico. A evidência da eficácia da ATBI nas bronquiectasias advém sobretudo da fibrose quística, sendo contraditórios os resultados dos estudos nas BQNFQ.

**Objetivos:** Analisar o impacto da antibioterapia inalada (ATBI) na frequência e gravidade das exacerbações e controlo sintomático de doentes com bronquiectasias não-fibrose quística (BQNFQ)

**Métodos:** Análise retrospectiva através da consulta dos processos clínicos de doentes seguidos num hospital terciário entre Janeiro de 2019 e Dezembro de 2020, com o diagnóstico de BQNFQ e infeção crônica por PA e que completaram pelo menos 1 ano de ATBI. Analisados o número de exacerbações, hospitalizações e a pontuação no COPD Assessment Test (CAT) 1 ano antes e 1 ano após o início do tratamento. A análise estatística realizou-se no SPSS, sendo  $p < 0,05$  estatisticamente significativo.

**Resultados:** Incluídos 23 doentes, com uma média de idades de  $64 \pm 15$  anos, 16 (70%) do género feminino, com bronquiectasias graves de acordo com o Bronchiectasis Severity Index (BSI) (média de 12). As etiologias mais frequentes são as pós-infecciosas (39%), discinesia ciliar primária (17,4%) e idiopáticas (17,4%). Vinte doentes encontravam-se sob colistina inalada por nebulização com i-neb (Promixin®), 2 doentes sob colistina em pó seco (Colobreath®) e 1 sob tobramicina em pó seco (Tobi®). Verificou-se uma redução estatisticamente significativa do número de exacerbações pré vs pós início de ATBI [média de 2 exacerbações (IC95% 1,57-2,87) vs 1 exacerbação (IC 95% 0,44-1,22),  $p = 0,0005$ , respetivamente] e do número de internamentos ( $p = 0,002$ ). Houve uma redução da pontuação do CAT, [média 15,2 (IC95% 12,9-17,5) vs 10,7 (IC95% 8,2-13),  $p = 0,001$ ], o que traduz uma melhoria significativa dos sintomas.

**Conclusões:** A utilização da ATBI teve benefícios na redução do número e gravidade das exacerbações e parece contribuir para o melhor controlo de sintomas neste grupo de doentes.

**Palavras-chave:** Bronquiectasias. Antibioterapia Inalada.

## 29472. LINFANGIOLEIOMIOMATOSE E SÍNDROME DE LI-FRAUMENI- APENAS UMA COINCIDÊNCIA?

A. Fabiano, L. Santos, A. Trindade

Serviço de Pneumologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

**Introdução:** A síndrome de Li-Fraumeni é uma doença hereditária rara com transmissão autossómica dominante causada por mutações no gene supressor tumoral p53. Associa-se a um risco muito elevado de neoplasias em múltiplos órgãos e em idade precoce. A Linfangioleiomiomatose é uma doença pulmonar quística rara, existindo dois tipos principais, a esporádica e aquela associada com o complexo da esclerose tuberosa, causada por mutações nos genes supressores tumorais TSC1 e TSC2.

**Caso clínico:** Sexo feminino, 37 anos, não fumadora, diagnosticada com Síndrome de Li-Fraumeni (história familiar de múltiplas neoplasias do lado materno) e carcinoma da mama invasivo, submetida a cirurgia e quimioterapia adjuvante, em vigilância há 1 ano. Em TC torácica de reavaliação são detectados múltiplos quistos pulmonares uniformes e arredondados com distribuição bilateral, bem como múltiplos angiomiolipomas renais. Negava queixas respiratórias, história pessoal ou familiar de epilepsia ou alterações cutâneas. Ao exame objetivo não apresentava alterações. O VEGF-D apresentava-se reduzido (63,2 pg/mL). Realizou estudo funcional completo, com pletismografia, capacidade de difusão do monóxido de carbono e prova da marcha de 6 minutos que não apresentavam alterações. Foi admitido o diagnóstico de LAM em reunião multidisciplinar tendo em conta as alterações imagiológicas típicas numa doente em idade reprodutiva. Por estar assintomática e sem alterações funcionais, não foi iniciado tratamento, mantendo a doente vigilância em consulta.

**Discussão:** Mutações nos genes supressores tumorais TSC1 e TSC2 ocorrem tanto na forma esporádica de LAM como na forma associada ao complexo esclerose tuberosa. Estas vias têm um papel na regulação das funções celulares, incluindo crescimento, motilidade e sobrevivência. Não existem na literatura casos descritos de LAM em doentes com síndrome de Li-Fraumeni, o que torna esta associação muito rara, não se podendo, contudo, estabelecer uma relação de causalidade inequívoca entre a mutação p53 e o desenvolvimento de LAM.

**Palavras-chave:** Mutação p53. Quistos pulmonares. Linfangioleiomiomatose.

## 29477. MUTAÇÕES DISRUPTIVAS E TRUNCADAS DO GENE TP53 ESTÃO ASSOCIADAS À ANCESTRALIDADE AFRICANA E PIOR PROGNÓSTICO EM PACIENTES BRASILEIROS COM ADENOCARCINOMA DE PULMÃO

R. de Oliveira Cavagna<sup>1</sup>, I. Alves Pinto<sup>1</sup>, F. Escremim de Paula<sup>2</sup>, G. Noriz Berardinelli<sup>2</sup>, D. Sant'Anna<sup>1</sup>, I. Santana<sup>3</sup>, V. Duval da Silva<sup>3</sup>, E.C. Albino da Silva<sup>3</sup>, J.E. Miziara<sup>4,5</sup>, J. Mourão Dias<sup>5</sup>, A. Antoniazzi<sup>5,6</sup>, A. Jacinto<sup>7</sup>, P. de Marchi<sup>1,5,8</sup>, M.A. Molina-Vila<sup>9</sup>, L. Ferro Leal<sup>1,10</sup>, R.M. Reis<sup>1,2,11,12</sup>

<sup>1</sup>Centro de Pesquisa em Oncologia Molecular, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. <sup>2</sup>Laboratório de Diagnóstico Molecular, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. <sup>3</sup>Departamento de Patologia, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. <sup>4</sup>Departamento de Cirurgia Torácica, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. <sup>5</sup>Departamento de Oncologia Clínica, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. <sup>6</sup>Departamento de Oncogenética, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. <sup>7</sup>Departamento de Radioterapia, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. <sup>8</sup>Oncoclínicas, Rio de Janeiro, Brasil. <sup>9</sup>Laboratório de Oncologia/Pangaea Oncology, Hospital Universitário Dexeus, Barcelona, Espanha. <sup>10</sup>Faculdade de Medicina de Barretos - Dr Paulo Prata - FACSIB, Barretos, Brasil. <sup>11</sup>Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (ICVS), Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga, Portugal. <sup>12</sup>ICVS/3B's - PT Laboratório Associado do Governo, Braga/Guimarães, Portugal.

**Introdução e objetivos:** O TP53 é o gene mais mutado em tumores de pulmão. No entanto, seu papel prognóstico não está bem definido, principalmente em populações miscigenadas. OBJETIVO: Avaliar a frequência e o impacto clinicopatológico das mutações do gene TP53 em uma série de pacientes brasileiros com cancro de pulmão de não pequenas células (CPNPC).

**Métodos:** Foram analisados 446 doentes com CPNPC do Hospital do Câncer de Barretos. As mutações do gene TP53 foram avaliadas por sequenciamento de nova geração e classificadas biologicamente como disruptivas/não-disruptivas e truncadas/não-truncadas. A ancestralidade genética foi avaliada usando um painel com 46

marcadores informativos de ancestralidade. Mutações no gene TP53 foram associadas às características clinicopatológicas dos pacientes.

**Resultados:** Mutações no gene TP53 foram encontradas em 64,3% dos 446 casos de CPNPC. Entre os 366 casos de adenocarcinoma de pulmão, 60,4% (n = 221/366) eram pacientes mutados para o gene TP53. As mutações TP53 foram classificadas como disruptivas (26,2%; n = 96/366) e não-disruptivas (34,2%; n = 125/366); e como mutações truncadas (17,2%; n = 63/366) e não-truncadas (43,2%; n = 158/366). As mutações no gene TP53 foram associadas a metástases cerebrais ao diagnóstico, tabagismo (exceto o grupo truncado) e maior ancestralidade africana. Ademais, as mutações disruptivas e truncadas foram associadas à idade mais jovem ao diagnóstico. Os pacientes com mutações TP53 disruptivas/truncadas tiveram sobrevida global pior do que os paciente com mutações não-disruptivas/não truncadas e não mutados.

**Conclusões:** O TP53 é frequentemente mutado em doentes brasileiros com adenocarcinoma de pulmão, e sua classificação biológica em disruptivas/truncadas foi associada à ancestralidade africana e menor sobrevida global.

**Palavras-chave:** TP53. Prognóstico. Mutações disruptivas. Adenocarcinoma de pulmão. Ancestralidade genética. Mutações truncadas. Biomarcadores.

#### 29479. REPRODUTIBILIDADE DE PAINEL GÊNICO PROGNÓSTICO PARA DOENTES COM CANCRO DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS

**K.C. Miranda**<sup>1</sup>, L. Sussuchi da Silva<sup>1</sup>, M.F. Gonçalves<sup>1</sup>, S. Batah<sup>2</sup>, P. De Marchi<sup>3</sup>, J. Mourão Dias<sup>4</sup>, I. Alves Pinto<sup>1</sup>, V. Duval da Silva<sup>5</sup>, C. Souto-Moura<sup>6</sup>, S. Guimarães<sup>6</sup>, F. Carneiro<sup>6</sup>, H. Novais e Bastos<sup>7,8</sup>, A. Fabro<sup>2</sup>, R. Reis<sup>1,9</sup>, L. Ferro Leal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Molecular Oncology Research Center, Barretos Cancer Hospital. <sup>2</sup>Ribeirão Preto School of Medicine, University of Sao Paulo. <sup>3</sup>Instituto Oncoclinicas. <sup>4</sup>Department of Clinical Oncology, Thoracic Division, Barretos Cancer Hospital. <sup>5</sup>Department of Pathology, Barretos Cancer Hospital. <sup>6</sup>Department of Pathology, Sao Joao Hospital. <sup>7</sup>Instituto de Biologia Molecular e Celular/ Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (IBMC/i3S), Faculdade de Medicina do Porto. <sup>8</sup>Hospital Sao Joao. <sup>9</sup>University of Minho.

**Introdução e objetivos:** Doentes com cancro de pulmão inicial possuem altas taxas de recorrência. Um estudo prévio (PMID:17202451) propôs uma assinatura moleculares baseadas em RNA para auxiliar na predição do prognóstico em doentes asiáticos com cancro de pulmão OBJETIVO: Validar o painel prognóstico de 5 genes em cancro de pulmão de células não pequenas (CPCNP) Brasileiros e Portugueses.

**Métodos:** Foram selecionadas retrospectivamente amostras tumorais (FFPE) de pacientes com CPCNP cirurgicamente ressecados (n = 122) virgens de tratamento. A partir de 100 ng de RNA tumoral, avaliamos a expressão dos genes DUSP6, ERBB3, LCK, MMD e STAT1 pelo painel nCounter ElementsXT (NanoString). A partir da expressão, calculamos um escore de risco e desenvolvemos um modelo de estratificação dos pacientes em baixo e alto risco. Foram realizadas análises de associação entre as variáveis clínicas, níveis de expressão e a sobrevida global (SG) e sobrevida livre de evento (SLE) por meio do método Kaplan-Meier, teste Log-rank e Regressão de Cox univariada e multivariada. Para avaliar a acurácia da classificação pelo escore de risco, utilizamos a área sob a curva ROC (AUC).

**Resultados:** A sobreexpressão dos genes DUSP6 e ERBB3 associou-se à maior SG (RR = 0,64; p = 0,0001 e RR = 0,68; p = 0,003, respectivamente). Após a estratificação dos pacientes, o grupo de alto risco apresentou menores SG (RR = 3,19; p < 0,0001) e SLE (RR = 2,17; p = 0,005), quando comparado ao de baixo risco (AUC > 0,7 para 12,

24 e 36 meses). Não houve diferença entre os pacientes tratados e não tratados com quimioterapia quanto à SG e SLE. Na análise multivariada, o estadiamento e o escore de risco associaram-se à SG e SLE.

**Conclusões:** O score de risco calculado a partir do painel baseado em RNA estratificou os pacientes com CPNPC inicial em grupos de alto e baixo risco, sendo uma importante ferramenta no prognóstico destes doentes.

**Palavras-chave:** Cancro de pulmão. Expressão gênica. NanoString. Prognóstico.

#### 29480. REPRODUTIBILIDADE DE UMA ASSINATURA GÊNICA PARA DIRECIONAMENTO DE TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE EM DOENTES COM CANCRO DE PULMÃO DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS CIRURGICAMENTE RESSECÁVEIS

**M.F. Gonçalves**<sup>1</sup>, L. Sussuchi da Silva<sup>1</sup>, P. De Marchi<sup>2</sup>, K. Miranda<sup>1</sup>, J. Mourão Dias<sup>3</sup>, V. Duval da Silva<sup>4</sup>, I. Santana<sup>4</sup>, C. Souto-Moura<sup>5</sup>, S. Guimarães<sup>5</sup>, I. Witsuba<sup>6</sup>, F. Carneiro<sup>5,7</sup>, H. Novais e Bastos<sup>5,7</sup>, Y. Xie<sup>8</sup>, R. Reis<sup>1,9</sup>, L. Ferro Leal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Molecular Oncology Research Center, Barretos Cancer Hospital. <sup>2</sup>Instituto Oncoclinicas. <sup>3</sup>Department of Clinical Oncology, Thoracic Division, Barretos Cancer Hospital. <sup>4</sup>Department of Pathology, Barretos Cancer Hospital. <sup>5</sup>Department of Pathology, Sao Joao Hospital. <sup>6</sup>Department of Pathology, MD Anderson Cancer Center. <sup>7</sup>Instituto de Patologia e Imunologia Molecular, Universidade do Porto. <sup>8</sup>Southwestern University. <sup>9</sup>University of Minho.

**Introdução e objetivos:** A maioria dos doentes com cancro de pulmão de células não pequenas (CPCNP) inicial tratados com abordagens curativas apresentará recidivas e progressão. Atualmente, faltam critérios para prever quais pacientes serão beneficiados pela quimioterapia adjuvante (QTA). Xie e colaboradores (PMID:30287547) desenvolveram um painel de 12 genes para predição de benefício da QTA em doentes norte-americanos com CPCNP. **Objetivos:** avaliar a reprodutibilidade de um painel gênico para predição de benefício da QTA em CPCNP ressecados.

**Métodos:** Doentes Brasileiros e Portugueses com CPCNP ressecados (n = 119) foram selecionados retrospectivamente. Após extração de RNA tumoral (FFPE), a expressão gênica de painel 12 genes foi realizada por NanoString. A partir do cutoff do escore de risco (pacote R mclust), os doentes foram estratificados em alto risco (n = 59; benefício) e baixo risco (n = 59; não benefício). Para as análises de sobrevida global (SG) e sobrevida livre de evento (SLE), utilizamos os testes log-rank, Kaplan-Meier e regressão de Cox. A partir do modelo de regressão, desenvolvemos uma calculadora de probabilidade de sobrevivência (RedCap survey) baseada em nomograma (pacote RMS).

**Resultados:** A assinatura de 12 genes estratificou os pacientes em alto e baixo risco (n = 118; failure rate = 0,8%). Os pacientes de baixo risco não tratados com QTA (n = 39) apresentaram maior SG comparados aos pacientes tratados. Os pacientes de alto risco tratados com QTA (n = 27) apresentaram maior SG e SLE comparados aos não tratados (n = 32). O modelo do nomograma foi composto por escore de risco (baixo/alto) e estadiamento ao diagnóstico (I-II-III). A calculadora foi configurada para determinar a probabilidade de SG e SLE em 1, 3 e 5 anos.

**Conclusões:** O painel de 12 genes estratificou com êxito os doentes com CPCNP inicial em alto e baixo risco. A calculadora combinando características clínicas e moleculares pode ser uma ferramenta promissora para guiar estratégias de tratamento curativo para pacientes com CPNPC.

**Palavras-chave:** Cancro de pulmão. Quimioterapia adjuvante. Assinatura genética. Medicina personalizada. NanoString.

### 29481. NEOPLASIA DA GLOTE - UMA CAUSA INCOMUM DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA TIPO II CRÔNICA AGUDIZADA

**M. Marçal**, V. Caldeira, S. Sousa, M. Castanho, P. Duarte

*Centro Hospitalar de Setúbal.*

**Introdução:** A insuficiência respiratória (IR) resulta da incapacidade de o sistema respiratório assegurar as trocas gasosas por falência de um dos seus componentes, seja a nível pulmonar ou da bomba ventilatória. Os tumores da laringe, por obstrução alta da via aérea, constituem uma causa pouco frequente de IR tipo II.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de um doente de 57 anos, fumador, com antecedentes pessoais de obesidade grau II, hipertensão arterial e síndrome de sobreposição SAOS/DPOC a condicionar IR crónica tipo II sob ventilação não invasiva (VNI) domiciliária desde 2010 (BiPAP ST: IPAP 18, EPAP 10 com O<sub>2</sub> adjuvante a 3 L/min, 10 horas/dia). Salienta-se diagnóstico de carcinoma pavimento-celular das cordas vocais (a aguardar cirurgia) 3 meses antes da admissão no serviço de urgência, onde recorreu por dispneia, cansaço e disfonía de agravamento progressivo. Apresentava IR tipo II crónica agudizada com acidemia respiratória (pH 7,30, pCO<sub>2</sub> 88), tendo sido internado. A investigação etiológica excluiu infecção respiratória ou outra causa de exacerbação, tendo-se assumido progressão da doença de base como causa para o agravamento da IR. Após estabilização clínica, mantendo elevada dependência de VNI e hipercápnia refractária (pH 7,43, pCO<sub>2</sub> 68, pO<sub>2</sub> 56), foi transferido para serviço de Otorrinolaringologia sob VNI 10h por dia (BiPAP ST: IPAP 26, EPAP 10) e submetido a laringectomia total e hemitiroidectomia esquerda. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com melhoria progressiva da IR até resolução da hipercápnia (pCO<sub>2</sub> 45). O doente teve alta sob VNI noturno e com menor suporte ventilatório (IPAP 12, EPAP 6).

**Discussão:** Em suma, a substancial melhoria gasimétrica após desobstrução cirúrgica da via aérea reforça a necessidade de inclusão da obstrução alta da via aérea como diagnóstico diferencial de IR tipo II, mas também o impacto prognóstico que a decisão de intervenção cirúrgica pode ter na IR destes doentes.

**Palavras-chave:** SAOS. DPOC. Insuficiência respiratória. VNI. Neoplasia. Obstrução da via aérea superior.

### 29484. WIDAL OU NÃO WIDAL EIS A QUESTÃO?

**M. Ferreira de Almeida**, J. Portela, C. Couto, A.C. Vieira, F. Menezes, M.R. Dias

*Hospital Garcia de Orta.*

**Introdução:** A síndrome de Widal/Sampter (SW) é uma doença com uma prevalência estimada entre os 8-20%, que inclui um quadro de asma, intolerância à aspirina ou anti-inflamatórios não esteróides e rinosinusite com polipose nasal.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso clínico de um homem de 61 anos, talhante, não fumador, asmático, com história de um episódio de anafilaxia após ingestão de ibuprofeno com necessidade de ventilação invasiva. Recorreu ao serviço de urgência em Novembro de 2021, por quadro com 1 mês de evolução de dispneia e sensação de corpo estranho na região orofaríngea direita. À admissão, com SpO<sub>2</sub> 78% em ar ambiente com alguns sibilos expiratórios à auscultação pulmonar. Foi conectado a oxigenoterapia de alta fluxo por cânulas nasais (OAFCN) com 35 L/100%. Da investigação etiológica realizada destaca-se: pesquisa de SARS-CoV-2 negativa, TC Tórax com “discreto padrão Tree-in bud por obstrução das pequenas vias aéreas”, painel analítico de auto-imunidade negativo, serologias de microorganismos atípicos negativas, exames microbiológicos culturais negativos e ecocardiograma transtorácico sem alterações de relevo. Manteve agravamento da insuficiência respiratória parcial, tendo iniciado corticoterapia e com necessidade de ajuste da OAFCN para 55L/70%. Sintomaticamente sobreponível. Foi avaliado pela ORL, que identificou perfuração septal na área IV Cottle, com TC dos

seios perinasais e do pescoço que revelou quadro de pansinusite e excluiu estenose subglótica. Após 15 dias de corticoterapia, houve melhoria clínica e da insuficiência respiratória tendo sido possível o desmame gradual de oxigenoterapia até à sua suspensão.

**Discussão:** Este caso apresenta um doente com tríade compatível com SW. Surge como alerta para a sua dificuldade diagnóstica na presença de sintomatologia tão grave, e a necessidade de reflexão sobre a importância de introduzir o doente num programa de dessensibilização de aspirina.

**Palavras-chave:** Síndrome de Widal. Tríade de Sampter.

### 29493. IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA INTEGRADO DE PREVENÇÃO E RASTREAMENTO DE CANCRO DE PULMÃO COM UNIDADE MÓVEL EQUIPADA COM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BAIXA DOSE: UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

**R. Sampaio Chiarantano**<sup>1</sup>, F. Lima Vazquez<sup>2</sup>, A. Franco<sup>12</sup>, L.C. Ferreira<sup>3</sup>, M.C. da Costa<sup>3</sup>, J.E. Mizziara<sup>5,6</sup>, E.C. da Silva<sup>4</sup>, L.M. Ventura<sup>1</sup>, R. Haikel Junior<sup>7</sup>, L. Ferro Leal<sup>2,8</sup>, E. Carvalho Mauad<sup>7</sup>, **R.M. Reis**<sup>2,9,10,11</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Radiologia, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. <sup>2</sup>Centro de Pesquisa em Oncologia Molecular, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. <sup>3</sup>Núcleo de Apoio ao Pesquisador, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. <sup>4</sup>Departamento de Patologia, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. <sup>5</sup>Departamento de Cirurgia Torácica, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. <sup>6</sup>Departamento de Oncologia Clínica, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. <sup>7</sup>Departamento de Prevenção, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. <sup>8</sup>Faculdade de Ciências da Saúde Dr. Paulo Prata-FACISB, Barretos, Brasil. <sup>9</sup>Laboratório de Diagnóstico Molecular, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. <sup>10</sup>Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde (ICVS), Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga, Portugal. <sup>11</sup>ICVS/3B's-PT Laboratório Associado do Governo, Braga/Guimarães, Portugal. <sup>12</sup>Secretaria de Saúde de Barretos, Brasil.

**Introdução:** O cancro de pulmão é o tumor que mais mata no mundo e no Brasil. Apesar das evidências favoráveis ao rastreamento do cancro de pulmão por tomografia computadorizada de baixa dose (TCBD) em indivíduos de alto risco, essa é uma realidade muito distante em muitos países, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil. O Brasil tem um sistema de saúde pública com cobertura abrangente, mas com desigualdade de recursos e acesso. Uma estratégia acessível para aumentar a cobertura é a utilização de unidades móveis.

**Objetivos:** Descrever as etapas de implementação e os resultados de um programa de prevenção do cancro de pulmão na cidade de Barretos, estado de S. Paulo, Brasil, integrando a cessação do tabagismo e o rastreamento do cancro de pulmão por meio de uma unidade móvel com TCBD.

**Métodos:** De maio/2019 a dezembro/2020, 234 indivíduos de alto risco - segundo os critérios do National Lung Screening Trial (NLST) - foram incluídos no estudo e realizaram a TCBD na unidade móvel. Uma coordenação central providenciou o agendamento de exames (adicionais e de acompanhamento) e a entrega os resultados. Após capacitação pelo Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) do Estado, 18 grupos para cessação do tabagismo em unidades básicas de saúde pública foram criados.

**Resultados:** Entre os 234 participantes, três foram diagnosticados com cancro de pulmão em estágio inicial, levando a uma taxa de 12,8/1.000 casos de cancro diagnosticados. Após um ano de cessação do tabagismo, 16,7% (30/179) dos fumantes relataram cessação e 87,5% aceitaram orientação profissional para tal.

**Conclusões:** Nossos resultados indicam resultados promissores envolvendo a utilização de unidade móvel para um programa integrado de rastreamento de cancro de pulmão em um país em desenvolvimento.

**Palavras-chave:** *Tabagismo. Prevenção do tabagismo. Cancro de pulmão. Tomografia computadorizada de baixa dose. Unidades móveis de saúde. Brasil.*

### 29498. SEGURANÇA E TOLERABILIDADE DOS ANTI-FIBRÓTICOS EM DOENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA (FPI)- ESTUDO DE VIDA REAL

A. Fabiano<sup>1</sup>, G. Fernandes<sup>2</sup>, P. Caetano Mota<sup>3,4</sup>, N. Melo<sup>3</sup>, H. Novais-Bastos<sup>3,4,5</sup>, A. Terras Alexandre<sup>3</sup>, C. Souto Moura<sup>6</sup>, S. Guimarães<sup>6</sup>, J.M. Pereira<sup>7</sup>, A. Carvalho<sup>7</sup>, A. Morais<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta.

<sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João. <sup>4</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. <sup>5</sup>Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S), Universidade do Porto.

<sup>6</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de São João. <sup>7</sup>Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João.

**Introdução e objetivos:** O aparecimento dos anti-fibróticos veio revolucionar o tratamento da FPI. Comparação dos efeitos adversos associados a cada anti-fibrótico; identificação das principais causas de redução de dose, interrupção temporária e definitiva.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo de doentes com FPI que iniciaram nintedanib ou pirfenidona entre Janeiro de 2014 e Dezembro de 2020. Informação clínica recolhida a partir dos processos clínicos da consulta de um hospital universitário, desde o diagnóstico até ao fim do estudo (óbito, transplante ou 30 de Outubro de 2021).

**Resultados:** Foram identificados 108 doentes que iniciaram terapêutica anti-fibrótica no período referido (54 nintedanib e 54 pirfenidona), 82,4% (n = 89) eram do sexo masculino, com idade média ao diagnóstico de 72,1 anos, sem diferenças significativas entre grupos de tratamento com anti-fibrótico. No grupo sob nintedanib foram identificados efeitos adversos em 74,1% (n = 40) doentes: diarreia (63%; n = 34), náuseas (31,5%; n = 17) e hepatotoxicidade (22,2%; n = 12). Foi necessária a redução da dose do fármaco em 46,3% (n = 25), suspensão temporária em 37,0% (n = 20), e suspensão definitiva em 5,6% (n = 3) por toxicidade de grau 3 (2 por diarreia e 1 por hepatotoxicidade). No grupo sob pirfenidona foram identificados efeitos adversos em 51,9% (n = 28): náuseas (31,5%; n = 17), rash cutâneo (20,4%; n = 11), diarreia (1,1%; n = 6) e hepatotoxicidade (1,9%; n = 1). Foi necessária a suspensão temporária em 13,0% (n = 7), redução de dose em 0,1% (n = 5) e suspensão definitiva em apenas 3,7% (n = 2) por toxicidade de grau 3 (1 por diarreia e outro por rash cutâneo).

**Conclusões:** A maioria dos efeitos adversos identificados foram gastro-intestinais, de acordo com os dados da literatura. Sendo o perfil de efeitos adversos diferente para cada fármaco, é necessária uma adequação na escolha de cada um deles ao perfil de co-morbilidades. Os efeitos adversos são habitualmente ligeiros/moderados, não se verificando uma diferença significativa na suspensão definitiva do fármaco entre os dois grupos.

**Palavras-chave:** *Fibrose pulmonar idiopática. Anti-fibróticos. Segurança.*

### 29502. CARCINOMA PEQUENAS CÉLULAS PULMÃO, 20 ANOS DEPOIS- O QUE MUDOU?

C. Cascais Costa<sup>1</sup>, M.J. Vieira Silva<sup>2</sup>, T. Sales Marques<sup>3</sup>, A. Figueiredo<sup>4</sup>, F. Barata<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Baixo Vouga. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Leiria. <sup>3</sup>Centro Hospitalar e Universitário do Algarve. <sup>4</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução e objetivos:** O Carcinoma de Pequenas Células do Pulmão (CPPC) é responsável por cerca de 15% de todos os casos de

cancro do pulmão, tem uma alta taxa de proliferação, com metastização precoce, com uma sobrevida média aos cinco anos de cerca de 7% na doença disseminada.

**Objetivos:** Comparar dois grupos de doentes com diagnóstico de CPPC com 20 anos de diferença.

**Métodos:** Descrição e comparação de grupo de doentes diagnosticado com CPPC nos anos de 1998-2000 e outro grupo diagnosticado entre 2018-2020, numa consulta de Oncologia de um Hospital Central.

**Resultados:** Identificámos 32 doentes com diagnóstico de CPPC entre os anos de 1998 e o ano 2000, com uma média de idade ao diagnóstico de 61,09 ± 10,95 anos. Destes 93,8% era do sexo masculino, 75% eram fumadores, sendo que apenas 9% eram não fumadores. 75% apresentavam doença disseminada ao diagnóstico. No que diz respeito ao tratamento 15,6% realizaram quimioterapia e radioterapia concomitantes, 75% iniciaram quimioterapia. O duplo inicial foi em 82,8% dos casos carboplatínio e etoposido e nos restantes cisplatínio e etoposido. 20 anos depois, entre 2018 e 2020, foram diagnosticados com CPPC 35 doentes, com uma média de idade ao diagnóstico de 69,71 ± 12,16 anos, 65,7% eram do sexo masculino, 34,3% eram fumadores e também 34,3% era não fumadores. Apenas 11,4% dos doentes tinham doença limitada ao diagnóstico, 85,7% fizeram quimioterapia inicialmente: 6,5% com cisplatínio e etoposido, 12,9% com etoposido e 80,6% com carboplatínio e etoposido.

**Conclusões:** Os autores verificaram que 20 anos depois, existe uma idade ao diagnóstico superior, uma maior proporção de doentes do sexo feminino e mais doentes não fumadores com diagnóstico de CPPC. Apesar de toda a investigação e evolução observada na Pneumologia Oncológica nos últimos anos, a sobrevida observada, manteve-se sobreponível (média de 9,44 ± 8,53 meses *versus* 8,56 ± 8,65 meses), o que sublinha a máxima importância do investimento científico nesta patologia.

**Palavras-chave:** *Carcinoma pequenas células pulmão. Oncologia. Cancro pulmão.*

### 29506. SCORE DECAF COMO FERRAMENTA DE PROGNÓSTICO NA EXACERBAÇÃO AGUDA DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

B. Catarino<sup>1</sup>, J.M. Silva<sup>1,2</sup>, F. Pereira da Silva<sup>2</sup>, L. Ferreira<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Ciências da Saúde-Universidade da Beira Interior.

<sup>2</sup>Unidade Local de Saúde da Guarda.

**Introdução e objetivos:** A DPOC ocupa um lugar de destaque nas principais causas de morbimortalidade. A exacerbação aguda (EA) constitui um evento frequente na história natural da doença e afeta significativamente a qualidade de vida.

**Objetivos:** Avaliar a eficácia do score DECAF como preditor de mortalidade e duração do internamento.

**Métodos:** Foram consultados os registos clínicos dos doentes admitidos no Hospital Sousa Martins com diagnóstico primário de EADPOC entre janeiro 2015 e setembro 2021. Variáveis estudadas: escala de dispneia MRC, eosinopenia, consolidação na radiografia torácica, acidemia e fibrilhação auricular.

**Resultados:** Amostra de 94 doentes, com uma mortalidade intra-hospitalar de 7,4% (n = 7). Os doentes que faleceram tiveram uma média de score DECAF de 2,7 ± 0,95, enquanto os sobreviventes tiveram uma média de 1,3 ± 0,91. A variável que mais frequentemente pontuou foi a eosinopenia (n = 48; 51,1%). A mais preponderante para a mortalidade foi a consolidação na radiografia torácica (25,44 vezes mais probabilidade de morte). Entre os não sobreviventes, 71,4% (n = 5) classificavam-se, de acordo com o score DECAF, em alto risco. O modelo de regressão logística criado para estabelecer a relação entre a pontuação obtida no score e a mortalidade demonstrou ser estatisticamente significativo (p < 0,001), verificando-se que para cada ponto que o score aumenta, há 7,290

vezes mais probabilidade de se verificar morte. Entre o grupo de sobreviventes, verificou-se uma correlação positiva (coeficiente de correlação = 0,438), estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre a pontuação obtida e o tempo de internamento (tendência crescente de tempo de internamento, com o aumento das pontuações).

**Conclusões:** A percentagem de mortalidade foi superior para scores de alto risco, comparativamente aos de risco baixo e intermédio, existindo maior probabilidade de morte para pontuações mais altas de score DECAF. Pontuações mais altas associaram-se a internamentos mais prolongados. O score DECAF apresentou um bom desempenho para prever a mortalidade hospitalar e a duração do internamento.

**Palavras-chave:** doença pulmonar obstrutiva crónica. Exacerbação aguda de DPOC. Score DECAF. Mortalidade. Prognóstico.

## 29507. ESTADO FUNCIONAL PULMONAR, DISPNEIA E FADIGA. UM ESTUDO DOS EFEITOS DO TABAGISMO

J. Cardoso, P. Queirós, L. Gonçalves

Escola Superior de Saúde de Vale do Sousa-IPSN | CESPU.

**Introdução e objetivos:** A nível mundial, o tabagismo representa um fator evitável de mortalidade prematura e de desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis. Não apenas os fumadores, mas todos os expostos ao fumo do cigarro ficam sujeitos às suas consequências. Em indivíduos saudáveis, o estado funcional pulmonar e os sintomas respiratórios, associados à exposição ao fumo do tabaco, têm sido pouco estudados. Avaliar e comparar o estado funcional pulmonar (EFP), a dispneia e a fadiga de indivíduos com diferentes hábitos tabágicos, bem como a presença de sintomas respiratórios e níveis de atividade física. Estudar as tentativas de cessação tabágica e os níveis de dependência física à nicotina.

**Métodos:** Das iniciais 466 submissões de respostas, foram incluídas 370 na amostra que foi agrupada em: “Fumadores”, “Ex-Fumadores”, “Fumadores passivos” e “Nunca fumadores”. O EFP foi avaliado através do Questionário Modificado sobre o Estado Funcional Pulmonar e Dispneia. Os sintomas respiratórios foram registados com o Modified British Medical Research Council Respiratory Questionnaire e os dados de atividade física de lazer e desporto com o Questionário de Atividade Física Habitual - Baecke.

**Resultados:** Independentemente dos hábitos tabágicos, os indivíduos não apresentaram diferenças na dispneia e fadiga, na severidade e impacto nas atividades ( $p > 0,05$ ). Os fumadores apresentaram mais sintomas respiratórios: tosse ( $p = 0,023$ ), sibilâncias ( $p < 0,001$ ) e falta de ar no exercício ao ar frio ( $p = 0,031$ ). Não se registaram diferenças entre os níveis de atividade física ( $p = 0,071$ ), sendo os fumadores passivos os mais ativos e os nunca fumadores os menos ( $p = 0,018$ ).

**Conclusões:** Apesar de nos indivíduos estudados não se terem registado diferenças entre o EFP, dispneia e fadiga nem nos níveis de atividade física, os fumadores apresentaram mais sintomas respiratórios. Com baixa dependência à nicotina, muitos já tinham tentado parar de fumar, apesar de a maioria não ter a intenção de o fazer nas próximas 4 semanas.

**Palavras-chave:** Dispneia. Estado funcional pulmonar. Fadiga. Tabagismo.

## 29509. ESCONDIDO NO MEDIASTINO

R. Branquinho Pinheiro, P. Campos

Hospital Central do Funchal/Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

**Introdução:** As massas do mediastino anterior podem estar associadas aos vários órgãos presentes nessa cavidade. O Timolipoma é

uma neoplasia tímica benigna, rara e de crescimento lento, composta por grandes lóbulos de tecido adiposo intercalados com áreas de tecido tímico. Correspondem a cerca de 5% das neoplasias do timo. Não existe predomínio de sexo, surgindo habitualmente entre os 3 e 56 anos. São habitualmente assintomáticas, e quando existem sintomas são normalmente por compressão de estruturas adjacentes. O diagnóstico é geralmente acidental, pode crescer significativamente até ser descoberto. Os achados radiológicos não são específicos, mas característicos. O diagnóstico definitivo é baseado na histopatologia. O único tratamento curativo é a cirurgia.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de uma senhora, 55 anos de idade, com história de possível tuberculose pulmonar na infância não confirmada e síndrome depressivo, não fumadora. Sem queixas clínicas valorizáveis. Em radiografia de tórax identificada uma massa intratorácica incidental que levou a investigação. Realizou tomografia computadorizada do tórax que revelou volumosa massa mediastínica de conteúdo lipomatoso. A ressonância magnética mostrava uma lesão expansiva com  $14 \times 10 \times 10$  cm que se estendia desde a loca tímica direita até ao diafragma homolateral, capsulada de paredes bem definidas e com conteúdo ligeiramente heterogéneo com hipersinal, algumas imagens lineares de sinal intermédio no seu anterior, nas sequências com supressão de gordura observava-se anulação do hipersinal, aspetos sugestivos de timolipoma preenchendo parte do hemitorax direito com predomínio de tecido adiposo e alguns restos de tecido tímico. A doente foi proposta para cirurgia. Realizada excisão da lesão por abordagem híbrida com cirurgia videoassistida e toracotomia lateral, a anatomia patológica revelou timolipoma com excisão completa.

**Discussão:** Quando identificada uma massa mediastínica, é importante estabelecer um diagnóstico definitivo pelo possível prognóstico reservado ou, mesmo em lesões inocentes, crescimento significativo com sintomatologia importante. Apesar do diagnóstico definitivo ser histopatológico, a imagiologia é muitas vezes esclarecedora.

**Palavras-chave:** Imagiologia. Timo. Timolipoma. Mediastino. Ressonância magnética.

## 29512. MUCORMICOSE PULMONAR: UMA CAUSA RARA DE HEMOPTISE NO DOENTE IMUNOCOMPETENTE

D. Cardoso<sup>1</sup>, M.B. Paiva<sup>2</sup>

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

**Introdução:** A mucormicose pulmonar é uma infeção fúngica rara, rapidamente progressiva e potencialmente fatal. Ocorre essencialmente em doentes imunocomprometidos. O diagnóstico estabelece-se pela presença de hifas no tecido pulmonar e no isolamento de fungos *Mucorales* (habitualmente *Rhizopus*) em cultura. O tratamento deve ser precoce e agressivo, combinando frequentemente a abordagem médica e cirúrgica.

**Caso clínico:** Mulher de 72 anos, não-fumadora, com antecedentes de HTA e neoplasia da mama, em remissão há 20 anos. Recorreu ao serviço de urgência por hemoptises recorrentes e cansaço de agravamento progressivo. Apirética e hemodinamicamente estável. Realizou laringoscopia direta que excluiu hemorragia superior. Apresentava insuficiência respiratória parcial, anemia ligeira e opacidade nodular no lobo inferior direito (LID) em radiografia torácica. Foi internada para estudo, tendo realizado: TC-tórax que revelou consolidação no segmento postero-basal do LID, sem adeno-patias ou derrame pleural; broncofibroscopia que mostrou presença de coágulo no brônquio intermediário e secreções mucosas que foram aspirados. A microbiologia do aspirado foi negativa, mas a citologia apresentava inúmeras hifas e esporos, compatíveis com infeção fúngica. Foi iniciado voriconazol, pela hipótese diagnóstica de aspergilose pulmonar e procedeu-se a segunda broncofibroscopia com intuito diagnóstico. Foi realizado mini-LBA dirigido com hemorragia associada, que impediu a obtenção de biópsias. O estudo mi-

cológico do lavado e aspirado brônquicos identificou *rhizopus* spp. Foram excluídas potenciais causas de imunossupressão e foi iniciada anfoterina B lipossômica, com boa resposta clínica. O tratamento foi suspenso às 22 semanas por nefrotoxicidade. Com vista à terapêutica cirúrgica, foi repetida TC torácica, que mostrou resolução completa da consolidação. A doente mantém-se assintomática, com estabilidade radiológica aos 12 meses.

**Discussão:** Este trabalho apresenta uma causa rara de hemoptise, muitas vezes negligenciada no estudo de doentes imunocompetentes, realçando a complexidade diagnóstica da mucormicose pulmonar. Destaca-se a recuperação completa sob terapêutica com anfotericina isolada, descrita em alguns casos, quando iniciada precocemente.

**Palavras-chave:** *Mucormicose. Hemoptises. Infecção.*

## 29515. INDICADORES DE SAÚDE RESPIRATÓRIA EM TRABALHADORES NA INDÚSTRIA DA MADEIRA

**A.L. Coelho**, L. Gonçalves

*Escola Superior de Saúde de Vale do Sousa-IPSN-CESPU.*

**Introdução e objetivos:** A nível mundial, a exposição ocupacional aumenta o risco de desenvolver doenças respiratórias crónicas. A indústria da madeira reúne várias condições propícias pela exposição a poeiras e agentes químicos. O estudo tem como objetivo analisar a prevalência de sintomas respiratórios e estudar a sua associação com as características individuais, de comportamento e do ambiente de trabalho dos diferentes trabalhadores desta indústria.

**Métodos:** Estudo observacional analítico transversal realizado em 61 trabalhadores de pequenas e médias empresas da indústria da madeira que responderam a um questionário web survey, com questões referentes às características individuais, de comportamento, sintomas respiratórios e história clínica. Na análise de dados foi calculada a prevalência e a frequência dos sintomas respiratórios e o teste de qui-quadrado ou o Teste de Fisher, foram utilizados para estudo da associação entre a variável sintomas respiratórios e as demais variáveis, com um intervalo de confiança de 95%.

**Resultados:** A prevalência de sintomas respiratórios foi de 75,6%. Registou-se uma maior prevalência de espirros (57,4%), tosse (47,5%), expetoração (45,9%) e congestão nasal (45,9%). Não foi encontrada nenhuma associação estatisticamente significativa entre os sintomas respiratórios e as variáveis: sexo ( $p = 0,712$ ), idade ( $p = 0,351$ ), hábitos tabágicos ( $p = 0,489$ ), atividade física ( $p = 0,843$ ), índice de massa corporal ( $p = 0,952$ ), posto de trabalho ( $p = 0,147$ ), anos de trabalho ( $p = 0,413$ ), exposição ao pó ( $p = 0,065$ ), exposição a produtos químicos ( $p = 0,085$ ) e horas de trabalho ( $p = 0,741$ ).

**Conclusões:** Registou-se uma elevada prevalência de sintomas respiratórios nos trabalhadores da indústria da madeira estudados. Os espirros, a tosse, a expetoração e a congestão nasal foram os sintomas mais referidos. Não foi encontrada associação entre a presença de sintomas respiratórios e as características individuais, comportamentais e do ambiente de trabalho destes trabalhadores.

**Palavras-chave:** *Exposição ocupacional. Fatores de risco. Indústria da madeira. Prevalência. Sintomas respiratórios.*

## 29518. CANCRO DO PULMÃO NO JOVEM ADULTO. SÉRIE DE CASOS NUM HOSPITAL PERIFÉRICO

**C. Giesta**, M. d'Almeida, S. Ferreira, A. Norte, T. Câmara, J. Duarte, C. Lousada

*Centro Hospitalar Médio Tejo.*

**Introdução:** O cancro pulmonar é o segundo cancro mais comum no mundo e representa cerca de 25% das mortes por cancro. O seu

diagnóstico é mais frequente em doentes com idade superior a 65 anos, sendo raro abaixo dos 45 anos.

**Métodos:** Foram avaliados todos os doentes com primeira consulta de Pneumologia Oncológica de 1 de Janeiro de 2016 a 31 de Dezembro de 2020. No total de 717 doentes observados, apenas 6 tinham idade  $\leq 45$  anos à data de diagnóstico de cancro pulmonar. Foram recolhidos dados antropométricos, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance status, histologia, estadió tumoral à data de diagnóstico, local das metástases, tipos de tratamento efetuado e sobrevida.

**Resultados:** Dos seis casos analisados, quatro eram do sexo masculino, a média de idades foi  $40,83 \pm 5,037$  anos e todos os doentes eram fumadores ou ex-fumadores sendo a carga tabágica mediana de 26 (17,25-45,00) unidades maço-ano. O ECOG performance status de todos os doentes foi de um. A histologia de 50% dos doentes foi adenocarcinoma e todos os doentes apresentavam estadió avançado à data de diagnóstico. Os locais mais observados com metastização foram o cérebro e o osso. Somente um doente apresentava mutação do EGFR. Um doente não realizou terapêutica por apresentar alterações hematológicas. Os restantes doentes realizaram quimioterapia. Acresceu radioterapia pulmonar no doente com carcinoma epidermoide, radioterapia holocraneana a um doente com metastização craniana e a outro como profilaxia. O doente com mutação EGFR encontra-se a realizar afatinib e é o único que se mantém em seguimento. A mediana da sobrevivência foram 11 (2,75-36,00) meses.

**Conclusões:** Os doentes estudados apresentavam um bom performance status, poucas co-morbilidades e tinham todos história de consumo de tabaco. Contudo, estávamos perante estadiós avançados com consequente sobrevivência baixa. Estudos com amostras maiores e com comparação com amostra controlo são necessários.

**Palavras-chave:** *Neoplasia pulmonar. Adenocarcinoma pulmonar. Jovem adulto.*

## 29519. CHRONIC PHRENIC NERVE LESION: A CASE OF UNILATERAL DIAPHRAGMATIC PARALYSIS

**L. Balanco**, P. Ferreira

*Centro Hospitalar e Universitario de Coimbra.*

**Introduction:** The diaphragm is an essential inspiratory muscle. Phrenic nerve lesions can cause diaphragmatic paralysis, therefore impacting breathing. Clinic manifestations of diaphragm dysfunction vary from asymptomatic to severe respiratory failure. Here we describe a case of unilateral diaphragmatic paralysis (UDP) in a patient with tachypnea.

**Case report:** A 64-year-old non-smoker male was admitted to the dermatology ward for dermo-hypodermatitis. Tachypnea and a slight hypoxaemia with respiratory alkalemia were noted, requiring pulmonology evaluation. The patient reported dyspnea (mMRC 2) on a daily basis, but he denied cough, orthopnea or excessive daytime sleepiness. Personal history was relevant for intermittent asthma, arterial hypertension and dyslipidemia. He had no history of thoracic surgery or trauma. His asthma had been controlled without regular medication. On physical examination, breath sounds were decreased on right lower hemithorax; there was no wheezing. Chest radiograph showed elevated right hemidiaphragm. Chest CT angiography ruled out pulmonary embolism and confirmed a prominent right hemidiaphragm elevation. Thoracic ultrasound showed normal diaphragmatic thickness, but significantly reduced excursion on the right side. Lung function test showed a normal FVC. Diaphragm electromyography (EMG) confirmed chronic right phrenic nerve lesion of moderate severity. Supportive measures as oxygen therapy and head of bed elevation were applied. The respiratory manifestations resolved alongside with the dermatologic condition. After hospital discharge, night capnography showed no hypercapnia and daytime blood gases were normal. Type I polysomnography di-

agnosed obstructive sleep apnea. The patient was started on auto-adjusting positive airway pressure treatment. Since there was no respiratory compromise, the patient was not a candidate for diaphragmatic pacing.

**Discussion:** UDP can be a cause of respiratory distress in patients with other acute conditions. Clinical manifestations such as dyspnea, tachypnea and orthopnea along with an elevated hemidiaphragm should raise suspicion of UDP. Combining evaluation of diaphragm's dynamic function through ultrasound evaluation and EMG can improve diagnosis accuracy.

**Keywords:** *Unilateral diaphragmatic paralysis. Chronic phrenic nerve lesion. Diaphragmatic pacing. Tachypnea.*

## 29521. ATRÉSIA BRÔNQUICA: UM ACHADO INCOMUM

**J.V. Naia**, M.C. Silva, D. Pimenta, J.F. Cruz, L. Ferreira

*Hospital de Braga.*

**Introdução:** A atresia brônquica é uma anomalia congénita rara (1,2 casos por 10.000 homens). É caracterizada por interrupção focal de um brônquio lobar, segmentar ou subsegmentar, associada a uma impacção mucoide periférica (broncocelelo ou mucocelo) e hiperinsuflação do segmento pulmonar obstruído. A maioria dos doentes é jovem e assintomática.

**Caso clínico:** Homem de 27 anos, fumador. Sem antecedentes patológicos conhecidos. Recorreu ao serviço de Urgência por lipotimia, dor torácica à esquerda e dispneia com início súbito. Negava traumatismos, esforços intensos, episódios semelhantes prévios, edema nos membros inferiores, febre ou outra sintomatologia. A radiografia do tórax revelou um pneumotórax espontâneo primário total à esquerda. Foi colocado dreno torácico e o doente foi internado no serviço de Pneumologia. Por ausência de melhoria imagiológica após 48 horas, iniciou-se aspiração negativa. Doente realizou TC de tórax ao terceiro dia de aspiração negativa, que revelou "hiper-insuflação do terço inferior do hemicampo pulmonar direito, na dependência do segmento basal anterior do lobo inferior direito, com rarefação das estruturas vasculares, identificando-se broncocelelo em localização central, sem contiguidade proximal com a restante árvore traqueo-brônquica central, colocando-se como principal hipótese a de uma atresia brônquica. No restante parênquima pulmonar identifica-se enfisema centrilobular e parasseptal de predomínio nos lobos superiores, com algumas bolhas enfisematosas subpleurais". Verificou-se resolução do pneumotórax após 3 dias de aspiração negativa, tendo alta com referência para primeira consulta de Pneumologia.

**Discussão:** A atresia brônquica é habitualmente um achado incidental em exames de imagem (predominantemente no lobo superior esquerdo, seguido pelos lobos superior e médio direitos e por fim o lobo inferior direito), com diagnóstico confirmado por TC de tórax. O tratamento é conservador para doentes assintomáticos e cirúrgico para lesões sintomáticas (dispneia, tosse ou infeções). Apresenta-se este caso, dado tratar-se de uma anomalia rara com uma localização infrequente.

**Palavras-chave:** *Atrésia brônquica.*

## 29525. HEMOSSIDEROSE PULMONAR IDIOPÁTICA: A PROPÓSITO DE UM CASO

**A. Barroso**<sup>1</sup>, A. Terras Alexandre<sup>2</sup>, P. Mota<sup>2</sup>, N. Melo<sup>2</sup>, A. Morais<sup>2</sup>, H. Novais e Bastos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário do Algarve. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Universitário São João.

**Introdução:** A hemossiderose pulmonar idiopática (HPI) é uma doença rara, caracterizada por episódios recorrentes de hemorragia alveolar difusa, que se podem manifestar por hemoptises, infiltra-

dos alveolares difusos e anemia ferropénica. Embora vários estudos tenham relatado a coexistência de HPI e doenças autoimunes, a sua associação ainda não está bem esclarecida.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de um homem de 52 anos, ex-fumador, sem outra exposição relevante, com o quadro clínico recorrente de tosse, febre, expectoração hemoptóica, associado a anemia microcítica hipocrômica e elevação dos parâmetros inflamatórios. Outros antecedentes incluíam obesidade, SAOS grave e colite ulcerosa (em remissão endoscópica). Os episódios descritos eram compatíveis com pneumonias de repetição, tendo sido levantada a hipótese de pneumonia organizativa, e respondiam ao tratamento antibiótico e corticoterapia. Porém, normalmente sucedia-se deterioração clínica com as tentativas de desmame de prednisolona abaixo dos 20 mg/dia. Entretanto havia iniciado azatioprina 75 mg/dia, sem modificação do quadro. A TC tórax evidenciava zonas de opacificação dispersas no pulmão esquerdo e nódulos em "vidro despolido" bilaterais, de distribuição centrilobular. O lavado broncoalveolar foi compatível com hemorragia alveolar ligeira, verificando-se abundante hemossiderina no citoplasma dos macrófagos. O estudo autoimune foi negativo, incluindo no painel associado a vasculites, pelo que se procedeu à criobiópsia pulmonar transbrônquica que demonstrou preenchimento alveolar com sangue, sem lesões de capilarite. Dada a ausência de uma etiologia específica, assumiu-se o diagnóstico de exclusão de HPI. Iniciou pulsos mensais de ciclofosfamida, seguido de micofenolato mofetil de manutenção durante 30 meses, o que permitiu completar o desmame de corticoide (do qual dependia há 7 anos), acompanhado de melhoria clínica, analítica e resolução imagiológica.

**Discussão:** A variabilidade na apresentação clínica da HPI e a natureza intermitente da doença constituem os maiores desafios para o diagnóstico. Este caso demonstra a eficácia da imunossupressão de indução com ciclofosfamida, seguido de micofenolato mofetil, permitindo a remissão da doença.

**Palavras-chave:** *Hemossiderose. Imunossupressão. Ciclofosfamida.*

## 29526. ASPERGILOSE INVASIVA E ASPERGILOSE CRÓNICA - EXPERIÊNCIA DE 7 ANOS

**C. da Silva Alves**, M. Maia e Silva, M. Vasques Osório, R. Petinga Fortes, L. Carreto, F. Rodrigues

*Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca.*

**Introdução e objetivos:** A Aspergilose pulmonar pode-se classificar em alérgica, crónica e invasiva. O estudo visa caracterizar as últimas duas.

**Métodos:** Estudo retrospectivo e observacional de doentes internados num hospital secundário por aspergilose invasiva ou crónica, de Janeiro de 2014 a Janeiro de 2021.

**Resultados:** Foram considerados 22 doentes com aspergilose e divididos em 2 grupos, de acordo com o subtipo, o grupo A, de aspergilose invasiva (n = 9) e grupo B, de aspergilose crónica (n = 13) constituído por: aspergilose cavitária (n = 10), aspergiloma simples (n = 2) e aspergilose nodular (n = 1). No grupo A, 78% eram do sexo masculino, mediana de 68 (49-78) anos, incluindo apenas imunodeprimidos, sobretudo por terapêutica (44%) e VIH (33%). No grupo B, 66% eram do sexo masculino, mediana de 72,5 (55-81) anos, 54% apresentava bronquiectasias secundárias a tuberculose e 23% diabetes mellitus. A maioria dos doentes, à admissão, apresentava tosse produtiva (A = 55,6%; B = 83,3%), dispneia (A = 55,6%; B = 58,3%), perda ponderal (A = 11%; B = 50%) e febre (A = 44,4%; B = 58,3%). Quanto ao diagnóstico, em 45% foi considerado inicialmente abcesso pulmonar (B = 2), pneumonia (A = 3; B = 4) ou neoplasia (B = 1). Foi admitido aspergilose, em mediana, 9 (5-18) e 15 (10-35) dias após admissão, com 10 (7-16) e 158 (97-310) dias de sintomas, no grupo A e B, respetivamente. Realizou-se broncofibroscopia (A = 5; B = 12) em 77%, tendo permitido o diagnóstico em 45%

dos casos. Todos realizaram terapêutica antifúngica e, em 67% de forma empírica no grupo A. No grupo B, 2 necessitaram de cirurgia. Salienta-se 2 óbitos intra-hospitalares no grupo A.

**Conclusões:** Registaram-se mais casos de aspergilose crônica do que a invasiva, ambas com sintomas inespecíficos. Como descrito na literatura, aspergilose invasiva associou-se a imunossupressão grave enquanto a aspergilose crônica a alterações estruturais pulmonares. A broncofibroscopia revelou-se útil no processo diagnóstico, muitas vezes desafiante.

**Palavras-chave:** *Aspergilose crônica. Aspergilose Invasiva.*

### 29528. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE DOS DOENTES COM DPOC. DOIS CICLOS DE AVALIAÇÃO

Â. Santos Franca<sup>1</sup>, S. Martins Pinto<sup>1</sup>, D. Costa Vieira<sup>1</sup>, M. Silva<sup>1</sup>, D. Oliveira Almeida<sup>1</sup>, D. Moreira Ferreira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Nascente, ACeS Gondomar. <sup>2</sup>USF Cristelo, ACeS Vale Sousa Sul.

**Introdução e objetivos:** Segundo a Sociedade Portuguesa de Pneumologia, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) apresenta uma prevalência de 14%. Sendo uma doença prevenível, tratável e com elevado impacto, consideramos pertinente otimizar os cuidados prestados. O objetivo foi melhorar a cobertura vacinal e a avaliação da função pulmonar, estabelecendo-se a meta de, pelo menos, uma aferição de FEV1 nos últimos três anos.

**Métodos:** Melhoria contínua da qualidade com dois ciclos de avaliação intervalados por três anos. No primeiro (2018), foram revistos os diagnósticos e convocados os utentes sem espirometria atualizada para avaliação por AirSmart Spirometer®. Foram também contactados os utentes para realização de vacinação anti-gripal e anti-pneumocócica. Em 2021, com o intuito de averiguar a manutenção dos ganhos obtidos, retirou-se nova listagem de utentes e avaliou-se a codificação, espirometria atualizada e vacinação.

**Resultados:** Verificamos uma prevalência de DPOC semelhante nos dois ciclos (1,1% vs. 1,2%), com redução dos erros de codificação (25% vs. 23%). No início do primeiro ciclo de avaliação, a proporção de utentes com FEV1 nos últimos três anos foi de 45%, tendo-se aumentado para 65,6% após realização de AirSmart. No segundo ciclo de avaliação, constatamos atualização da espirometria em 58,5% dos doentes. A cobertura vacinal foi melhorada para a vacina anti-gripal (66% vs. 69%) e anti-pneumocócica (33% vs. 48%). Constatamos uma adesão de 97% à vacinação COVID-19.

**Conclusões:** Através desta avaliação percebemos que a melhoria de 2018 teve efeitos sustentados, porque a proporção de utentes com espirometria atualizada em 2021 foi consideravelmente superior ao basal de 2018. Apesar de inferior à proporção no final da intervenção, consideramos que se manteve a sensibilização e esta diferença justifica-se pelo difícil acesso à espirometria na pandemia. Também diminuíram os erros de diagnóstico. A prevalência encontrada é inferior ao relatado na literatura, alertando-nos para o subdiagnóstico. Na cobertura vacinal verificaram-se maiores ganhos.

**Palavras-chave:** *Doença pulmonar obstrutiva crônica. Cobertura vacinal. Avaliação da função pulmonar.*

### 29529. A UTILIZAÇÃO DO 1-MINUTE SIT-TO-STAND-TEST (1STST) NO FOLLOW-UP DOS DOENTES INTERNADOS COM PNEUMONIA COVID-19

J. Lourenço<sup>1</sup>, P. Almeida<sup>2</sup>, D. Dantas<sup>2</sup>, P. Simão<sup>1</sup>, M. Araújo<sup>1</sup>, S. Dias<sup>1</sup>, A.P. Vaz<sup>1</sup>, A.L. Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano. <sup>2</sup>Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital Pedro Hispano.

**Introdução e objetivos:** A dispneia de esforço e diminuição da capacidade funcional são frequentemente encontradas no follow-up

de doentes internados por Pneumonia COVID-19. A PM6M e o 1STST são utilizados para avaliar a capacidade de exercício e dessaturação no esforço. Contudo, o 1STST é mais simples, usa menos recursos, tornando-o uma ferramenta atrativa no contexto de pandemia. Pretendeu-se avaliar a utilização do 1STST em doentes previamente hospitalizados por Pneumonia COVID-19.

**Métodos:** Estudo retrospectivo observacional incluindo doentes hospitalizados por Pneumonia COVID-19 referenciados para a consulta de Pneumologia-COVID do Hospital Pedro Hispano até 31/12/2021, que dispunham de 1STST realizado em consulta de Medicina Física e Reabilitação (amostra por conveniência). Foram divididos em 2 grupos, consoante o tempo de internamento (grupo 1  $\geq$  10 dias; grupo 2  $<$  10 dias).

**Resultados:** Avaliaram-se 48 doentes, 56,3% (n = 27) homens, com idade de  $59,0 \pm 13,2$  anos, duração média de internamento de  $19,8 \pm 15,5$  dias e SO2 basal  $97,15 \pm 1,30\%$ . O 1STST foi realizado aos  $66,4 \pm 60,9$  dias após-alta, com uma média de  $22,1 \pm 12,2$  repetições e 29,2% (n = 14) apresentaram dessaturação significativa ( $\geq 4\%$ ). Dos últimos, 57,1% (n = 8) foram referenciados para programa de Reabilitação Respiratória (RR), havendo diferença estatisticamente significativa face aos doentes com dessaturação  $< 4\%$ . Considerando a duração do internamento, foram incluídos 71% (n = 34) no grupo 1 e 29% (n = 14) no grupo 2. Entre ambos verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na: idade (p = 0,037), dias em Cuidados Intensivos (p = 0,002)/Intermédios (p = 0,004), pior rácio PaO2/FiO2 (p = 0,003), necessidade de VMI (p = 0,010)/VNI (p = 0,001); média de repetições (p = 0,013) e SpO2 mínima (p = 0,024) no 1STST e na DLCO (p = 0,012). Não se verificaram diferenças entre os grupos em termos de dessaturação  $\geq 4\%$  ou nos questionários aplicados (mMRC, EQ-5D, LCADL).

**Conclusões:** Nesta amostragem verificou-se que os doentes com dessaturação significativa no 1STST foram mais vezes integrados em programa de RR. Os doentes com internamento  $\geq 10$  dias foram os que apresentaram um pior desempenho no teste. Este estudo parece demonstrar uma possível utilidade na inclusão do 1STST no seguimento dos doentes hospitalizados por Pneumonia COVID-19.

**Palavras-chave:** *1-minute sit-to-stand-test. COVID-19.*

### 29530. ABCESSO PULMONAR - A PROPÓSITO DE UMA CASUÍSTICA

C.S. Alves, M. Vasques Osório, M. Maia e Silva, R. Petinga Fortes, L. Carreto, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca.

**Introdução e objetivos:** O abcesso pulmonar corresponde a uma infeção microbiana que resulta em necrose parenquimatosa do pulmão. Pretende-se caracterizar a clínica, diagnóstico e tratamento do abcesso pulmonar.

**Métodos:** Análise retrospectiva de doentes, com idade mínima de 18 anos, internados de Janeiro de 2014 a Janeiro de 2021 por abcesso pulmonar, num hospital secundário.

**Resultados:** Foram identificados 33 doentes, a maioria do sexo masculino (82%), com idade mediana de 61 (52-71) anos. À admissão, apresentavam tosse produtiva (64%), febre e anorexia (52%) e perda ponderal (42%), com mediana de 10 (5-31) dias de evolução. Apenas 18% apresentava história de pneumonia medicada há menos de 8 dias. Imagiologicamente, a localização mais frequente foi o lobo superior (58%), sobretudo à direita (67%). Os principais fatores de risco foram: hábitos alcoólicos (33%), terapêutica imunossupressora (27%), neoplasia ativa (21%) e bronquiectasias (18%). O diagnóstico ocorreu, em mediana, 1 (0-6,5) dia após admissão, exceto em 33% dos casos, nos quais o primeiro diagnóstico considerado foi pneumonia (18%) ou tuberculose pulmonar (15%), atrasando o diagnóstico 5 dias (p = 0,001). Realizou-se em 18% (n = 6) dos casos isolamento microbiológico, na expectoração, sen-

do o mais frequente *Staphylococcus aureus* (n = 3). Destaca-se que, em todos, foram colhidas hemoculturas, sempre negativas, e em 85% secreções brônquicas, também negativas. Em 94% dos doentes verificou-se resposta à antibioterapia dupla, durante, em mediana 26 (19-46) dias, tendo 6% requerido drenagem ou ressecção do abscesso por VATS. A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 6%.

**Conclusões:** O estudo incluiu abscessos agudos, sobretudo de etiologia primária (em imunodeprimidos), mas também secundária, nomeadamente por obstrução brônquica. Em oposição ao habitualmente descrito, foram isolados sobretudo microorganismos aeróbios. As hemoculturas não foram úteis no diagnóstico microbiológico. Foi significativo o atraso no diagnóstico nos doentes em que se assumiu inicialmente outra patologia, pelo que, num quadro respiratório arrastado, abscesso pulmonar deverá ser considerado.

**Palavras-chave:** Abscesso. Pneumonia.

## 29532. QUANDO UMA NEOPLASIA NÃO VEM SÓ - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**R. Branquinho Pinheiro, P. Alves, C. Bárbara**

*Hospital Central do Funchal/Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.*

**Introdução:** A neoplasia do pulmão continua a ter um peso importante na incidência e mortalidade da patologia oncológica. A neoplasia primária do pulmão múltipla pode apresentar-se de forma síncrona ou metácrona, por lesões que surgem ao mesmo tempo ou ao longo do tempo respetivamente. O desafio permanece em estabelecer se as diferentes e novas lesões são independentes, metastização ou progressão de doença, uma vez que isso influencia o estadiamento, abordagem e prognóstico. Está provado que doentes com neoplasia conhecida apresentam risco acrescido de nova lesão neoplásica.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de um homem, fumador (carga tabágica 50 UMA). Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Aos 48 anos de idade foi identificado um nódulo pulmonar suspeito no lobo superior direito, tendo sido submetido a lobectomia superior direita com diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão pT2N0. Manteve-se em seguimento, estável, até que 8 anos depois foi identificado um nódulo de novo no lobo superior esquerdo, tendo sido submetido a lobectomia superior esquerda cuja anatomia patológica revelou um carcinoma pulmonar de pequenas células pT1bN0M0. Cumpriu quimioterapia e radioterapia adjuvante. Cerca de 2 anos após o último diagnóstico, por evidência de lesão de novo suspeita no lobo inferior esquerdo, é submetido a ressecção em cunha com diagnóstico de carcinoma mucoepidermoide.

**Discussão:** O aparecimento de múltiplas lesões pulmonares pode significar neoplasia primária do pulmão múltipla, síncrona ou metácrona, ou doença avançada com metastização, continuando a ser um desafio diagnóstico. A sua identificação é essencial para estadiamento, tratamento dirigido e prognóstico da doença. É importante estar alerta, mesmo quando parece a evolução natural da doença, de forma a promover a melhor abordagem em cada momento para cada doente.

**Palavras-chave:** Neoplasia do pulmão. Síncrono. Metácrono. Adenocarcinoma. Carcinoma pulmonar de pequenas células. Carcinoma mucoepidermoide.

## 29534. DUAS PATOLOGIAS NO ESPECTRO DA EOSINOFILIA

**D. Pimenta Rocha, M.J. Valente**

*Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira.*

**Introdução:** As doenças pulmonares eosinofílicas são um grupo heterogêneo de distúrbios que têm em comum a eosinofilia das vias

aéreas e do parênquima pulmonar. O diagnóstico diferencial é desafiante com múltiplos pontos de contacto com a Asma Brônquica. A pneumonia eosinofílica crônica (PEC) é um distúrbio idiopático raro, precedido pela asma em 50% dos casos.

**Caso clínico:** Feminino, 76 anos, não fumadora, história de asma, rinite e polipose nasal; desenvolve quadro com meses de evolução pautado por exacerbações progressivamente mais frequentes, caracterizadas por dispneia, tosse seca e sudorese noturna, apesar de altas de dose de ICS/LABA, ciclos de corticoterapia oral e antibioterapia. Por deteção de opacidades subpleurais, bilaterais em vidro despolido, sem bronquiectasias, ficou internada para estudo. Analiticamente destacava-se eosinofilia periférica com aumento da IgE total. IgE, IgG e prick teste para *Aspergillus* negativos. ANCA's negativas. Após ter sido descartada infeção parasitária e eosinofilia secundária a fármacos, a doente realizou broncofibroscopia com eosinofilia no LBA, 40% de eosinófilos, citologias e culturas negativas. O quadro clínico-radiológico associado à eosinofilia periférica e no LBA, estabeleceu o diagnóstico de PEC. Instituiu-se corticoterapia intravenosa com desmame até deflazacorte 15 mg id. Apesar da resolução imagiológica, analítica, e melhoria clínica, a doente mantinha em média duas exacerbações de asma anuais com prejuízo na qualidade de vida. Foi proposta e aceite para início de tratamento com mepolizumab. Nos últimos dois anos não apresentou exacerbações.

**Discussão:** O diagnóstico de PEC é baseado na conjugação de sintomas, alterações imagiológicas características e eosinofilia no LBA superior a 25%. A resposta ao tratamento com glucocorticoides é habitualmente rápida. A recidiva pode ocorrer quando se suspende ou diminui a dose de corticoide. Nesta doente, apesar de manter a PEC em remissão, a asma continuou mal controlada. Terapêutica com anti-IL5 permitiu o controlo da asma e a suspensão da corticoterapia, evitando os seus efeitos adversos.

**Palavras-chave:** Eosinofilia.

## 29535. QUEM SÃO OS DOENTES SOB VENTILAÇÃO DOMICILIÁRIA NÃO INVASIVA PROLONGADA?

**P. Viegas, C. Nogueira, D. Ferreira, S. Conde, C. Ribeiro**

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.*

**Introdução e objetivos:** A ventilação domiciliária não invasiva (VDNI) é indicada em doentes com insuficiência respiratória crônica de etiologia variada. A utilização da VDNI nas últimas décadas tem aumentado devido ao alargamento das suas indicações e melhoria da organização dos cuidados de saúde. O aumento da sobrevida destes doentes leva a que muitos deles estejam sob VDNI durante longos períodos de tempo. O objetivo deste trabalho foi analisar os doentes sob VDNI por períodos de tempo superiores a 10 anos.

**Métodos:** Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes sob VDNI há mais de 10 anos, seguidos em regime ambulatorio, num hospital terciário, entre janeiro de 2017 e dezembro de 2021. Os dados foram recolhidos com base nos registos do processo clínico dos utentes.

**Resultados:** De uma população de 624 doentes, foi analisada uma amostra total de 56 doentes. A caracterização dos doentes está documentada na tabela.

**Conclusões:** A maioria dos doentes iniciaram VDNI em contexto de estabilidade clínica. Apesar da maioria dos doentes sob ventilação prolongada serem doentes com SOH (síndrome de obesidade-hipoventilação) e doenças restritivas da caixa torácica, uma proporção importante de doentes com DPOC (com ou sem SAOS) estava sob VDNI há mais de 10 anos.

**Palavras-chave:** Ventilação domiciliária não invasiva. Longo-prazo.

Sexo	
Masculino	28 (50.0)
Feminino	28 (50.0)
Idade, em anos	74.0 ± 9.4
Idade no início da VDNI, em anos	59.0 ± 9.8
Motivo para início de VDNI	
SOH	18 (32.2)
Doenças Restritivas da Caixa Torácica	13 (23.2)
DPOC+SAOS	11 (19.6)
DPOC	10 (17.9)
Doenças Neuromusculares	4 (7.1)
Proveniência	
CE de Pneumologia – SAOS	24 (42.9)
Internamento de Pneumologia	8 (14.3)
CE de Pneumologia – DPOC	5 (8.9)
CSP	4 (7.1)
Consulta aberta de Pneumologia	2 (3.6)
CE de Neurologia	1 (1.8)
Internamento de Medicina Interna	1 (1.8)
Desconhecido	11 (19.6)
Tempo sob VDNI, em meses	164 [142-198]
Início da VDNI	
Agudização	15 (26.8)
Estabilidade	41 (73.2)
Óbito	
Não	42 (75.0)
Sim	14 (25.0)

Tabela 1 – Caracterização dos doentes que utilizaram VDNI por um período superior a 10 anos. Dados apresentados como n (%), média ± DP ou mediana [p25-p75]. VDNI – ventilação domiciliária não invasiva; DPOC - doença pulmonar obstrutiva crónica; SAOS - síndrome de apneia obstrutiva do sono; SOH – síndrome de obesidade-hipoventilação; CE – consulta externa; CSP – cuidados de saúde primários.

Figura 29535

### 29538. UMA SURPRESA DE TIRAR O FÔLEGO: UM CASO RARO DE HISTIOCITOSE PULMONAR DE CÉLULAS DE LANGERHANS NUM DOENTE NÃO FUMADOR

M.J. Santos, I. Macedo, C. Pereira, R. Macedo, P. Pinto, C. Bárbara

*Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** A histiocitose pulmonar de células de Langerhans é uma doença intersticial pulmonar rara que afeta principalmente adultos jovens. É causada por proliferação de células de Langerhans e destruição das paredes dos bronquíolos distais. A quase totalidade dos afetados é fumador ou ex-fumador. Pela sua peculiaridade, reporta-se o caso de um jovem não fumador cujo diagnóstico desta patologia foi feito em contexto de internamento por pneumotórax.

**Caso clínico:** Homem, 19 anos, com antecedentes de asma e rinite alérgica, medicado e com bom controlo sintomático. Não fumador. Apresentava história prévia de pneumotórax esquerdo recidivante, submetido a pleurectomia por VATS, não tendo sido identificadas alterações anatomopatológicas. Seguido em consulta de Pneumologia desde então. Encontrava-se ainda em estudo genético por suspeita de Síndrome de Marfan. Dirigiu-se ao Serviço de Urgência por toracalgia à direita com dois dias de evolução, sem outras queixas. Foi identificado novo pneumotórax apical à direita. A TC revelou ainda bolhas subpleurais no segmento superior do lobo inferior direito. Manteve medidas conservadoras. No entanto, por agravamento radiológico, foi colocada drenagem torácica e proposta nova pleurectomia e talcagem por VATS. A peça enviada para anatomia patológica revelou parênquima enfisematoso com bronquiectasias, sugestivo de histiocitose de células de Langerhans (CD1a+). O doente manteve-se assintomático, tendo alta ao 5º dia pós-operatório e prosseguindo estudo em consulta.

**Discussão:** A histiocitose pulmonar de células de Langerhans é raramente descrita em não fumadores e os mecanismos patogénicos nestes doentes continuam por definir. A raridade e complexidade destes casos tende a promover o seu subdiagnóstico. É importante ser considerado mesmo em não fumadores, particularmente se existir evidência radiológica ou patológica corroborativa. Para além disso, devemos considerar este diagnóstico em casos de pneumotórax espontâneo, visto que mais de 10% dos doentes com histiocitose apresentam pneumotórax.

**Palavras-chave:** Histiocitose pulmonar de células de Langerhans. Pneumotórax. Pleurectomia.

### 29539. NEOPLASIA OU ABCESSO, EIS A QUESTÃO! UM CASO DE RHODOCOCCUS NUM DOENTE IMUNODEPRIMIDO

M.J. Santos, I. Macedo, V. Durão, I. Barreto, C. Pereira, R. Macedo, P. Pinto, C. Bárbara

*Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** O *Rhodococcus* é um organismo Gram-positivo que coloniza a flora intestinal de herbívoros, sendo a causa mais comum de pneumonia em potros. Apesar de raro, pode causar infeção em humanos, particularmente em imunocomprometidos. A principal manifestação clínica é a pneumonia. Pela sua raridade e forma de apresentação, bem como a escassez de casos reportados, apresenta-se o caso de uma doente VIH com infeção por este agente.

**Caso clínico:** Mulher, 53 anos, com infeção VIH conhecida desde 2008 e abandono de consulta e terapêutica em 2018. Residente em Angola desde 2012. Clinicamente apresentava febre, dor pleurítica esquerda e tosse produtiva mucopurulenta com duas semanas de evolução. Foi inicialmente avaliada em Angola, assumido diagnóstico de pneumonia

e medicada com antibioterapia que não sabe especificar. Em Portugal, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por manter queixas e realizou TC tórax, que evidenciou volumosa massa no lobo superior esquerdo (LSE). Foi medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina e referenciada à consulta de Pneumologia. Por persistência de sintomas regressou ao SU uma semana depois, ficando internada. Cumprindo múltiplos ciclos de antibioterapia, sem quaisquer isolamentos microbiológicos. Realizou biópsia transtorácica, que não revelou tecido neoplásico, e broncofibroscopia, onde se objetivou compressão extrínseca do segmento apicoposterior e anterior do LSE. Foram colhidas secreções, lavado broncoalveolar e biópsia, tendo sido isolado *Rhodococcus* spp. Iniciou terapêutica com rifampicina, claritromicina e cotrimoxazol, após discussão com Infeciologia. A doente apresentou melhoria clínica e analítica e ficou referenciada à consulta de Pneumologia e Infeciologia.

**Discussão:** Apesar de raro em humanos, o *Rhodococcus* é uma causa de infeção respiratória necrotizante, podendo simular abscessos ou neoplasia pulmonar. Deve ser especialmente equacionado em imunocomprometidos. Devido à sua raridade e ausência de orientações formais sobre o tratamento, é importante uma abordagem multidisciplinar envolvendo a Infeciologia para estabelecimento de terapêutica antibiótica correta.

**Palavras-chave:** *Rhodococcus* spp. Imunocomprometido. VIH.

### 29551. NÃO HÁ DUAS SEM TRÊS - MUTAÇÕES COMPOSTAS EGFR NO ADENOCARCINOMA DO PULMÃO.

**F. Silva**, M. Cruz, T. Gomes, A. Fernandes

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

**Introdução:** As mutações compostas no gene EGFR são descritas em 2-15% dos doentes mutados, não estando ainda definitivamente estabelecida a sua relevância clínica a nível da doença e da sua resposta à terapêutica dirigida. Apresentamos um doente com uma mutação composta detectada após progressão da doença sob inibidor tirosina cinase (TKI) de primeira geração.

**Caso clínico:** Mulher de 64 anos, com diagnóstico em agosto de 2018 de adenocarcinoma pulmonar estadio IVA com lesão primitiva no lobo inferior esquerdo e múltiplos nódulos a atingir ambos os campos pulmonares, compatíveis com metastização. No estudo genético foi detectada mutação S768I no exão 21 do gene EGFR. A doente iniciou terapêutica dirigida com gefitinib com doença estacionária até agosto de 2021, altura em que é detectado aumento dimensional da lesão primária e derrame pleural de novo ipsilateral. Realizou pleuroscopia com identificação de múltiplas lesões na pleura diafragmática e costal no hemitórax esquerdo, sendo realizadas biópsias dirigidas. O estudo genético por NGS revelou a mutação E746\_S752delinsV no exão 19 e a mutação G724S no exão 18, a última com resistência descrita ao osimertinib. Alguns estudos descrevem a eficácia do afatinib em doentes com as mutações supracitadas, tendo a doente iniciado este fármaco, com resposta favorável até à data, dois meses após o início.

**Discussão:** Trazemos este caso para demonstrar que a heterogeneidade das mutações no gene EGFR dificulta a escolha da adequada terapêutica sequencial dos TKI. A evolução clonal do tumor constitui a principal origem de resistência à terapêutica, sendo a sua avaliação, ao longo do tratamento, fulcral na definição da estratégia terapêutica.

**Palavras-chave:** EGFR. Mutações compostas. TKI.

### 29552. LINFANGIOMA MEDIASTÍNICO. UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

**F. Silva**, M. Cruz, T. Gomes

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

**Introdução:** O linfangioma é um tumor benigno raro, com origem em vasos linfáticos. A sua descrição é mais comum em crianças,

podendo atingir qualquer local do corpo, sendo a sua identificação no mediastino inferior a 1% dos casos.

**Caso clínico:** Mulher de 70 anos, não fumadora. Seguida em consulta de ORL por disfonía, com parésia da corda vocal direita. No decurso do estudo, realizou TC tórax que mostrou formação nodular arredondada, com contornos lobulados, com 23 × 23 mm, localizada no hilo pulmonar direito, sendo encaminhada para consulta de pneumologia oncologia para estudo. Broncofibroscopia com estenose parcial do brônquio principal direito, por compressão extrínseca da sua parede anterior. A PET-FDG não mostrou focos de captação anómala a sugerir patologia maligna. Encaminhada para realização de EBUS, que sugeriu alterações compatíveis com lesão quística. Submetida a exérese cirúrgica por VATS, com anatomia patológica da peça cirúrgica com descrição de “lesão cavitada multiloculada revestida por células achatadas e tecido fibroso subjacente com espessura variável, infiltrado linfoide multifocal com constituição de agregados linfoides e estudo imunocitoquímico com reactividade das células do revestimento do quisto para podoplanina e CD31, achados compatíveis com linfangioma”. Mantém seguimento 2 anos após a cirurgia, sem recidiva imagiológica e clínica da lesão.

**Discussão:** Os tumores linfáticos primários pulmonares são raros, sendo o seu diagnóstico e classificação desafiante. Embora apresente características benignas, o linfangioma mediastínico (especialmente na localização peri-hilar) pode mimetizar outras patologias, nomeadamente de índole maligna. Trazemos este caso pela sua raridade e com o intuito de discernir potenciais diagnósticos diferenciais.

**Palavras-chave:** Linfangioma. Diagnóstico diferencial.

### 29553. METASTIZAÇÃO GÁSTRICA DE CANCRO DO PULMÃO: UM DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

**G. Moura Portugal**, M. Luís Bragança, I. Fernandes Pedro, C. Gomes, L. Carvalho, C. Bárbara

*Centro Hospital Universitário de Lisboa Norte.*

**Introdução:** A ocorrência de metástases gastrointestinais do cancro do pulmão (CP) é rara, estimando-se uma incidência global de 0,58%, sendo ainda mais incomum nos carcinomas de não pequenas células. O estômago é o local de metastização menos frequente no TGI (0,2%) e associa-se geralmente a um pior prognóstico.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de uma mulher de 41 anos, tabagismo ativo (26UMA), com antecedentes de síndrome depressiva. Recorreu ao SU por quadro consumptivo com perda ponderal superior a 30 kg, astenia, dorsolombalgia bilateral e toracalgia posterior direita intensas com meses de evolução. Por receio em recorrer aos Serviços de Saúde, em contexto pandémico, automedicou-se com analgésicos. Ao exame objetivo encontrava-se sarcopénica, com 35 kg, e com palidez mucocutânea marcada. Analiticamente registou-se anemia microcítica grave, sem discrasias hemorrágicas identificáveis (Hb 2,1 g/dL). Realizou TC-Tórax e abdômen que identificou massa pulmonar no lobo superior direito, com metastização pulmonar contralateral, hepática, gástrica, esplênica e suprarrenal. Recusou broncofibroscopia, tendo optado por se submeter a endoscopia digestiva alta que confirmou lesão vegetante ulcerada da pequena curvatura do estômago. A biópsia gástrica demonstrou tecido de adenocarcinoma com perfil histoquímico compatível com origem pulmonar PD-L1 negativo, sem mutações alvo identificáveis, fazendo o diagnóstico de CP estadio IVB. Em RMD de Pneumologia Oncológica, por ECOG 4 associada a desnutrição calórico-proteica acentuada, considerou-se não existir indicação para terapêutica dirigida, referenciado-se o caso para Medicina Paliativa. A doente viria a falecer 1 mês após o diagnóstico.

**Discussão:** A metastização gástrica de neoplasias malignas associa-se geralmente a um pior prognóstico, sendo o mesmo verdade para o CP. A sobrevida média destes doentes ronda os 90 dias após o seu

diagnóstico. Apesar de incomum, a metastização gástrica pode resultar em obstrução, perfuração e hemorragia aguda, ou apresentar-se através de estigmas de hemorragia crônica com anemia grave. Torna-se, portanto, imperativo um diagnóstico célere em estádios precoces da doença.

**Palavras-chave:** *Metastização gástrica. Endoscopia digestiva alta.*

### 29559. CALCIFICAÇÃO PULMONAR METASTIZANTE. UMA COMPLICAÇÃO RARA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

**C. Valente**, A. Terras Alexandre

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

**Introdução:** A Calcificação Pulmonar Metastizante (CPM) é caracterizada pela deposição de cálcio nos alvéolos, interstício e tecido broncovascular. Está associada a situações que cursam com hipercalcemia, como a doença renal crônica (DRC) e o hiperparatireoidismo.

**Caso clínico:** Homem de 60 anos, ex-fumador, com exposição aviária no domicílio, com antecedentes de transplante renal em 2011 por nefropatia de IgA e pneumonia a SARS-CoV-2, medicado com prednisolona 5 mg/dia, micofenolato mofetil e tacrolimus. Foi avaliado em consulta por alterações imagiológicas. Apresentava-se assintomático, sem insuficiência respiratória ou alterações ao exame objetivo. A TC torácica revelou padrão micronodular centrilobular em vidro despolido, associado a áreas mais densas, em ambos os lobos superiores. O hemograma e a bioquímica não revelaram alterações e as serologias de *Aspergillus*, precipitinas de pombo e periquito foram negativas. O lavado broncoalveolar (LBA) revelou uma contagem celular total normal, com 18,0% de linfócitos e relação CD4/CD8 elevada (5,6). A citologia do LBA não identificou células malignas e o estudo microbiológico foi negativo, nomeadamente micobactérias e DNA de *A. fumigatus*, *C. albicans*, *M. avium*, *P. jirovecii* e *Nocardia*. Em discussão multidisciplinar, considerando o contexto clínico, imagiologia típica e exclusão de infeção em doente imunodeprimido, assumiu-se o diagnóstico de CPM.

**Discussão:** Embora considerada rara, a CPM pode estar presente em 60 a 75% dos doentes com DRC na autópsia. A CPM é, geralmente, assintomática, embora possa cursar com insuficiência respiratória ou hemorragia alveolar. O diagnóstico baseia-se na TC torácica, que mostra frequentemente múltiplos nódulos em vidro despolido, calcificados, predominantemente nos lobos superiores. A cintigrafia óssea com <sup>99m</sup>Tc-MDP é sensível e específica, podendo demonstrar áreas de deposição ativa de cálcio e ajudar no diagnóstico diferencial com microlitíase alveolar pulmonar ou silicose. O tratamento visa a correção da causa subjacente e normalização do equilíbrio fosfocálcico. A transplantação renal é geralmente eficaz no controlo da doença a longo prazo.

**Palavras-chave:** *Calcificação pulmonar metastizante. Doença renal crônica. Tomografia computadorizada.*

### 29561. PREVALÊNCIA DA DPOC E PRECISÃO DO DIAGNÓSTICO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

**L. Silva**<sup>1,2</sup>, J. Faia<sup>3</sup>, Â. Mota<sup>1</sup>, L. Lemos<sup>1</sup>, M. Santos<sup>1</sup>, P. Costa<sup>4,5,6</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde de Matosinhos. <sup>2</sup>CINTESIS. <sup>3</sup>Hospital CUF Porto. <sup>4</sup>Escola de Medicina da Universidade do Minho. <sup>5</sup>ICVS/3B's, Braga. <sup>6</sup>Faculdade de psicologia e ciências da educação da Universidade do Porto.

**Introdução e objetivos:** Embora as diretrizes para o diagnóstico da DPOC sejam bastante claras, estudos epidemiológicos identificam

uma probabilidade significativamente alta de diagnósticos que não seguem as diretrizes nacionais e internacionais. O diagnóstico impreciso pode levar ao aumento da exposição ao tratamento farmacológico, ao aumento do uso desnecessário de serviços de saúde e à utilização de diversos exames auxiliares de diagnóstico.

**Métodos:** Foi realizado um estudo observacional analítico e transversal numa região do norte de Portugal utilizando uma amostra aleatória com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Nesta região estão diagnosticadas 2.818 pessoas com DPOC (Código R95 do ICPC), tendo sido recrutados 339 participantes. Os dados foram acedidos através da consulta do processo clínico eletrónico seguindo padrões éticos de investigação.

**Resultados:** Nesta população, a prevalência de DPOC é de 1,8%, ligeiramente superior à prevalência de Portugal, 1,6%, referentes aos diagnósticos de DPOC nos cuidados de saúde primários (código R95 do ICPC). Estes valores indicam que existe um subdiagnóstico de DPOC, em comparação com a prevalência nacional estimada de 14% em pessoas acima de 40 anos. Além disso, nesta amostra das pessoas com diagnóstico de DPOC, 18% (n = 62) apresentam relação FEV1/CVF acima de 0,70, indicando não haver validação espirométrica do diagnóstico.

**Conclusões:** A adesão dos clínicos às orientações técnicas é essencial para avaliar o melhor tratamento farmacológico ou não farmacológico necessário, de forma a reduzir o consumo de recursos de saúde e otimizar o tratamento. Torna-se fundamental otimizar a precisão dos diagnósticos nos cuidados de saúde primários, assegurando assim a validade necessária para a utilização dos mesmos em investigação.

**Palavras-chave:** *DPOC. Prevalência. Cuidados de saúde primários.*

### 29563. UM CASO ATÍPIDO DE SÍNDROME DE HIPOVENTILAÇÃO

**M. Cavaco**, L. Mateus, A. Nunes, R. Cordeiro, C. Rôlo Silvestre, J. Ferra, D. Duarte, P. Raimundo, A. Domingos

*Centro Hospitalar do Oeste.*

**Introdução:** As causas de síndrome de hipoventilação (SdH) incluem doenças restritivas da caixa torácica, doenças obstrutivas pulmonares e uso de depressores do centro respiratório.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 47 anos, IMC = 30 kg/m<sup>2</sup>, com antecedentes de hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia e cansaço para pequenos esforços associados a agravamento progressivo de edema dos membros inferiores e ortopneia com 15 dias de evolução. Encontrava-se consciente, hipertenso e à auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído. Apresentava acidose respiratória com marcada hipercapnia (pH = 7,23, pO<sub>2</sub> = 68 mmHg, pCO<sub>2</sub> = 108 mmHg, HCO<sub>3</sub> = 45 mEq/L). Sem alterações laboratoriais e imagiológicas relevantes. Iniciou ventilação não invasiva na modalidade bi-nível (IPAP = 16 > 20 mmHg, EPAP = 6 > 8 mmHg) e oxigenoterapia. Após ajuste progressivo dos parâmetros ocorreu correção da acidose e hipoxemia, mantendo hipercapnia significativa (pCO<sub>2</sub> = 70-80 mmHg). O doente referiu melhoria sintomática e concomitante controlo do perfil tensional e regressão do edema. Admitiu-se SdH e ficou internado para estudo etiológico. Este incluiu TC crânio-encefálica e ecocardiograma, ambos sem alterações significativas. O estudo poligráfico do sono afastou patologia associada (IAH 4,1/h). O estudo funcional respiratório mostrou alteração restritiva moderadamente grave, DLCO moderadamente comprometida mas com relação DLCO/VA normal e pressão inspiratória máxima diminuída. Realizou electro-miografia com estimulação repetitiva que revelou defeito da transmissão neuromuscular, de tipo pós-sináptico, apontando para o diagnóstico de miastenia gravis (MG), forma generalizada. Após realização de manobras de fatigabilidade verificou-se ptose ligeira do olho esquerdo, diminuição da força muscular dos membros (grau

5 > 4) e diplopia na dextroversão. Uma nova anamnese com enfoque neuromuscular permitiu apurar astenia e diminuição da força muscular global com meses de evolução, que o doente desvalorizara. Assumiu-se síndrome da placa neuromuscular, provável MG em fase de crise miastênica e iniciou tratamento, com consequente melhoria do quadro clínico.

**Discussão:** Uma crise miastênica pode levar a insuficiência respiratória global com necessidade de rápido diagnóstico e tratamento, devendo por isto ser incluída no diagnóstico diferencial inicial de SDH.

**Palavras-chave:** Hipoventilação. Doenças neuromusculares.

### 29568. AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA COVID-19 NAS DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS ASSOCIADAS A DOENÇAS DO TECIDO CONJUNTIVO

**B. Martins**<sup>1</sup>, M. Serino<sup>1</sup>, C. Valente<sup>1</sup>, I. Carvalho<sup>1</sup>, C. Cascais Costa<sup>2</sup>, M. Alves<sup>3</sup>, M. Barbosa<sup>3</sup>, M. Martins<sup>1</sup>, P. Caetano Mota<sup>1,3</sup>, N. Melo<sup>1</sup>, A.T. Alexandre<sup>1</sup>, A. Morais<sup>1,3</sup>, H. Novais-Bastos<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário São João. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga. <sup>3</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. <sup>4</sup>Instituto de Investigação e Inovação em Saúde - i3S, Universidade do Porto, Porto. <sup>5</sup>Serviço de pneumologia, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo. <sup>6</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

**Introdução:** Os doentes com doença pulmonar intersticial associada a doença do tecido conjuntivo (DTC-ILD) podem representar uma população vulnerável à infeção por SARS-CoV-2. Poucos estudos avaliaram o impacto da COVID-19 neste subgrupo de doentes.

**Objetivos:** Avaliar o impacto da infeção SARS-CoV-2 nos doentes com DTC-ILD.

**Métodos:** Foi conduzido um estudo retrospectivo nos doentes com diagnóstico de DTC-ILD seguidos na consulta de Doenças Pulmonares Difusas do CHUSJ entre Março de 2020 e 2021 com infeção confirmada por SARS-CoV-2. Foram revistos dados clínicos, radiológicos e parâmetros de função respiratória (pré e pós-infeção).

**Resultados:** Dos doentes com DTC-ILD avaliados em consulta no período em análise, 15 foram diagnosticados com COVID-19 (73,3% do sexo feminino, média de idades 64,8 ± 10,4 anos e IMC 27,0 ± 5,0 kg/m<sup>2</sup>). A frequência dos fatores de risco cardiovascular foi: 60% dislipidemia, 46,7% HTA, 40% obesidade, 20% ex-fumadores e 6,7% diabetes mellitus. A DTC mais prevalente foi a artrite reumatoide (n = 8, 53,4%). Dez doentes (66,7%) tinham doença fibrótica, sendo estes significativamente mais velhos (p = 0,017), com menor TLC basal (p = 0,045). Todos estavam sob terapêutica imunossupressora, 73% sob corticosteroide sistémico e 86,7% sob outra imunossupressão farmacológica. Em contexto da COVID-19, 33,3% (n = 5) foram internados, 13,3% (n = 2) em UCI. Verificou-se diminuição da média de praticamente todos os parâmetros de função respiratória nos doentes com provas funcionais respiratórias realizadas antes e depois da infeção (n = 8); três (37,5%) tiveram queda de FVC > 10%. Sete (46,7%) doentes faleceram no período de 6 meses pós-infeção, 4 (26,6%) por complicações diretamente relacionadas com a COVID-19. Destes últimos, três (75%) estariam sob terapêutica com Rituximab. Os óbitos associaram-se significativamente com a ocorrência de internamento (p = 0,011), necessidade de VNI (p = 0,011), IMC superior (p = 0,003) e DLCO pré-infeção menor (p = 0,051).

**Conclusões:** Observou-se uma taxa de mortalidade elevada neste grupo, particularmente nos doentes com excesso ponderal e menor DLCO basal, com maior taxa de internamento e necessidade de VMNI.

**Palavras-chave:** COVID-19. DTC-ILD.

### 29569. PRIMÁRIO DA PELE OU PRIMÁRIO DO PULMÃO? UM CASO DE MELANOMA

**M. Cunha**, F. Guimarães, J. Canadas, A. Alves, P. Rosa

Hospital de Vila Franca de Xira.

**Introdução:** O melanoma pulmonar primário (MPP) é uma entidade rara, representando 0,01% das neoplasias primárias do pulmão. Na maioria dos casos, é um diagnóstico de exclusão, dada a ausência de características histológicas patognomónicas e a heterogeneidade morfológica das lesões que difere dos nódulos centimétricos peribrônquicos comumente encontrados na metastização pulmonar.

**Caso clínico:** As autoras apresentam um caso clínico de uma mulher de 51 anos, não fumadora, com antecedentes de hipertensão arterial, admitida no Serviço de Urgência por confusão mental e hemiparésia direita; adicionalmente referia tosse seca com quatro meses de evolução e dois episódios de hemoptises ligeiras autolimitadas. A ressonância magnética crânio-encefálica evidenciou lesão parietal esquerda com 15 mm de diâmetro com edema vasogénico perilesional, pelo que iniciou corticoterapia sistémica. No estudo complementar com tomografia computadorizada identificou-se uma volumosa massa de 8 × 5,5 cm no lobo inferior direito, suspeita de tumor primário do pulmão, e dois nódulos centimétricos contralaterais. Realizou broncofibroscopia que revelou obstrução tumoral de B9, com diagnóstico histológico compatível com melanoma maligno (histologia positiva SOX10, Melan-A e S100). Avaliada pela Dermatologia para identificação de eventual lesão primária da pele e mucosas; detectada lesão cutânea suspeita, mas de histologia inocente. Nenhum outro foco primário foi identificado. Foi encaminhada para oncologia médica para orientação terapêutica, mantendo performance status 1.

**Discussão:** O melanoma pulmonar primário tem apenas casos esporádicos descritos na literatura. Neste caso clínico domina o achado de uma lesão volumosa no lobo inferior esquerdo, que difere amplamente das características habituais das metástases pulmonares atribuíveis a melanoma maligno. A ausência de foco primário identificado torna este o diagnóstico mais provável. Pretende-se relatar um diagnóstico raro e alertar para uma entidade em crescendo e que deve fazer parte do diagnóstico diferencial das lesões pulmonares malignas.

**Palavras-chave:** Melanoma. Neoplasia pulmão.

### 29570. USO DO ROCKET PLEURALVENT® NO PNEUMOTÓRAX IATROGÉNICO PÓS-CRIOBIÓPSIA - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

**B. Martins**<sup>1</sup>, A. Terras Alexandre<sup>1</sup>, C. Freitas<sup>1,2</sup>, A. Morais<sup>1,2</sup>, H. Novais-Bastos<sup>1,2,3</sup>

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

**Introdução e objetivos:** O pneumotórax é uma das principais complicações associadas à realização de criobiópsia pulmonar transbrônquica (CPT), sendo frequente a necessidade de tratamento com recurso a procedimentos invasivos. O Rocket® PleuralVent é um dispositivo novo, compacto e com mecanismo de valvular unidirecional acoplado, desenhado para a drenagem de pneumotórax, que permite uma maior capacidade de mobilização do doente, bem como o seu tratamento em ambulatório.

**Objetivos:** Avaliação da aplicabilidade e vantagens do uso de PleuralVent no tratamento do pneumotórax iatrogénico pós-criobiópsia pulmonar transbrônquica.

**Métodos:** Ensaio piloto randomizado de doentes com pneumotórax iatrogénico pós-CPT no nosso centro tratados com dreno torácico convencional ou PleuralVent. Foi feita a comparação das medianas dos dois grupos com recurso ao teste de Mann-Whitney.

**Resultados:** A amostra compreendia 6 casos de pneumotórax iatrogênico pós-criobiópsia pulmonar transbrônquica, 83% (n = 5) eram do sexo masculino com idade média de 70,2 ± 8,7 anos. A patologia mais frequente foi pneumonite de hipersensibilidade fibrótica em 66,7% (n = 4) dos casos. Observou-se uma mediana de 4,0 (IQR = 5) dias de internamento no grupo de doentes tratados com dreno torácico (n = 3) e uma média de 3 (IQR = 3) dias no grupo tratado com PleuralVent (n = 3) (p > 0,05). A mediana de dias até resolução imagiológica foi de 3 (IQR = 3) dias no grupo dos doentes tratado com PleuralVent e de 3 (IQR = 4) dias nos doentes tratados com dreno torácico (p > 0,05). Um doente sob PleuralVent apresentou agravamento clínico e imagiológico, que levou à colocação de dreno torácico. Não se verificou recorrência do pneumotórax em nenhum dos casos nos primeiros 30 dias após a criobiópsia.

**Conclusões:** O PleuralVent é um dispositivo para drenagem minimamente invasiva de pneumotórax que demonstra potencial eficácia e segurança na abordagem do pneumotórax iatrogênico pós-criobiópsia, com diminuição do número de dias de internamento. Estudos com maior número de doentes serão necessários para averiguar a sua aplicabilidade no futuro, nomeadamente em contexto de ambulatório.

**Palavras-chave:** *PleuralVent. Pneumotórax iatrogênico. Criobiópsia pulmonar transbrônquica.*

## 29572. O PAPEL DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA NAS SEQUELAS DA PNEUMONIA A SARS-CoV-2

**M. Cavaco,** L. Mateus, A. Nunes, R. Cordeiro, C. Rôlo Silvestre, J. Ferra, D. Duarte, C. Cardoso, N. André, P. Raimundo, A. Domingos

*Centro Hospitalar do Oeste.*

**Introdução e objetivos:** A obesidade e a síndrome metabólica (SM) são consideradas importantes fatores de risco para infeção grave a COVID-19. No entanto, pouco se conhece sobre o seu impacto após a doença ativa. Este estudo tem como objetivo avaliar o seu papel na evolução clínica, radiológica e funcional após pneumonia a SARS-CoV-2.

**Métodos:** Estudo prospetivo observacional de doentes internados por pneumonia a SARS-CoV-2, entre janeiro e outubro de 2021, e seguidos em consulta 8 a 16 semanas após alta. Foram analisados dados demográficos, clínicos, imagiológicos e estudo funcional respiratório (EFR). A obesidade foi avaliada através do índice de massa corporal (IMC) e a SM segundo a definição da NCEP APT-III.

**Resultados:** Foram estudados 118 doentes, 62,2% do sexo masculino, com idade média de 62,0 anos (DP: 13,4) e IMC médio de 30,4 kg/m<sup>2</sup> (DP: 4,8). 30,5% dos doentes tinham excesso de peso e 55,9% eram obesos (39,8% grau I; 11,9% grau II e 4,2% grau III). Cerca de um terço (33,1%) dos doentes apresentavam SM. Na consulta de reavaliação, 84,7% dos doentes mantinham ≥ 1 sintoma, dos quais 92% referiam clínica respiratória. Foi observada uma associação entre IMC > 25 kg/m<sup>2</sup> e manter sintomatologia respiratória (p = 0,030; OR = 3,39). Na tomografia computadorizada constatou-se que 57,9% dos doentes mantinham alterações, (50,5% inflamatórias e 29,9% fibrótico/reticulares). Os doentes com SM apresentaram maior probabilidade de manter alterações imagiológicas (p = 0,019; OR = 2,89), em particular fibrótico/reticulares (p = 0,014; OR = 2,95). Relativamente ao EFR, 19,0% dos doentes tinham padrão restritivo e 49,0% diminuição da DLCO, porém após ajuste para o volume alveolar apenas 15,0% mantinham redução. Com o aumento do IMC constatou-se correspondente diminuição da capacidade pulmonar total (p = 0,016; b = -0,72) e da capacidade vital forçada (p = 0,005; b = -0,76). Não foram encontradas correlações entre alterações da difusão e os fatores estudados.

**Conclusões:** Neste estudo, a obesidade e a SM agravaram as sequelas da COVID-19 em todas as vertentes, reforçando assim a importância do seu controlo.

**Palavras-chave:** *Obesidade. Síndrome metabólica. COVID-19. Pneumonia a SARS-CoV-2.*

## 29573. PASSAGEM RETRÓGRADA DE AR ATRAVÉS DO CANAL NASOLACRIMAL: UMA COMPLICAÇÃO RARA DA TERAPÊUTICA COM PRESSÃO POSITIVA

**M. Cruz,** B. Conde, L. Ribeiro, T. Gomes, A.F. Silva, S. Pipa, A. Fernandes

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

**Introdução:** A escolha da interface adequada e uma boa adaptação à mesma é um dos pilares fundamentais da adesão à terapêutica com pressão positiva na SAOS. Efeitos adversos oculares como conjuntivite e epífora são raros, e estão habitualmente associados a fugas por má adaptação da máscara. Estão descritos alguns casos de passagem retrógrada de ar do nariz para o olho através do canal nasolacrimal, que ocorre quando a pressão positiva ultrapassa a resistência das válvulas de Hasner's e Rosenmuller. A cirurgia pode ser uma opção para o tratamento desta complicação, mas está frequentemente associada a recidiva das queixas.

**Caso clínico:** Género feminino, 74 anos, não fumadora. Seguida em consulta de Pneumologia desde Setembro de 2018 por alterações pulmonares sequelares a radioterapia e asma. Antecedentes de dacriocistorrinostomia em 2016. Em setembro de 2021 realizado estudo cardiopulmonar de sono por queixas de nictúria, com diagnóstico de SAOS grave (IAH 44,5/h) com dessaturação significativa. Tentada adaptação a APAP 6-14, com intolerância da doente a várias interfaces por queixas oculares (desconforto e lacrimejo). Posteriormente foi colocada máscara bucal (Oracle™) com boa adaptação, registo de adesão de 83% e IAH corrigido. Este tipo de máscara incide a pressão na boca e é utilizada sobretudo nos períodos pós-operatório de cirurgias nasais/faciais que impeçam a utilização de máscara nasal/oronasal. Pode ser uma alternativa em doentes com queixas de obstrução nasal crónica e intolerância a máscaras nasais, apesar de ser habitualmente mal tolerada pelos doentes.

**Discussão:** A passagem retrógrada de ar através do canal nasolacrimal é uma complicação rara da terapêutica com pressão positiva. Os doentes previamente submetidos a dacriocistorrinostomia parecem ter maior risco. As opções terapêuticas incluem técnicas não cirúrgicas (troca de interface, humidificação, cânula orofaríngea) e cirúrgicas, podendo estas últimas não constituir uma solução definitiva por recidiva das queixas.

**Palavras-chave:** *SAOS. Canal nasolacrimal. CPAP.*

## 29575. UTILIZAÇÃO DO NIGHT SHIFT SLEEP POSITIONER™ NO TRATAMENTO DA SAOS POSICIONAL

**M. Cruz,** B. Conde, A.F. Silva, T. Gomes, A. Fernandes

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

**Introdução:** A apneia obstrutiva do sono posicional é definida por um índice de apneia e hipopneia (IAH) em supino pelo menos 2 vezes superior ao IAH em não-supino. Entre as opções terapêuticas incluem-se dispositivos que visam evitar a aquisição da posição de decúbito dorsal durante o sono.

**Objetivos:** Avaliar a eficácia da terapêutica com o Night Shift Sleep Positioner™ no tratamento da apneia obstrutiva do sono posicional. **Métodos:** Estudo retrospectivo com 24 doentes que iniciaram terapêutica com Night Shift™ entre Junho de 2018 e Agosto de 2020, com realização de estudo cardiopulmonar de sono após 3 meses. Excluídos doentes com sonolência diurna.

**Resultados:** A maioria (79%) dos doentes eram do género masculino, com uma média de idades de 56,6 anos. A mediana do IAH inicial era 14,5/h, com um IAH em decúbito dorsal médio de 28,9/h. O IAH mediano avaliado com a utilização do night shift™ foi de 6,15/h, com uma mediana de 0/h em decúbito dorsal. A diferença de IAH observada foi estatisticamente significativa ( $p = 0,01$ ). A média de horas de utilização foi de 5,9/noite, com uma adesão média em 81% dos dias e com uma média de 5 tentativas/noite de decúbito dorsal. Verificou-se uma redução estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) dos minutos passados em decúbito dorsal com o night shift™ (147,8 min para 12,4 min). Após o período de 3 meses, 5 doentes (20,8%) iniciaram terapêutica com APAP, 8 (33%) mantiveram tratamento posicional, dos quais 3 com o Night Shift™. Apenas 7 doentes realizaram estudo do sono após os 3 meses, com IAH médio de 15,4/h e de 23,2/h em decúbito dorsal.

**Conclusões:** Verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa entre o IAH inicial e o IAH com a utilização do Night Shift™, com redução média de 4 eventos/h. Em 20% dos doentes foi necessário iniciar terapêutica com APAP e 33% mantiveram terapêutica posicional.

**Palavras-chave:** SAOS posicional. Night shift..

### 29576. DIAGNÓSTICO DE TUMORES PULMONARES SÍNCRONOS - RELATO DE CASO CLÍNICO

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

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Baixo Vouga. <sup>2</sup>Unidade Multidisciplinar de Tumores Torácicos (UMTT), Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** O diagnóstico de cancro do pulmão ocorre maioritariamente num estágio avançado. A presença de duas ou mais lesões pulmonares na ausência de metastização à distância pode gerar ambiguidade no estadiamento (tumores síncronos vs metastização de um único tumor), e consequentemente na melhor decisão terapêutica.

**Caso clínico:** Homem, 63 anos, ex-fumador, ECOG 1, seguido em Pneumologia por SAOS/DPOC e vigilância de micronódulo pulmonar. TC torácica de reavaliação revelou 3 nódulos espiculados: dois de novo no lobo superior direito, segmento apical (A) e posterior (B), com 27 e 19 mm, respetivamente, e um no segmento ápico-posterior (C) do lobo superior esquerdo com ~13 mm (previamente 7 mm). Por elevada suspeita neoplásica efectuou RMN-CE, revelando pequena lesão expansiva extra-axial ~12 mm compatível com meningioma; PET-FDG mostrando captação de FDG nas lesões A (SUVmáx 4,1) e B (SUVmáx 6,5) e sem captação de FDG na lesão C. Biópsia dos 3 nódulos com o seguinte resultado: A-adenocarcinoma pulmonar, PD-L1 < 1%, NGS negativo; B-carcinoma epidermóide, PD-L1 30-40%; C-adenocarcinoma pulmonar, PD-L1 < 1%, NGS: mutação no exão 3 do KRAS e no exão 9 do HER3. Realizou EBUS-TBNA sem evidência de doença hilo-mediastínica e EFR evidenciando uma alteração ventilatória obstrutiva grave (FEV1 38% do previsto) com defeito ligeiro da DLCO (64% do previsto). Apresentado em reunião multidisciplinar da UMTT (A-cT1cNOMO, B-cT1bNOMO, C-cT1bNOMO) tendo sido decidido realizar SBRT das 3 lesões pulmonares e vigilância imagiológica da lesão cerebral com RMN-CE em 3 meses.

**Discussão:** Dada as implicações terapêuticas e prognósticas é fundamental insistir sempre num diagnóstico preciso. Este caso ilustra a complexidade e a importância da caracterização histológica e molecular dos diferentes nódulos para destrinçar entre tumores primários síncronos ou metástases de um único tumor primário. Sem as biópsias, o doente teria sido tratado como um cT3N0M1a (lesão A:NGS e PD-L1 negativo) com QT/imunoterapia ou na melhor das hipóteses com SBRT das 3 lesões seguida de uma QT desnecessária.

**Palavras-chave:** Tumores síncronos. Estadiamento.

### 29578. EFICÁCIA E SEGURANÇA DO OSIMERTINIB NO TRATAMENTO DO CPNPC COM MUTAÇÕES ATIVADORAS DO EGFR: DADOS DE VIDA REAL

**M. Cruz**, A.F. Silva, S. Raimundo, L. Nascimento, A.C. Pimenta, T. Gomes, A. Fernandes

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro.

**Introdução e objetivos:** O osimertinib está aprovado no tratamento do CPNPC metastático com mutações ativadoras do EGFR. O seu perfil de segurança parece ser mais favorável do que o de outros TKIs.

**Objetivos:** Avaliar a eficácia e tolerância da terapêutica com osimertinib em doentes com CPNPC com mutações ativadoras do EGFR.

**Métodos:** Estudo retrospectivo observacional em que foram avaliados doentes com CPNPC seguidos em consulta de Pneumologia Oncológica, que iniciaram osimertinib entre Março de 2017 e Agosto de 2021.

**Resultados:** 29 doentes iniciaram terapêutica com osimertinib, 18 dos quais em 1ª linha. A duração média de tratamento foi de  $11,7 \pm 8,1$  meses. A maioria dos doentes (65,5%) eram do género feminino e não fumadores, com uma média de idades de  $67,6 \pm 10,2$  anos. A mutação mais frequentemente encontrada foi a deleção do exão 19 (55%,  $n = 19$ ). Foram identificados efeitos adversos em 31% dos doentes, sendo necessário suspender a terapêutica por toxicidade em 4 (13,8%), 3 dos quais por toxicidade cardíaca (grau 3) e em um por toxicidade pulmonar (pneumonite grau 2). O efeito adverso mais frequentemente identificado foi a toxicidade gastrointestinal que ocorreu em 5 doentes (17%), grau 1 em 3 doentes e grau 2 em dois. As outras toxicidades mais frequentes foram a dermatológica (13,8%,  $n = 4$ ), cardíaca ( $n = 3$ , 10,3%) e pulmonar e ocular (3,4%,  $n = 1$ ). Não se verificou associação entre a idade e a ocorrência de efeitos adversos. Em 7 doentes (24,1%) foi diagnosticado tromboembolismo venoso durante o tratamento. A taxa de resposta global aos 12 meses de tratamento foi de 70%.

**Conclusões:** O osimertinib no tratamento do CPNPC com mutações ativadoras do EGFR apresentou uma ORR de 70% na população do nosso estudo. Este fármaco foi bem tolerado, uma vez que 69% da população tratada não apresentou efeitos secundários, e estes quando ocorreram condicionaram a suspensão do fármaco em apenas 14% dos doentes.

**Palavras-chave:** CPNPC. EGFR. Osimertinib.

### 29580. EMBOLIA PULMONAR POR CIMENTO APÓS VERTEBROPLASTIA EM DOENTE COM CANCRO DO PULMÃO - RELATO DE CASO CLÍNICO

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

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Baixo Vouga. <sup>2</sup>Unidade Multidisciplinar de Tumores Torácicos (UMTT) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** A vertebroplastia percutânea é um procedimento cirúrgico minimamente invasivo que permite a estabilização de fraturas vertebrais, nomeadamente no setting metastático. Pelo aumento da sobrevivência global dos doentes com cancro do pulmão (CP), inclusivé no grupo com estágio avançado ao diagnóstico, tem-se verificado o uso crescente destes procedimentos para melhorar a qualidade de vida. A embolia pulmonar por cimento (PCE) é uma complicação resultante do extravazamento de cimento à distância. A sua prevalência exata é desconhecida (4-23%) podendo estar subestimada, pois a maioria dos doentes são assintomáticos/pouco sintomáticos.

**Caso clínico:** Homem, 62 anos, não fumador, sem antecedentes de relevo, com quadro de 2 meses de evolução de dorsalgia com irradiação da grelha costal associada a parestesias. Realizou TC que

mostrou lesão osteolítica no corpo de D5 suspeita de lesão secundária. Após estudo, diagnosticado adenocarcinoma pulmonar estágio IVB, com mutação do exão 21 L858R do gene EGFR, tendo iniciado osimertinib. Para estabilização da lesão, submetido a punção percutânea e vertebroplastia ampla com cimento, sem intercorrências imediatas, com posterior radioterapia de consolidação. Em TC torácica de baseline (pré-início de osimertinib, pós-intervenção), identificada imagem espontaneamente densa na topografia das artérias pulmonares, lobar inferior esquerda e na origem de alguns ramos segmentares. Levantada a suspeita de TEP (TC sem contraste), tendo iniciado hipocoagulação. Em TC de avaliação de resposta (protocolo de angio-TC) aos 2 meses de início de tratamento, persistência de imagem espontaneamente densa estável e alguns defeitos de preenchimento milimétricos, sugestivos de êmbolos com dimensões reduzidas. Após discussão, assumida PCE, mantida hipocoagulação e vigilância clínica.

**Discussão:** A PCE é uma complicação relativamente comum após vertebroplastia e frequentemente assintomática, requerendo um alto grau de suspeição para o seu diagnóstico. Apresenta-se este caso como alerta/sensibilização para estas complicações, mais frequentes na nossa prática clínica dada a maior sobrevivência dos doentes com CP e consequentemente o uso crescente deste tipo de intervenções terapêuticas/paliativas.

**Palavras-chave:** *Vertebroplastia percutânea. Embolia pulmonar por cimento.*

## 29582. DOSEAMENTO DE IL-6 NA FASE INICIAL DE INFEÇÃO POR SARS-CoV-2

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

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

**Introdução:** Desde o aparecimento da COVID-19 foi descrito um amplo espectro de apresentação, desde ausência de sintomas até formas de doença crítica. Ainda que não totalmente esclarecido, pensa-se que a tempestade de citocinas possa desempenhar um papel importante na patogénese de casos graves. Alguns estudos evidenciam que níveis aumentados de IL-6 se correlacionam com a mortalidade e gravidade da doença.

**Objetivos:** Estimar o valor da IL-6 como preditor precoce de gravidade da infeção por SARS-CoV-2.

**Métodos:** Estudo comparativo entre 2 grupos com infeção por SARS-CoV-2: Grupo I: doseamento de IL-6 mediante critério do clínico (até 19/10/2021). Grupo II: doseamento sistemático integrado no estudo inicial realizado no Serviço de Urgência (20/10/2021-30/11/2021). Critério de exclusão: tempo entre doseamento e internamento  $\geq$  72h. Estatística: regressão logística e correlação de Spearman.

**Resultados:** Grupo I: 28 doentes [20 (71,4%) do sexo masculino; 8 (28,6%) do sexo feminino]. Média de idades de  $64,04 \pm 15,6$  anos. IL-6 média:  $72,77 \pm 118,10$ . 100% internados. Valor de IL-6 não influenciou de forma estatisticamente significativa a probabilidade de admissão em UCI ( $p = 0,120$ ). Correlação positiva estatisticamente significativa entre valor de IL-6 e tempo de internamento em enfermaria (0,445;  $p = 0,018$ ) e tempo de internamento em UCI (0,654;  $p = 0,029$ ). Grupo II: 23 doentes [16 (69,6%) do sexo masculino; 7 (30,4%) do sexo feminino]. Média de idades de  $60,22 \pm 18,3$  anos. IL-6 média:  $50,01 \pm 71,63$ . Internamento em 43,5% ( $n = 10$ ). Valor de IL-6 influenciou de forma estatisticamente significativa a probabilidade de internamento em enfermaria ( $p = 0,041$ ). 2 (8,7%) com internamento em UCI. Correlação positiva (0,599), estatisticamente significativa ( $p = 0,004$ ), entre valor de IL-6 e tempo de internamento em enfermaria.

**Conclusões:** O valor de IL-6 parece influenciar de forma estatisticamente significativa a probabilidade de internamento e o tempo

total de internamento. São necessários mais estudos, com amostra mais representativa, para validação destas conclusões e resultados.

**Palavras-chave:** *IL-6. Prognóstico. SARS-CoV-2.*

## 29583. CORRELAÇÃO ECOTOMOGRÁFICA DE FIBROSE PULMONAR

S. Braga<sup>1</sup>, A. Terras Alexandre<sup>2</sup>, P. Caetano Mota<sup>2</sup>, N. Melo<sup>2</sup>, A. Morais<sup>2</sup>, H. Novais e Bastos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Sousa Martins-ULS Guarda. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Universitário de São João.

**Introdução e objetivos:** Estudos recentes sugerem utilidade do uso da ecografia torácica no diagnóstico de doença pulmonar difusa (DPD), associando-se a maior rapidez de execução, baixo custo, e ausência de radiação associados. Este trabalho pretende avaliar o potencial da utilização da ecografia torácica no rastreio e avaliação de um doente com DPD com padrão fibrótico e estabelecer marcadores ecográficos fidedignos de doença.

**Métodos:** Foram realizadas ecografias torácicas, com base num protocolo de avaliação já existente, com exploração de 3 a 4 regiões ecográficas diferentes, em doentes seguidos na consulta de DPD do Centro Hospitalar Universitário de São João. Foram anotadas as características ultrassonográficas da pleura, linhas B e linhas A, posteriormente correlacionadas com as respetivas imagens de TC torácica.

**Resultados:** Realizou-se ecografia em 4 doentes com fibrose pulmonar (3 padrão UIP, 1 padrão NSIP fibrosante) e 1 doente com asma e suspeita de PH aguda. Observou-se irregularidade, espessamento e interrupção da linha pleural em todos os casos de padrão imagiológico de UIP, bem como a presença de  $> 5$  linhas B em pelo menos uma zona ecográfica. Um dos casos apresentava assimetria das alterações fibróticas na TC torácica, com correspondente diferencial nas manifestações ecográficas, em particular no número de linhas B. O doente que apresentava padrão NSIP fibrótica na TC tórax, apresentou características similares aos anteriores, mas com menor número de linhas B ( $\pm 1,3$ ). No doente com suspeita de PH aguda, encontraram-se marcadas linhas A, facto que se relacionará com o diagnóstico de asma e consequente insuflação pulmonar. A sensibilidade ecográfica foi superior nas zonas anteriores do tórax, relativamente às zonas posteriores.

**Conclusões:** Existem achados ecográficos específicos que caracterizam fibrose pulmonar e se correlacionam com o grau de fibrose na TC tórax. São necessários estudos maiores para padronizar a avaliação ecográfica de doentes com DPD fibrótica, nomeadamente definição de claros critérios de padrões ultrassonográficos de fibrose pulmonar.

**Palavras-chave:** *Fibrose pulmonar. Doenças pulmonares difusas. Ecografia torácica.*

## 29584. EXACERBAÇÕES AGUDAS DE DPOC MASCARADAS EM TEMPO DE PANDEMIA

É. Almeida, F. Jesus, F. Silva, S. Braga, J. Ribeiro, R. Natal, J.M. Silva, L. Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda.

**Introdução e objetivos:** As exacerbações agudas de DPOC (EADPOC) associam-se ao aumento da morbidade e mortalidade daquela que é atualmente a terceira causa de morte no mundo. A sua principal causa são as infeções víricas respiratórias, sendo possível que as medidas de saúde pública implementadas no contexto da pandemia por COVID-19 tenham resultado numa diminuição das exacerbações. O presente trabalho teve como objetivo avaliar o impacto da pandemia por COVID-19 no número de internamentos por EADPOC.

**Métodos:** Retrospectivamente identificaram-se as características demográficas e clínicas dos doentes internados no Serviço de Pneumologia por EADPOC no período de outubro de 2019 a março de 2020 (pré-COVID), comparando-o com o período de outubro de 2020 a março de 2021 (pós-COVID). A análise estatística realizou-se com o IBM SPSS® 27, admitindo significância estatística quando  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Registou-se um total de 90 internamentos: 52 no período pré-COVID e 38 no pós-COVID, resultando numa diminuição de 27% no número de internamentos. O período pós-COVID associou-se também a uma menor duração média do internamento ( $13,6 \pm 10,2$  vs.  $9,9 \pm 6,2$  dias). Ambos os grupos apresentaram distribuições semelhantes por sexo (76,6% homens vs. 97,1%) e idade ( $76,5 \pm 12,7$  vs.  $72,6 \pm 13,3$ ). Não se identificaram diferenças estatisticamente significativas, mas destaca-se uma maior percentagem de doentes GOLD 4 no período pré-COVID (26,5% vs. 8,8%), assim como mais doentes sob oxigenoterapia de longa duração (46,8% vs. 35,3%) e ventilação não invasiva (23,4% vs. 8,8%) nesse período.

**Conclusões:** O número de internamentos por EADPOC reduziu em 27% no período durante a pandemia, provavelmente pela redução na transmissão de vírus respiratórios com as medidas de distanciamento físico e o uso de máscara facial. Futuramente poderá ser considerada a inclusão destas medidas como forma de controlar as exacerbações de DPOC para além do período de pandemia.

**Palavras-chave:** DPOC. Exacerbações. COVID-19.

### 29588. DOENÇA INTERSTICIAL DESCAMATIVA: MAIS DO QUE UMA DOENÇA PULMONAR DIFUSA NO FUMADOR

**D. Noivo**, L.S. Fernandes, P. Duarte

*Hospital São Bernardo.*

**Introdução:** A evidência é consistente sobre o papel do tabagismo na patogénese das doenças difusas do parênquima pulmonar (DDPP), como bronquiolite respiratória associada ao fumador, pneumonia intersticial descamativa (DIP) e histiocitose pulmonar de célula de Langerhans, sendo também um fator de risco conhecido para fibrose pulmonar idiopática. A heterogeneidade destas doenças associada à complexidade radiológica torna o diagnóstico diferencial desafiante e decisivo na abordagem terapêutica.

**Caso clínico:** Homem, 71 anos, ex-fumador (50 unidades-maço-a-no), com nódulos tiroideus em estudo. Sem sintomas respiratórios. Referenciado à Consulta de Pneumologia por tomografia computadorizada (TC) de tórax com ênfase bolhosa e semiologia radiológica duvidosa entre DIP fibrótica e pneumonia intersticial não-específica (NSIP), acrescia nódulo pulmonar sólido (1 cm na língula) e quisto hepático (14 cm). Destacavam-se anticorpos antinucleares positivos; imunoglobulina G4 (IgG4) muito aumentada ( $> 1.600$  mg/dl), provas funcionais respiratórias normais, e lavado broncoalveolar com predomínio neutrofílico. Após discussão em reunião multidisciplinar (RMD) foi proposto para criobiópsia pulmonar transbrônquica que revelou sobreposição dos achados entre DIP e NSIP. Reavaliações imagiológicas seriadas objetivaram estabilidade dimensional do nódulo pulmonar e adenopatias mediastínicas de significado indeterminado. Atendendo gamapatia monoclonal, IgG4 muito aumentada, possíveis pseudotumores e adenopatias mediastínicas, em associação com radiologia e histologia suspeita de NSIP, foi equacionada a hipótese de doença pulmonar relacionada com hiper-IgG4 (DPRIgG4). A tomografia de emissão de positrões-TC foi negativa. Revisão da criobiópsia sem alterações compatíveis com DPRIgG4. Rediscussão em RMD com o diagnóstico final de DIP fibrótica e início de corticoterapia e micofenolato de mofetilo, com resposta favorável.

**Discussão:** A marcha diagnóstica das DDPP leva a uma pesquisa exaustiva dos mecanismos fisiopatológicos, devendo incluir a avaliação das imunoglobulinas. O tabagismo per se não deve excluir a investigação de outras causas sistémicas, enviando assim a possi-

bilidade de um correto diagnóstico. A sobreposição de padrões radiológicos e histológicos nas DDPP tornam-se um desafio crescente, frisando o papel fundamental da RMD.

**Palavras-chave:** *Pneumonia intersticial descamativa. Doença relacionada com HiperIgG4.*

### 29590. UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA

**S. Morgado**, A.L. Ramos, A.A. Santos, F. Nogueira

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

**Introdução:** A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma doença pulmonar causada por uma reação de hipersensibilidade a antígenos do *Aspergillus fumigatus*. Os achados imagiológicos mais comuns incluem bronquitectasias centrais, impactação mucóide, nódulos centrilobulares e opacidades *tree-in-bud*.

**Caso clínico:** Mulher, 39 anos, não fumadora, imunocompetente, antecedentes de asma e rinite alérgica. Medicada com fluticasona/vilanterol 92/22 µg, 1 inalação/dia e ebastina 10 mg/dia. Recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia direita, pleurítica, intensa, associada a febre, tosse com expectoração purulenta e mialgias, de instalação aguda. À observação encontrava-se eupneica, sem insuficiência respiratória e com murmúrio vesicular abolido na base direita. Na radiografia torácica apresentava apagamento do seio costo-frênico direito e hipotransparência com sinal de silhueta com o bordo cardíaco à direita. Realizou angiografia torácica que evidenciou massa sólida, heterogénea,  $75 \times 66$  mm, localizada na vertente medial do lobo inferior direito, contactando o mediastino e derrame pleural pequeno à direita. Neste contexto foi orientada para consulta de Pneumologia para investigação diagnóstica: broncofibroscopia excluiu lesões endobrônquicas, destacando-se secreções mucóides esbranquiçadas, espessas, com origem no segmento lateral do brônquio lobar inferior direito e cuja microbiologia foi negativa. Analiticamente destacou-se eosinofilia ( $940$  células/ $\mu$ L), elevação de IgE ( $1.110$  IU/mL) e de IgE e IgG específicos para *Aspergillus fumigatus* ( $21,4$  kUA/L e  $124$  mgA/L, respetivamente). Assumiu-se ABPA e iniciou corticoterapia na dose de  $0,5$  mg/kg/dia, que foi progressivamente reduzindo, durante 4 meses, com melhoria clínica, redução de IgE sérica e resolução dos achados imagiológicos.

**Discussão:** O diagnóstico de ABPA baseia-se em características clínicas, radiológicas e laboratoriais. Atualmente não existe consenso quanto aos critérios necessários para estabelecer o diagnóstico. Salienta-se a apresentação radiológica atípica do presente caso clínico, nomeadamente, massa pulmonar e derrame pleural, impondo o diagnóstico diferencial com neoplasia pulmonar. Destaca-se ainda a excelente resposta à corticoterapia com resolução dos achados imagiológicos aos dois meses de tratamento corroborando o diagnóstico e a eficácia deste tratamento de primeira linha.

**Palavras-chave:** *Asma. Massa pulmonar. Derrame pleural. Aspergilose broncopulmonar alérgica.*

### 29592. EXPRESSÃO DO PD-L1 NO CPNPC COM MUTAÇÕES EGFR OU REARRANJOS ALK: 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA

**T. Sales Marques**<sup>2</sup>, M.J. Silva<sup>1</sup>, C. Cascais Costa<sup>3</sup>, A. Figueiredo<sup>4</sup>, A. Pego<sup>4</sup>, F. Barata<sup>4</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Leiria.* <sup>2</sup>*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve-Faro.* <sup>3</sup>*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga.* <sup>4</sup>*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** Apesar dos múltiplos avanços científicos na área da biologia molecular, ainda não é claro qual o papel da expressão do PD-L1 nos doentes com cancro do pulmão de não-pequenas células

(CPNPC) com mutações do recetor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) ou rearranjos do linfoma anaplásico quinase (ALK).

**Objetivos:** Caracterizar e avaliar os doentes CPNPC em estadios avançados com mutação EGFR ou com rearranjo ALK e expressão PD-L1.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes seguidos em consulta, entre 2017-2021, com CPNPC avançado, EGFR positivo ou com rearranjo do ALK com avaliação da expressão do PD-L1.

**Resultados:** Foram incluídos 78 doentes, dos quais 59 apresentavam mutação do EGFR e 19 rearranjo do ALK. A expressão de PD-L1  $\geq 1$  foi de 30,5% no grupo EGFR e 52,63% no grupo ALK e a expressão de PD-L1  $\geq 50$  foi de 13,5% no grupo EGFR e 42,1% no grupo ALK. À data deste estudo 66,1% dos doentes EGFR e 73,7% dos doentes ALK evidenciaram progressão da doença sob tratamento de primeira linha. Realizou-se uma análise destes doentes através da avaliação da sobrevida livre de progressão (SLP) com base na expressão de PD-L1  $\geq 1$ , verificando-se uma SLP de 13,81 meses no grupo EGFR e 7,6 meses do grupo ALK ( $p = 0,052$ ). Procedeu-se a uma subanálise dentro do grupo ALK que mostrou uma diferença significativa da SLP entre doentes com rearranjo ALK sem expressão de PD-L1 e doentes com rearranjo ALK com PD-L1  $\geq 1$  (16,75 meses vs. 7,6 meses,  $p = 0,041$ ).

**Conclusões:** Esta análise comparativa mostra uma taxa de expressão mais elevada de PD-L1 em doentes com rearranjo ALK, sendo que a expressão de PD-L1  $\geq 1\%$  nesta amostra revelou ser fator de mau prognóstico na avaliação da sobrevida livre de progressão. Não se observou nenhuma associação significativa da expressão de PD-L1 e a mutação EGFR.

**Palavras-chave:** Cancro do pulmão de não-pequenas células. ALK. EGFR. PD-L1.

#### 29594. QUILOTÓRAX NUM HOSPITAL CENTRAL: NOVE ANOS EM RETROSPECTIVA

**A.R. Afonso**, O. Varela, S. Pipa, A.C. Pimenta, C. Parra, E. Costa, L. Nascimento, A. Fernandes

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

**Introdução e objetivos:** O quilotórax é uma causa rara de derrame pleural caracterizada pela acumulação de linfa como consequência da obstrução ou traumatismo do canal torácico. Foi proposta uma análise das características dos líquidos pleurais, apresentação clínica, etiologia, tratamento e evolução de doentes com quilotórax.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes com derrame pleural com doseamento de triglicéridos  $> 110$  mg/dL diagnosticados num hospital central entre janeiro de 2013 e dezembro de 2021. Foram excluídos os casos com rácio colesterol/triglicéridos  $> 1$  e rácio triglicéridos no líquido pleural/séricos  $< 1$ .

**Resultados:** Das 523 amostras analisadas, foram selecionados 23 doentes com quilotórax (4,4%), dos quais 13 eram mulheres (56,5%), com média de idades de 68 anos (41-85 anos). Os sintomas mais reportados foram sintomatologia constitucional (82,6%;  $n = 19$ ) e dispneia (73,9%;  $n = 17$ ). A totalidade dos derrames era unilateral, 56,5% à direita ( $n = 13$ ); exsudados em 82,6% ( $n = 19$ ) e transudados em 17,4% ( $n = 4$ ). A mediana dos triglicéridos foi 307 mg/dL (IQR 144-480). A etiologia neoplásica foi a mais frequente (69,6%;  $n = 16$ ), com destaque para os distúrbios linfoproliferativos, em 52,2% dos casos ( $n = 12$ ). Restantes etiologias: cirrose hepática (8,7%;  $n = 2$ ), traumática (4,3%;  $n = 1$ ), insuficiência cardíaca congestiva (4,3%;  $n = 1$ ) e inconclusiva (13%;  $n = 3$ ). A maioria foi abordado de forma conservadora. Foram realizadas toracocenteses evacuadoras em 78,3% ( $n = 18$ ) e apenas 13% ( $n = 3$ ) realizaram pleurodese, sem sucesso. Nenhum realizou tratamento cirúrgico. Evolução: 6 resolveram (26,1%), 10 recidivaram (43,5%) e 7 doentes faleceram (30,4%). Após a alta, 6 derrames permaneceram sem recidiva (26,1%), 3 resolveram (13%) e 7 persistiram/recidivaram (30,4%).

**Conclusões:** Os nossos resultados comprovam que o quilotórax é uma entidade rara, tipicamente com características de exsudado e muitas vezes de origem neoplásica, sendo o linfoma a etiologia mais comum. O tratamento assenta inicialmente numa abordagem conservadora, já que os quilotórax podem resolver espontaneamente ou com tratamento da causa subjacente, estando o prognóstico dependente da evolução da etiologia associada.

**Palavras-chave:** Quilotórax. Retrospectiva. Derrame pleural. Triglicéridos.

#### 29595. UM OLHAR RETROSPECTIVO SOBRE OS DOENTES EGFR OU ALK POSITIVOS COM CPNPC AVANÇADO

**T. Sales Marques**, M.J., Silva<sup>2</sup>, C. Cascais Costa<sup>3</sup>, A. Figueiredo<sup>4</sup>, A. Pego<sup>4</sup>, F. Barata<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve-Faro. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Leiria. <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga. <sup>4</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução:** O estudo molecular do recetor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) e do linfoma anaplásico quinase (ALK) no cancro do pulmão de não-pequenas células (CPNPC) avançado tem sido fundamental para o sucesso terapêutico nos últimos anos.

**Objetivos:** Avaliar a resposta terapêutica dos doentes CPNPC em estadios avançados com mutação EGFR ou rearranjo ALK.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes seguidos em consulta, entre 2016-2021, com CPNPC avançado, EGFR positivo ou com rearranjo do ALK.

**Resultados:** Analisaram-se 106 doentes, dos quais 71 apresentavam mutação do EGFR e 35 rearranjo do ALK. A média das idades foi 69,5 e 61 anos respetivamente, com predomínio do sexo feminino (60,6% vs. 65,7%) e não fumadores (67,6% vs. 74,3%). A maioria apresentava performance status 0-1 (85,5% vs. 91,4%). A análise dos doentes com PD-L1  $\geq 50\%$  mostrou uma frequência de 11,3% nos doentes EGFR e 22,8% nos doentes ALK. À data desta análise 71,8% dos doentes EGFR e 80% dos doentes ALK evidenciaram progressão da doença sob tratamento de primeira linha, com uma sobrevida livre de progressão (SLP) de 14,85 vs. 14,96 meses respetivamente. A avaliação da melhor resposta à terapêutica entre os dois grupos (EGFR vs. ALK) mostrou progressão em 21,6% vs. 21,4%, doença estabilizada em 29,4% vs. 28,6%, resposta parcial em 39,2% vs. 28,6% e resposta completa em 9,8% vs. 7,1%. No grupo EGFR que progrediu em 1ª linha, 26 (51%) doentes avançaram para terapêutica de segunda linha e 25 (49%) faleceram. No grupo ALK, 22 (78,6%) doentes avançaram para segunda linha e 6 (21,4%) faleceram. A análise primária da SLP dos doentes atualmente sobre primeira linha, com fármacos de 2ª/3ª geração, foi de 18,35 meses no grupo EGFR e 26,14 meses no grupo ALK.

**Conclusões:** O diagnóstico molecular tem mostrado uma resposta preditiva perante as terapêuticas direcionadas. Este trabalho mostra a nossa experiência local e corrobora os dados publicados na literatura.

**Palavras-chave:** Cancro do pulmão de não-pequenas células. ALK. EGFR.

#### 29600. HEMOPTISES DE RESOLUÇÃO COMPLEXA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**S. Pipa**, A.R. Afonso, L. Ribeiro, L. Nascimento, A.I. Loureiro, A. Fernandes

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

**Introdução:** As hemoptises constituem uma causa frequente de internamento, contudo, hemoptises massivas são relativamente raras

e podem ter etiologia variada, nomeadamente alterações estruturais parenquimatosas e vasculares e infeções por agentes angiiovasivos como *Aspergillus* spp. Tratamento cirúrgico pode ser considerado em situações recidivantes, porém, doença pulmonar severa subjacente constitui contraindicação relativa.

**Caso clínico:** Homem, 54 anos, antecedentes de silicose pulmonar crónica com fibrose maciça progressiva e aspergilose pulmonar cavitária crónica com cavitação no lobo superior direito, tendo realizado sete meses de voriconazol, suspenso por hepatotoxicidade. História de hemoptise recidivante com necessidade de duas arteriografias com embolização de artéria brônquica e intercostal (AIC) direita ectópica. Funcionalmente, alteração ventilatória obstrutiva ligeira, DLCO SB 63%, sem insuficiência respiratória, mas pelas alterações parenquimatosas extensas e complicações associadas foi avaliado em centro de transplantação, considerando-se não ter indicação para transplante pulmonar. Admitido em internamento por hemoptise massiva com necessidade de embolização urgente de artéria brônquica e AIC direitas. Melhoria inicial, mas agravamento após redução da terapêutica hemostática, com necessidade de segunda embolização de AIC direitas (4º-5º espaços intercostais (EIC)), mantendo artérias dilatadas, não embolizadas pelo risco de isquemia da parede torácica. Após nova recidiva de hemoptise abundante, realiza embolização de AIC direita (3º EIC), francamente ectasiada, condicionando vascularização brônquica ectópica e fístulas artério-arteriais. Nesta terceira intervenção mantinha AIC direitas de calibre proeminente, passíveis de embolização em caso de recorrência. Discutida com Cirurgia Torácica possibilidade de lobectomia superior direita, recusada por ausência de condições, recomendada referenciação para transplante. Estabilizou clinicamente possibilitando desmame para terapêutica oral e alta. Aguarda reavaliação no centro de transplantação.

**Discussão:** Este caso de hemoptises de resolução complexa espelha a dificuldade com que por vezes nos deparamos quando a terapêutica médica disponível tem eficácia precária num doente sem condições para tratamento cirúrgico por doença pulmonar difusa, nem tampouco alteração funcional que indicasse transplante pulmonar à data da avaliação inicial.

**Palavras-chave:** Hemoptise. Silicose pulmonar crónica. Aspergilose pulmonar cavitária crónica. Arteriografia com embolização.

#### 29604. DERMATOMIOSITE AMIOPÁTICA E DOENÇA PULMONAR RAPIDAMENTE PROGRESSIVA. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**M. Alves**, S. André, F. Nogueira

*Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.*

**Introdução:** A dermatomiosite é uma miopatia inflamatória idiopática, rara, caracterizada por fraqueza muscular e envolvimento cutâneo, podendo associar-se a doença intersticial pulmonar. É mais frequente no sexo feminino, podendo ocorrer em qualquer idade, tendo dois picos de incidência: dos 5 aos 15 anos e dos 40 aos 60 anos. Os anticorpos associados à dermatomiosite parecem ter um papel importante no diagnóstico e prognóstico. Os auto anticorpos contra melanoma differentiation-associated antigen 5 (MDA5), associam-se a dermatomiosite amiopática. Esta constitui um subgrupo raro (10-20%), caracterizado por manifestações cutâneas, com ulceração, sem fraqueza muscular/alterações enzimáticas musculares e associada frequentemente a doença intersticial pulmonar rapidamente progressiva.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 63 anos. Internada em Março de 2021, por quadro de tosse seca, mialgias, desconforto torácico e diminuição da tolerância aos esforços, com perda de apetite com 3 semanas de evolução. Realizou TC tórax com evidência de extensas alterações da permeabilidade pulmonar com áreas em vidro despolido periféricas e mais extensas à esquerda e condensação

basal direita, com broncograma aéreo. Referia ainda com 1 mês lesões vermelhas milimétricas na face palmar autolimitadas, não confluentes, dolorosas. Apresentava úlceras orais com uma semana de evolução antes da admissão e artralgias há 5 anos. Foi diagnosticada dermatomiosite amiopática (anti-MDA5+) com envolvimento pulmonar (padrão NSIP) rapidamente progressivo, pelo que iniciou corticoterapia e MFM. Em Julho de 2021 desenvolve pneumomediastino espontâneo, sem indicação cirúrgica. Em Janeiro de 2022 por pneumonia nosocomial é internada, com evolução desfavorável necessitando de ventilação invasiva. A doente veio a falecer no contexto de pneumotórax hipertensivo.

**Discussão:** O anticorpo anti-MDA5 é o melhor estudado e associa-se de forma significativa a DM amiopática, que apesar de corresponder a uma minoria de casos, associa-se a doença pulmonar intersticial rapidamente progressiva, com mau prognóstico. Esta doente teve de facto uma evolução rápida após diagnóstico com complicações que levaram à sua morte.

**Palavras-chave:** Dermatomiosite. Dermatomiosite amiopática. MDA5. Doença intersticial pulmonar.

#### 29606. CARACTERÍSTICAS MOLECULARES DO CPNPC EM DOENTES JOVENS

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

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Baixo Vouga. <sup>2</sup>Unidade Multidisciplinar de Tumores Torácicos (UMTT), Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** O cancro do pulmão (CP), embora mais frequente em idosos, ocorre em jovens em 0,6-13%. A definição de doente jovem não é clara, variando < 35 a < 50 anos, tendo características clínico-patológicas únicas. Diversos estudos sugerem ser mais frequente em mulheres, não fumadores, em doentes com adenocarcinoma pulmonar e a nível molecular uma menor incidência da mutação EGFR e maior do rearranjo do ALK.

**Objetivos:** Analisar o perfil molecular por NGS do CP não pequenas células (CPNPC) em doentes com < 50 anos.

**Métodos:** Estudo retrospectivo do perfil molecular por NGS dos doentes com CPNPC não escamoso (pesquisa reflexa) e escamoso (casos selecionados - 6,7%) com <50 anos seguidos na UMTT entre novembro/2016-setembro/2021. Analisadas as características demográficas, clínicas, tumorais, sobrevivência global (OS-tempo entre o diagnóstico e morte/última visita hospitalar) e análise comparativa entre grupos mutados vs não-mutados.

**Resultados:** identificados 44 doentes, um com 2 neoplasias pulmonares síncronas. Na tabela descrevem-se as características da amostra e os seus outcomes. Em 3 doentes foram identificadas 2 mutações e num caso 3 mutações concomitantes. Na análise entre grupos, os não mutados eram maioritariamente do sexo masculino (p = 0,011), com estágio mais avançado ao diagnóstico (p = 0,025); sem diferenças estatisticamente significativas na idade, hábitos tabágicos, ECOG, histologia e expressão de PD-L1.

**Conclusões:** Os doentes eram maioritariamente fumadores, ECOG ≤ 1 e estágio IV ao diagnóstico. O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma pulmonar e 2/3 apresentavam expressão de PD-L1 < 50%. As principais mutações identificadas foram no EGFR, seguido do KRAS; os não mutados eram sobretudo do sexo masculino, com estádios mais avançados ao diagnóstico. Apesar de 75,0% ser/ter sido fumador, foi identificada uma taxa elevada de mutações (65,9%, n = 29), das quais 65,5% (n = 19) são passíveis de tratamento com terapêutica-alvo. A continuidade deste estudo, com aumento da amostra e a comparação com a população > 50 anos ajudará a compreender o impacto clínico destes achados.

**Palavras-chave:** CPNPC. Doente jovem. Perfil molecular. Next Generation Sequencing (NGS).

Tabela 29606			
Caracterização dos doentes e <i>outcomes</i>	Não mutados	Mutados	Total
Idade, anos (mediana)	46	45	45
Sexo, masculino (n,%)	12, 80,0%	11, 37,9%	23, 52,3%
Hábitos Tabágicos			
Fumador	12, 80,0%	17, 58,6%	29, 65,9%
Não fumador	2, 13,3%	9, 31,0%	11, 25,0%
Ex-fumador	1, 6,7%	3, 10,3%	4, 9,1%
ECOG (n,%)			
0	2, 13,3%	7, 24,1%	9, 20,5%
1	9, 60,0%	19, 65,5%	28, 63,6%
2	1, 6,7%	1, 3,4%	2, 4,5%
3	0, 0,0%	2, 6,9%	2, 4,5%
4	3, 20,0%	0, 0,0%	3, 6,8%
Histologia (n,%)			
Adenocarcinoma pulmonar	9, 60,0%	25, 83,3%	34, 75,6%
Carcinoma epidermoide	2, 13,3%	1, 3,3%	3, 6,7%
Carcinoma pouco diferenciado	4, 26,7%	3, 10,0%	7, 15,6%
Carcinoma adenoescamoso	0, 0,0%	1, 3,3%	1, 2,2%
Classificação TNM (8ª edição) (n,%)			
I	0, 0,0%	5, 16,7%	5, 11,1%
II	0, 0,0%	3, 10,0%	3, 6,7%
III	1, 6,7%	3, 10,0%	4, 8,9%
IV	13, 86,7%	17, 56,7%	30, 66,7%
Sem estadiamento concluído*	1, 6,7%	2, 6,7%	3, 6,7%
Expressão de PD-L1 (n,%)			
<1%	8, 53,3%	10, 33,3%	18, 40%
[1-50%[	3, 20,0%	9, 30,0%	12, 26,7%
≥ 50%	4, 26,7%	10, 33,3%	14, 31,1%
Material insuficiente	0, 0,0%	1, 3,3%	1, 2,2%
Não mutados (NGS negativo)	15	NA	15
Mutações (n)	NA	35	35
ALK (rearranjo)		5, 14,3%	5, 14,3%
EGFR		8, 22,9%	8, 22,9%
- Deleções do exão 19		4	4
- Deleção e inserção do exão 19		2	2
- Duplicação do exão 20		1	1
- Mutações de substituição do exão 21		1	1
KRAS (mutação)		9, 25,7%	9, 25,7%
- Gly12Cis		3	3
- Outras mutações		6	6
MET (amplificação/mutação)		2, 5,7%	2, 5,7%
BRAF (mutações não V600E)		3, 8,6%	3, 8,6%
ROS (rearranjo)		2, 5,7%	2, 5,7%
Outras mutações		6, 17,1%	6, 17,1%
Tratamento (n,%)			
SBRT	0, 0%	4, 13,3%	4, 8,9%
Cirúrgico	0, 0%	4, 13,3%	4, 8,9%
QT/RT (concomitante/sequencial)	0, 0%	5, 16,7%	5, 11,1%
TKI	0, 0%	7, 23,3%	7, 15,6%
Imunoterapia (IO)	1, 6,7%	5, 16,7%	5, 11,1%
QT, QT+IO	7, 46,6%	2, 6,7%	9, 20,0%
Cuidados de suporte	3, 20,0%	1, 3,3%	4, 8,9%
Sem tratamento**	4, 26,7%	3, 10,0%	7, 15,6%
OS, meses (mediana)	3,5	19,5	11,8
OS doentes estadio IV (n = 30), meses (mediana)	3,3	19,4	8,8
OS doentes estadio IV tratados com TKI em 1ª linha (n = 7), meses (mediana)	NA	37,9	37,9

\*Faleceram antes de completar estadiamento; \*\*Faleceram antes de início de tratamento. NA: não aplicável

### 29607. OTITE MÉDIA TUBERCULOSA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE TUBERCULOSE - UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

S. Pipa, B. Conde, L. Ribeiro, A.R. Afonso, D. Portugal, A. Fernandes

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

**Introdução:** A tuberculose mantém-se uma doença infecciosa com uma prevalência significativa a nível mundial. A tuberculose pulmonar (TP) é a forma de apresentação mais comum. Tuberculose extrapulmonar (TBEP) é uma entidade mais rara, sendo a associação de TP com TBEP ainda mais infrequente (cerca de 10% dos casos de tuberculose). A otite média tuberculosa (OMT), é uma forma extremamente rara de TBEP em países desenvolvidos e tem uma prevalência de apenas 0,04-0,9% como etiologia de otite média crónica (OMC).

**Caso clínico:** Mulher, 36 anos, autónoma, consumidora ocasional de tabaco, canábis e estupefacientes inalados. Trabalhou em vários países americanos e asiáticos nos últimos 5 anos. Teve contacto de risco com caso de tuberculose 3 anos antes, não tendo sido rastreada. História com seis meses de evolução de otalgia e sensação de obstrução do ouvido direito. Após vários ciclos de antibioterapia sem resolução sintomática foi diagnosticada com OMC necrotizante e submetida a mastoidectomia e ossiculoplastia com anatomia patológica compatível com lesão inflamatória necrotizante. Posteriormente recorreu ao Serviço de Urgência por tosse irritativa e sintomas constitucionais. Realizou radiografia torácica que evidenciou opacidade hilar direita e colheu expectoração com resultado negativo para bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) e DNA de *Mycobacterium tuberculosis* complex (MTC). Foi medicada com amoxicilina/clavulanato com melhoria clínica e imagiológica inicial, mas por persistência de tosse realizou TC torácica que evidenciou lesão cavitada no lobo inferior direito. Realizou broncofibroscopia com aspirado brônquico positivo para BAAR e DNA de MTC. A peça operatória foi enviada para pesquisa de DNA de MTC que foi positiva (sem estudo micobacteriológico inicial). Iniciou terapêutica antibacilar com melhoria clínica progressiva.

**Discussão:** A OMT é uma manifestação rara de TBEP em países desenvolvidos, cujo diagnóstico é desafiante, sobretudo se as manifestações auditivas anteciparem as pulmonares. Uma história clínica detalhada com ênfase nos fatores epidemiológicos pode aumentar o índice de suspeição.

**Palavras-chave:** *Otite média tuberculosa. Tuberculose extrapulmonar. Tuberculose pulmonar. Otite média crónica necrotizante.*

### 29608. EMBOLIA CEREBRAL GASOSA: UMA COMPLICAÇÃO RARA DA BIÓPSIA TRANSTORÁCICA PULMONAR

M. Monteiro de Castro, D. Ferreira, E. Silva, C. Ribeiro, M. Vanzeller, T. Shiang

*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.*

**Introdução:** A biópsia transtorácica (BTT) por tomografia computadorizada (TC) é um método de diagnóstico frequentemente utilizado para a caracterização de lesões pulmonares, pleurais ou mediastínicas. É um exame minimamente invasivo, seguro, podendo ser realizado em ambulatório. Contudo, existem algumas complicações conhecidas associadas, nomeadamente o pneumotórax e a hemorragia e, menos frequentemente, a embolia gasosa e a implantação tumoral.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 69 anos, ex-fumador com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, adenocarcinoma do recto, carcinoma espinocelular queratinizante da corda vocal direita e de adenocarcinoma de pulmão T1bN2M0 submetido

a lobectomia inferior esquerda e esvaziamento ganglionar em Março de 2013 e quimioradioterapia adjuvante, complicada por pneumonite rádica. Em Julho de 2021, detectado nódulo suspeito de 14 mm em vidro despolido no lobo superior direito. O doente foi submetido a BTT sob controlo por fluoro-TC, tendo sido realizadas 2 punções com agulha de perfil 18G. Imediatamente após o procedimento, apresentou síncope acompanhada de instabilidade hemodinâmica (hipotensão - 72/49 mmHg; bradicardia - 45 bpm) e hemiparésia esquerda. Realizou TC crânio-encefálico (CE) que revelou a presença de bolhas gasosas em topografia subaracnóideia, tendo sido assumida embolia gasosa iatrogénica pós BTT. O doente foi colocado em posição de Trendelenburg e foi iniciada oxigenoterapia de alta concentração. Após estabilização foi referenciado para sessão terapêutica de oxigenoterapia hiperbárica. Verificou-se boa evolução clínica com recuperação dos défices e resolução total das bolhas gasosas em TC CE de controlo. Após 4 dias de internamento, teve alta. Ao exame neurológico, apresentava apenas discreta pronação do membro superior esquerdo na prova dos braços estendidos.

**Discussão:** Trata-se de um caso que demonstra uma complicação rara mas potencialmente fatal de um procedimento minimamente invasivo. Com o presente caso clínico, pretende-se salientar a importância de reconhecer as complicações mais frequentes mas também as mais raras e potencialmente graves de um exame muito utilizado na prática clínica.

**Palavras-chave:** *Biopsia transtorácica. Embolia gasosa.*

### 29609. CUIDADOS PALIATIVOS EM DOENTES COM VENTILAÇÃO DOMICILIÁRIA - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

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

*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.*

**Introdução e objetivos:** Os Cuidados Paliativos (CP), na presença de uma ou mais condições clínicas geradoras de sofrimento, têm um papel de destaque na dignificação dos cuidados, bem como na promoção da qualidade de vida da pessoa-doente e das suas famílias. Objetivo: caracterizar a população de doentes seguidos na consulta de ventilação não-invasiva (VNI) referenciados para a consulta médica de CP e avaliação dos motivos subjacentes à sua referência.

**Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva dos doentes seguidos em consulta de VNI de um centro hospitalar terciário entre janeiro de 2016 a dezembro de 2021 referenciados para a consulta de CP. Os dados foram obtidos através dos registos clínicos da consulta.

**Resultados:** Dos 462 doentes seguidos na consulta neste período, 56 (12%) foram seguidos por CP; a sua caracterização e motivo da referência estão destacados na tabela. A referência, muitas vezes, baseava-se em mais do que um motivo (55% dos casos). Mesmo quando a referência não se baseava no não controlo sintomático, aquando da avaliação na consulta de CP, os doentes referenciam queixas. Dos doentes analisados apenas 10 não manifestaram sintomas na consulta, destacando a grande limitação experienciada por estes doentes. O tempo médio sob VNI à data da consulta de CP foi 19,3 meses. Cinco doentes com patologia neuromuscular ainda não tinham iniciado VNI por ainda não reunirem critérios, mas mantém-se em vigilância na consulta.

**Conclusões:** Constatou-se um aumento na referência dos doentes para a consulta de CP nos anos mais recentes podendo espelhar a maior consciencialização dos Pneumologistas, a evolução dos CP no nosso hospital e maior complexidade dos doentes com o aumento da sobrevida.

**Palavras-chave:** *Cuidados paliativos. Ventilação não invasiva.*

<b>Sexo Masculino</b>	33 (59)
<b>Idade a referenciação, anos</b>	67 [62.8 88.0]
<b>Patologia</b>	
ELA	25 (44.6)
DPOC	19 (33.9)
DPI	5 (8.9)
Outras DNM	4 (7.1)
Bronquiectasias	1 (1.8)
SOH	1 (1.8)
SAOS	1 (1.8)
<b>Motivo de Referenciação</b>	
Sintomas não controlados	31 (55.3)
Organização/Transição de Cuidados	27 (48.2)
Progressiva Limitação Funcional	21 (37.5)
Exacerbações Frequentes/Eventos Sentinela	7 (12.5)
Tomada de Decisões de Fim de Vida	4 (7.1)
Capacitação de cuidadores	4 (7.1)
Intervenção psicoespíritual	3 (5.4)
<b>Sintomas não controlados</b>	<b>46 (82.1)</b>
Dispneia	25 (54.3)
Tristeza reactiva / Ansiedade	16 (34.8)
Astenia	14 (30.4)
Disfagia	12 (26.1)
Anorexia	10 (21.7)
Sintomas Neurocognitivos	10(21.7)
Sialorreia	9(19.6)
Disartria/Disfonia	9(19.6)
Dor	8 (17.4)
Outros	17(37.0)
<b>Ano de Referenciação</b>	
2021	17(30.4)
2020	24(42.9)
2019	7(12.5)
2018	6(10.7)
2017	2(3.6)

**Tabela:** Caracterização dos doentes referenciados para a consulta médica de Cuidados Paliativos e motivo da sua referenciação. ELA: Esclerose Lateral Amiotrófica; DNM: doença neuromuscular; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crónica; DPI: doença pulmonar intersticial; SOH: síndrome obesidade hipoventilação; SAOS: síndrome de apneia obstrutiva do sono. Sintomas neurocognitivos: demência e/ou delírium. Outros: náuseas, broncorreia, insónia, fraqueza muscular. Dados apresentados como n (%) ou mediana [intervalo interquartil].

Figura 29609

## 29610. QUILOTÓRAX MALIGNO - UMA COMPLICAÇÃO POUCO FREQUENTE DA NEOPLASIA PRIMÁRIA DO PULMÃO

R. Quita, N. Faria, B. Silva, B. Ferraz, F. Rodrigues dos Santos, P. Fidalgo, I. Costa

Centro Hospitalar e Universitário do Porto.

**Introdução:** O ducto torácico é responsável pelo transporte de linfa. Tem início a nível infradiafragmático, na cisterna do quilo, e termina na junção das veias subclávia e jugular, após atravessar o mediastino. Qualquer disrupção no seu trajeto pode resultar em quilotórax. O seu diagnóstico deve ser célere e o tratamento está dependente da etiologia.

**Caso clínico:** Homem de 72 anos, ex-fumador, com diagnóstico de carcinoma indiferenciado do pulmão cT3N2M0 submetido a quimio-radioterapia com progressão de doença e aumento dimensional da massa tumoral com extensão à região para-hilar direita. Recorre ao SU por tosse e astenia agravadas com uma semana de evolução. Gasimetricamente com insuficiência respiratória hipoxémica agravada, mas parâmetros inflamatórios baixos. Radiografia de tórax a evidenciar derrame pleural direito de grande volume. Pedida colaboração de Pneumologia para avaliação, tendo sido realizada tora-

centese diagnóstica e evacuadora com drenagem de 1.200 ml de líquido pleural de aspeto leitoso com pH fresco de 7,9. Doente sem antecedentes de cirurgia ou trauma. As amostras foram enviadas para avaliação bioquímica, citológica e microbiológica. A análise bioquímica demonstrou um derrame pleural exsudativo pelos critérios de Light com triglicéridos 1.519 mg/dl e colesterol < 200 mg/dl. Citologia e microbiologias negativas. Dado o contexto de neoplasia maligna do pulmão em progressão, foi assumido o diagnóstico de quilotórax maligno. Após discussão com o doente optou-se por estratégia de toracocenteses evacuadoras seriadas, para palição de sintomas, e dieta com redução da ingestão de gorduras. Por necessidade de toracocenteses evacuadoras frequentes, foi proposta colocação de cateter pleural de longa duração, que o doente recusou.

**Discussão:** O quilotórax maligno é uma complicação pouco frequente da neoplasia do pulmão, que ocorre por disfunção do ducto torácico. A morbidade associada é significativa e muitas vezes de difícil gestão. A vontade do doente deve ser predominante na tomada de decisão de tratamento cujo intuito é primordialmente paliativo.

**Palavras-chave:** Quilotórax. Neoplasia do pulmão.

### 29611. INFEÇÃO POR SARS-CoV-2, EOSINOFILIA PERIFÉRICA E PADRÃO MICRONODULAR: UMA ASSOCIAÇÃO ATÍPICA

**J. Lourenço**, A.L. Fernandes, A.P. Vaz, I. Neves, S. Dias, M. Araújo

*Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano.*

**Introdução:** São vastos os diagnósticos diferenciais de padrão micronodular de distribuição aleatória em TC-tórax, incluindo etiologias infecciosas. Contudo, não é tipicamente documentado na infeção SARS-CoV-2. Alterações nas contagens de eosinófilos têm sido descritas na infeção por SARS-CoV-2, permanecendo incerto o seu significado clínico.

**Caso clínico:** Homem de 54 anos, desempregado (previamente operário da indústria automóvel e construção civil, com exposição a sílica), fumador (reinício após 10 anos de suspensão), com doença de refluxo gastro-esofágico. Sem alergias conhecidas, animais domésticos, contactos com casos de Tuberculose ou viagens recentes. Recorreu ao SU-COVID a 02/11/21 por febre, dispneia progressiva para esforços e tosse seca com 48h de evolução. Exame objetivo: apenas dessaturação  $\geq 4\%$  na deambulação. Teste SARS-CoV-2 positivo e ratio 376 na gasimetria arterial. Analiticamente: Proteína C-Reativa 37 mg/L, leucocitose 13.640/uL e eosinofilia *de novo* 2.000/uL (14,4%). TC-torácica com padrão micronodular de distribuição aleatória bilateral e áreas discretas em vidro-despolido. Até ao 6º dia de internamento, verificou-se agravamento da eosinofilia periférica (máximo 6.300/uL), sem alteração clínica ou aumento dos marcadores inflamatórios. Não iniciou tratamento dirigido à infeção SARS-CoV-2. Sem alterações no estudo auto-imune, serologias víricas, parasitológico de fezes ou ecocardiograma. Broncofibroscopia com mucosa brônquica edemaciada, ruborizada e com petéquias difusas. Sem isolamentos microbiológicos (incluindo PCR de *M. tuberculosis*) e citologia no LBA negativa para malignidade. Estudo imunológico de LBA: 26,0% eosinófilos, 33,0% neutrófilos e 6,0% linfócitos. Verificou-se melhoria significativa e espontânea do padrão micronodular (TC-torácico ao 10º dia internamento) e da eosinofilia periférica. Reavaliado na consulta de Pneumologia-COVID: dispneia apenas para exercícios intensos, 1.000/uL eosinófilos e com resolução praticamente completa das alterações em TC-tórax.

**Discussão:** Conhece-se pouco o impacto da infeção SARS-CoV-2 na função do eosinófilo. Eosinofilia sérica e pulmonar são incomuns, mas descritas nesta infeção. Os autores descrevem este caso pela sua raridade, associação de padrão radiológico e analítico atípicos na infeção SARS-CoV-2 e sua resolução sem tratamento dirigido.

**Palavras-chave:** SARS-CoV-2. Eosinofilia. Padrão micronodular.

### 29612. O IMPACTO DOS ANTIFIBRÓTICOS NO PROGNÓSTICO FPI: A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL GRUPO E

**G. Santos**<sup>2</sup>, A. Fabiano<sup>3</sup>, P. Caetano Mota<sup>1,4</sup>, N. Melo<sup>1</sup>, H. Novais-Bastos<sup>1,4,5</sup>, A. Terras Alexandre<sup>1</sup>, C. Souto Moura<sup>6</sup>, S. Guimarães<sup>6</sup>, M. Pereira<sup>7</sup>, A. Carvalho<sup>7</sup>, A. Morais<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de São João. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta. <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital Fernando Fonseca. <sup>4</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Port. <sup>5</sup>Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S), Universidade do Port. <sup>6</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário de São João. <sup>7</sup>Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar Universitário de São João.

**Introdução e objetivos:** A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma doença fibrosante e progressiva com mau prognóstico, tendo estado previamente à introdução da terapêutica antifibrótica (AF) associada a uma sobrevida média de 3 anos. Esta terapêutica caracteriza-se por uma redução significativa no declínio funcional respiratório

com consequente aumento da sobrevida (SV), a qual ainda está por definir.

**Métodos:** Estudo observacional e retrospectivo com comparação das características ao diagnóstico e sobrevida entre uma coorte de doentes com FPI prévia à introdução dos AF com uma coorte sob AF. Informação obtida através dos processos clínicos da consulta de doenças do interstício pulmonar de um Hospital Grupo E.

**Resultados:** A coorte sob AF incluiu 108 doentes, 82% (n = 89) homens, média de idades de 72 anos e 75% (n = 81) com história de tabagismo, tendo 50% (n = 54) sido medicado com Nintedanib e 50% (n = 54) com Pirfenidona. Ao diagnóstico, a CVF média foi 84,7  $\pm$  22,1% e a DLCO média foi 42,7  $\pm$  16,3%. A coorte prévia à introdução de AF incluiu 80 doentes, 68,8% (n = 55) homens, média de idades de 68,1 anos, 50% (n = 40) com história de tabagismo. Ao diagnóstico, a CVF média foi 74,7  $\pm$  20,2%, significativamente menor que a coorte sob AF (p < 0,05, IC95% [3,39;16,39]). A DLCO média foi 45,7  $\pm$  16,4%. Os doentes sob terapêutica AF tiveram uma sobrevida significativamente superior (SV média de 58 meses IC95% [32,6;47,2] versus 39,9 meses IC95% [51,4;64,7]) (p < 0,05).

**Conclusões:** Apesar de a sobrevida ser maior no grupo sob AF, expectável dado o seu benefício na evolução da doença, uma CVF significativamente diferente à altura do diagnóstico sugere que a coorte prévia à introdução da terapêutica AF encontrava-se numa fase mais avançada da doença, limitando uma conclusão relativamente à diferença de sobrevida entre os grupos. Por outro lado, sugere que os doentes estão a ser diagnosticados mais precocemente, um dos objetivos na abordagem da FPI.

**Palavras-chave:** Fibrose pulmonar idiopática. Sobrevida. Antifibróticos.

### 29616. A HETEROGENEIDADE CLÍNICA NA PROTEINOSE ALVEOLAR AUTOIMUNE

**G. Santos**, J. Portela, M. Lopes, J. Soares

*Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta.*

**Introdução:** A proteinose alveolar pulmonar (PAP) de etiologia autoimune (aPAP) representa 90% dos casos e caracteriza-se pela presença de autoanticorpos (atc) contra fator estimulador de colónias de granulócitos-macrófagos (GM-CSF). Apresentamos 2 casos com evolução distinta de aPAP.

**Caso clínico:** Caso 1. Homem, 39 anos, fumador. Trabalhava na construção civil. Iniciou quadro de dispneia para grandes esforços progressivamente para pequenos esforços, associado a sintomas gripais. Iniciou antibioterapia empírica sem melhoria e recorreu ao serviço de urgência. À admissão apresentava um padrão de “crazy-paving” na TAC tórax e PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 210, tendo ficado internado nos cuidados intensivos. Iniciou oxigenoterapia por cânula nasal de alto fluxo. Realizou broncofibroscopia (BF) com lavado bronco-alveolar (LBA) compatível com PAP. Os atc GM-CSF foram positivos. Por agravamento sintomático foi submetido a duas lavagens pulmonares totais (LPT). Caso 2. Mulher, 58 anos, não fumadora. Trabalha num café. Sem antecedentes pessoais. Internada por hemiparésia direita. Sem sintomas respiratórios. Realizou TAC craneo-encefálica (CE) observando-se lesão com efeito de massa que foi excisada. A presença de escassas células CD1a+ levantou a suspeita de Histiocitose de Células de Langerhans cerebral. Assim, realizou TAC tórax com padrão inespecífico de “crazy paving” e BF (PCR positiva para tuberculose mas cultural negativo; CD1a+; antígeno galactomman negativo no sangue e positivo no LBA). Autoimunidade e Imunoglobulinas negativas. Assumiu-se após realização de ressonância magnética CE e discussão com Neurologia que a lesão CE seria um abscesso. Em reunião multidisciplinar colocou-se suspeita de PAP. Repetiu LBA e posteriormente biópsia transtorácica ambos compatíveis com PAP. Atc GM-CSF positivos. Encontra-se em vigilância há > 1 ano.

**Discussão:** A apresentação clínica de aPAP é variável. O tratamento é guiado pela sintomatologia do doente sendo a abordagem habitual a

realização de LPT. Contudo, em doentes assintomáticos não está estabelecida qual a melhor opção de tratamento/seguimento. Alternativas como o uso de GM-CSF inalada têm sido propostas (doi:10.2147/TCRM.S193884). A criação de diretrizes nestes doentes é recomendada.

**Palavras-chave:** *Proteinose alveolar. GM-CSF inalada. Variabilidade clínica.*

### 29617. INFECÇÃO CRÓNICA POR *STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA*: A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO PROLONGADO

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

*Centro Hospitalar de Lisboa Norte.*

**Introdução:** O significado do isolamento de *Stenotrophomonas maltophilia* (*S. maltophilia*) numa amostra do trato respiratório não é muito claro, especialmente sem bacteriemia associada e fora do contexto nosocomial. A infecção crónica por este agente em doentes com bronquiectasias não associadas à fibrose quística é rara e não existem claras indicações relativamente ao tratamento.

**Caso clínico:** Mulher de 75 anos, não fumadora, com o diagnóstico de asma brônquica. Medicada com salmeterol + fluticasona e brometo de tiotrópio. Observada em consulta de Pneumologia por queixas persistentes de broncoespasmo, tosse produtiva e cansaço progressivo, realizou TC tórax que mostrava bronquiectasias cilíndricas inferiores e extensa micronodulação centrilobular do lobo médio e lobos inferiores. Foi realizada broncofibroscopia com isolamento de *Stenotrophomonas maltophilia* no lavado bronco-alveolar. Realizou tratamento com ciprofloxacina, com melhoria do broncoespasmo e da expectoração. Nos 3 anos subsequentes voltou a apresentar quadro clínico semelhante, com isolamento persistente de *S. maltophilia* por duas vezes, tendo realizado antibioterapia com cotrimoxazol com melhoria clínica. Foi excluída aspergilose broncopulmonar alérgica e infecção por micobactérias, e otimizada a reabilitação respiratória. Perante nova recorrência dos sintomas, iniciou antibioterapia prolongada com azitromicina com estabilização clínica e resolução das alterações imagiológicas.

**Discussão:** O tratamento da infecção crónica a *Pseudomonas aeruginosa* em doentes com bronquiectasias e exacerbações frequentes é recomendado pela maioria das guidelines, associando-se a estabilização da função pulmonar e redução das exacerbações. No caso de outros agentes, o tratamento prolongado com antibióticos pode também ter benefício. Chama-se a atenção para este caso, por se ter observado melhoria clínica e radiológica acentuadas e diminuição das exacerbações após tratamento prolongado com azitromicina, demonstrando que a infecção crónica por agentes não-PSAE deve ser valorizada.

**Palavras-chave:** *Stenotrophomonas maltophilia. Bronquiectasias. Macrólidos.*

### 29618. EXPOSIÇÃO FÚNGICA AMBIENTAL DOMICILIÁRIA EM DOENTES COM PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE. ESTUDO PILOTO

**D.B. Coelho**<sup>1,2</sup>, J.C. Rufo<sup>3,4,5</sup>, R.F. Santos<sup>6</sup>, N. Melo<sup>1</sup>, P.C. Mota<sup>1,2</sup>, A.T. Alexandre<sup>1</sup>, H.N. Bastos<sup>1,2,6</sup>, A. Morais<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de São João. <sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. <sup>3</sup>EPIUnit, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.

<sup>4</sup>Translational Research in Population Health (ITR). <sup>5</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. <sup>6</sup>Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto.

**Introdução e objetivos:** A identificação e evicção do antigénio causador de doença é essencial ao diagnóstico e abordagem da Pneu-

monite de Hipersensibilidade (PH). A exposição a fungos poderá explicar a sua prevalência alta na região. Assim, o principal objetivo deste trabalho é avaliar a exposição fúngica domiciliária em doentes com PH.

**Métodos:** Foram incluídos doentes com PH com diagnóstico nos últimos 2 anos. Uma avaliação ambiental domiciliária completa foi realizada por um investigador treinado em saúde pública, incluindo a colheita de amostra de ar usando um impactador de ar microbiológico com placas de ágar e extrato de malte. Após incubação, foi efetuada quantificação e identificação microscópica de colónias. Os resultados foram expressos em unidades formadoras de colónias por metro cúbico (CFU/m<sup>3</sup>), totais e específicas.

**Resultados:** Dezassete doentes com PH foram recrutados, com idade mediana de 65 anos (min-máx 31-80), 9 deles do sexo masculino (52,9%. A maioria (82,3%, n = 14) tinha PH fibrótica. Onze casas tinham sinais de infiltrações, bolores ou descolorações das paredes. A amostra de ar foi colhida no quarto de todos os doentes e em 1 caso na cozinha devido a sinais visíveis de fungos. A quantidade média de fungos “indoor” foi de 320 ± 959 e “outdoor” de 432 ± 247. Doze doentes (70,6%) tinham níveis tóxicos de uma espécie fúngica específica ou níveis “indoor” superiores a “outdoor”. 17 espécies diferentes foram identificadas, sendo *Cladosporium* spp e *Penicillium* spp as mais frequentes. Outras espécies com elevada concentração foram *Rhodotorula* spp, *Aureobasidium* spp, *Rhizopus* spp, *Aspergillus niger*, *Alternaria* spp. Foi identificado *Aspergillus fumigatus* em 8 casos, estando em níveis superiores ao permitido na legislação em 6.



*Exemplo de danos infiltrativos extensos, com colónias fúngicas visíveis. As amostras foram colhidas na cozinha confirmando crescimento fúngico anormal no laboratório de microbiologia (485 CFU/m<sup>3</sup>).*

**Conclusões:** Foi encontrada uma alta prevalência de concentrações fúngicas elevadas no ambiente domiciliário de doentes com PH. A identificação de potenciais antigénios causadores de PH é essencial no estudo da resposta imunológica na PH e da associação com outcomes clínicos.

**Palavras-chave:** *Pneumonite de hipersensibilidade. Exposição ambiental. Antigénio. Fungos.*

### 29620. AVALIAÇÃO IMAGIOLÓGICA, CLÍNICA E FUNCIONAL 12 MESES PÓS INTERNAMENTO POR COVID-19: ESTUDO PROSPECTIVO

**A. Trindade**, P. Marques, A.S. Costa, R. Fernandes, A. Gerardo, L. Correia, M. Baptista, C. Sousa, C. D'Araújo, J. Boleo-Tomé, F. Rodrigues

*Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.*

**Introdução e objetivos:** A extensão de sequelas e fatores associados à sua persistência após COVID-19 são ainda incertos. Há ainda pou-

cos dados sobre a relação entre alterações imagiológicas e funcionais após um internamento e a persistência de sintomas.

**Objetivos:** Avaliar a evolução clínica, imagiológica e funcional 12 meses após hospitalização por COVID-19; estudar associação entre alterações e fatores de gravidade do internamento.

**Métodos:** Estudo prospetivo observacional que incluiu doentes internados por COVID-19 entre março e julho de 2020. Avaliação aos 3 e 12 meses com inquérito de sintomas, TC tórax, espirometria, pletismografia e DLCO. Variáveis do internamento: ventilação mecânica invasiva (VMI) e/ou não invasiva (VNI), uso de corticoterapia. Análise estatística com software SPSS V26.

**Resultados:** Incluídos 52 doentes, maioria sexo masculino (N = 36; 69,3%) com idade mediana 65 (IIQ = [51,75;79,6]). Aos 12 meses, 49 doentes concluíram o inquérito de sintomas, 42 a avaliação funcional e 45 a imagiológica. Após um ano, 59,6% (31) não apresentava sintomas e 32,7% (17) mantinha pelo menos um dos reportados aos 3 meses, os mais frequentes: fraqueza muscular (17,3%; N = 9), dispneia (15,4%; N = 8) e astenia (11,5%; N = 6). Na maioria a espirometria e pletismografia tiveram valores dentro da normalidade; um terço apresentou DLCO/SB inferior a 75%. Aos 12 meses, 23,1% (12) não tinha alterações pulmonares em TC. Dos que mantinham, em 46,2% (24) eram ligeiras, 13,5% (7) moderadas e 3,8% (2) graves. Os achados mais comuns foram espessamento dos septos interlobulares (40%; N = 18), alterações da arquitetura (40%; N = 18) e bronquiectasias de tração (26,9%; N = 14). Num modelo de regressão logística com variável dependente alterações em TC aos 12 meses, não se verificou associação com VMI (OR 1,81, IC95%: 0,34-9,67) ou corticoterapia (OR 0,63, IC95%: 0,13-3,02).

**Conclusões:** Um ano após COVID-19 podem persistir sequelas clínicas, funcionais e imagiológicas significativas; neste estudo não se estabeleceu associação com corticoterapia ou VMI.

**Palavras-chave:** Seguimento COVID-19. Sequelas COVID-19. Síndrome pós-COVID.

### 29621. SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA DOENÇA QUÍSTICA PULMONAR

**S. Dias**, J. Lourenço, M. Araújo, M. Oliveira, A.C. Silva, J. Amado  
*Hospital Pedro Hispano, ULSM.*

**Introdução:** A síndrome de Birt-Hogg-Dubé (BHD) é uma doença rara de transmissão autossómica dominante causada por mutações no gene da foliculina (FLCN). Pode manifestar-se por quistos pulmonares com risco aumentado de pneumotórax, lesões cutâneas ou neoplasia renal.

**Caso clínico:** Homem, 74 anos, ex-fumador (35 UMA), com antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência cardíaca e história de várias intervenções cirúrgicas para remoção de quistos sebáceos. Perante achados incidentais de adenopatias mediastínicas e quistos pulmonares foi referenciado à consulta de Pneumologia. Clinicamente o doente apresentava dispneia para esforços moderados (mMRC 2) e expetoração mucosa. Ao exame objetivo estavam presentes fibrofolículos cutâneos dispersos pelo corpo, em maior número na face, sem outras alterações. De antecedentes familiares destacava-se história mal esclarecida de doença pulmonar da mãe e de 2 irmãos. A tomografia computadorizada torácica documentava formações ganglionares mediastínicas pericentimétricas e lesões quísticas pulmonares difusas, de paredes finas, de dimensões variáveis, não ultrapassando os 2,5 cm. Funcionalmente sem alterações relevantes ventilatórias ou da capacidade de difusão do monóxido de carbono. Perante a suspeita clínica e imagiológica de BHD, foi solicitado a sequenciação de ADN de sangue periférico, que confirmou a presença de variante patogénica do FLCN.

**Discussão:** O diagnóstico desta síndrome é frequentemente tardio, dada a sua raridade e clínica variável, e a presença de cistos pulmonares poderá ser a forma de suspeição da doença, tal como no

caso descrito. Apesar de não existir tratamento médico específico para as manifestações de BHD, é importante a monitorização apertada destes doentes pelo risco de neoplasia renal e para rastreio e aconselhamento genético dos familiares de 1º grau. Os autores pretendem com este caso alertar para esta entidade nosológica rara cujo diagnóstico precoce pode ser preponderante para o doente e os seus familiares.

**Palavras-chave:** Doença interstício pulmonar. Quistos. Birt-Hogg-Dubé.

### 29622. ENCEFALOMIELE PARANEOPLÁSICA OU TÓXICA

**J. Borges**, A. Jorge, A. Pego

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** A doença associada a anticorpos anti-MOG (MOGAD) é uma doença inflamatória auto-imune do Sistema Nervoso Central com uma fisiopatologia incerta.

**Caso clínico:** Mulher de 56 anos, não fumadora, ECOG-PS 0, com diagnóstico de Carcinoma adenocarcinoma do pulmão em 2012, estadió IIIC (cT3N3M0), sem identificação de mutações ou expressão de PD-L1 na biópsia tecidual. Cumpriu várias linhas terapêuticas: duplete de platino, docetaxel e erlotinib. Foi submetida, por progressão em 2016, a biópsia de adenopatia axilar que mantinha as características histopatológicas e iniciou Nivolumab. Em fevereiro/2020 a doença progrediu com metastização óssea e inesperadamente a biópsia líquida identificou deleção do exão 19 do gene EGFR. Inicia osimertinib com resposta parcial pulmonar e ganglionar e estabilidade das lesões ósseas na primeira avaliação. Em setembro/2021 inicia queixas de diminuição da acuidade visual do olho esquerdo, compatível com neuropatia óptica. A TC e angioTC crânioencefálica (CE) não revelaram lesões secundárias. A investigação de causas auto-ímmunes, micro e micobacteriológicas do líquido cefalorraquídeo (LCR) revelaram-se negativas. Não foram identificadas células neoplásicas no LCR. O doseamento de anticorpos anti-MOG IgG foi positivo (título 1:100). A RM CE e medular revelaram várias lesões com hipersinal em T2 no parênquima encefálico, nervo óptico esquerdo e cone medular, sugestivas de patologia desmielinizante. Assumiu-se o diagnóstico de MOGAD de provável etiologia paraneoplásica. Foram iniciadas megadoses de metilprednisolona (1.000 mg ev), seguido de plasmáferese com melhoria parcial. Desenvolveu posteriormente ataxia apendicular e da marcha com evidência em RM CE de nova lesão inflamatória cerebelosa, pelo que foi iniciada imunoglobulina endovenosa (IVIG) (2 g/kg) em adição a novo ciclo de metilprednisolona, com melhoria do quadro. Teve alta com indicação de cumprir mensalmente IVIG e situação clínica estável. A hipótese da síndrome ser secundária ao osimertinib foi considerada pouco provável pelo que se manteve esta terapêutica.

**Discussão:** Este caso clínico pretende realçar a dificuldade diagnóstica e terapêutica das síndromes paraneoplásicas neurológicas.

**Palavras-chave:** Cancro do pulmão. Síndrome paraneoplásica.

### 29623. LIPOMATOSE EPIDURAL: UMA COMPLICAÇÃO RARA DA CORTICOTERAPIA

**M. Bragança**, F. Ferro, P. Alves, C. Bárbara

*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.*

**Introdução:** A lipomatose epidural é uma complicação rara associada à corticoterapia, caracterizada pela deposição de gordura não encapsulada no espaço epidural da coluna vertebral, sendo o período entre o início da corticoterapia e da sintomatologia variável e dose dependente. A sua deteção precoce é fundamental pelas implicações prognósticas.

**Caso clínico:** Homem de 52 anos, ex-fumador (30 UMA), com diagnóstico a 04/2017 de adenocarcinoma do pulmão estadió IVB (me-

tastização óssea e pleural) com rearranjo ALK positivo. Foi submetido a radioterapia externa paliativa sobre as lesões ósseas e iniciou crizotinib, efetuando um total de 13 ciclos. Por progressão sintomática a nível do sistema nervoso central a 05/2018, iniciou terapêutica com alectinib e cumpriu ciclo de corticoterapia, sendo posteriormente submetido a radiocirurgia da lesão do tronco. A referir nesta fase iatrogenia à corticoterapia, nomeadamente fáceis cushingoide, diabetes mellitus e necrose asséptica da cabeça do fémur esquerdo. Por nova progressão em 01/2020, com secundarização cerebral parietal direita, foi submetido a radiocirurgia e cumpriu novo ciclo de corticoterapia. Em 03/2021 apresenta crise convulsiva tónico-clónica, sendo documentada metástase parietal. Foi submetido a ressecção cirúrgica da lesão, iniciou levetiracetam e realizou ciclo de corticoterapia. Em 05/2021, por quadro de lombalgia intensa, parestesias dos membros inferiores, urgência miccional e impotência sexual, realizou RM-coluna lombar que mostrou marcada lipomatose epidural entre L4 e o final do canal raquidiano sagrado, condicionando compressão concêntrica do saco dural, tendo sido submetido a remoção da gordura epidural, com resolução das queixas neurológicas. Atualmente mantem-se sob alectinib, sem evidência de recidiva.

**Discussão:** As novas terapêuticas alvo para tumores ALK + estimam sobrevidas de 7-9 anos e, dada a apetência destes tumores pelo sistema nervoso central, ciclos repetidos de corticoterapia podem ser necessários, pelo que as complicações derivadas das corticoterapia devem ser monitorizadas.

**Palavras-chave:** Lipomatose epidural. Corticoterapia. Metastização cerebral. ALK positivo.

#### 29624. GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE: APRESENTAÇÃO ATÍPICA

**R. Queiroz Rodrigues**, L. Ribeiro, A.I. Loureiro, M. Carvalho, A. Fernandes

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

**Introdução:** A granulomatose eosinofílica com poliangeíte (GEPA) é uma doença multissistémica rara, de causa desconhecida, caracterizada por rinosinusite crónica, asma e eosinofilia periférica. Imagiologicamente, apresenta-se tipicamente com consolidações ou vidro despolido (VD) transitórios, de localização aleatória. Menos frequentemente, os infiltrados podem ser nodulares, habitualmente centrilobulares no seio das alterações em VD.

**Caso clínico:** Género feminino, 55 anos, não fumadora, antecedentes de pectus excavatum, referenciada à consulta de Pneumologia (2020) por asma não controlada com várias exacerbações com necessidade de corticoterapia sistémica (CTS), 2 com internamento (inclusive em UCIM). Em 2013, episódio de urgência por quadro sugestivo de vasculite (polimioartralgias, púrpura dos membros inferiores, pANCA elevados e eosinofilia periférica), com suspeita de GEPA secundário ao montelucaste (introduzido recentemente), que se suspendeu. TC-tórax com esboço de nódulos com distribuição tree-in-bud nos lobos superiores e bronquiectasias no lobo médio. Realizou CTS 1 mês, com resolução do quadro. Na consulta de Pneumologia, sintomas respiratórios e nasais não controlados. TC-tórax com múltiplos nódulos de novo (maior 7 mm) no LSD, LID e LSE. TC-SPN com polipose nasal e pansinusopatia inflamatória. Analiticamente eosinofilia (1.340/ $\mu$ L), IgE total, IgE -*Aspergillus* e pANCA negativos. Realizou LBA com celularidade normal, sem isolamentos microbiológicos e biópsia nasal, que mostrou infiltrado eosinofílico perivascular, compatível com vasculite eosinofílica, integrável na GEPA. Ecocardiograma e eletromiografia sem alterações compatíveis com envolvimento multiorgânico. Iniciou prednisolona 0,5 mg/kg/dia, com resolução das queixas respiratórias e melhoria imagiológica, com nódulos pulmonares em regressão.

**Discussão:** A confirmação histológica de alterações enquadráveis no diagnóstico de GEPA é essencial em casos com apresentação imagiológica atípica, sobretudo se autoimunidade negativa, pela sua implicação terapêutica e prognóstica. À luz do conhecimento atual a associação de GEPA ao montelucaste provavelmente relaciona-se com o desmame dos CTS após o início do montelucaste, levando à manifestação da vasculite, não parecendo constituir uma causa de GEPA.

**Palavras-chave:** Asma. GEPA. Granulomatose eosinofílica com poliangeíte. Nódulos.

#### 29625. MESOTELIOMA. EXPERIÊNCIA DUM CENTRO SECUNDÁRIO

**C. da Silva Alves**, A. Duarte Mendes, R. Ferreira, M.C. Carvalho, L. Carreto, F. Rodrigues

*Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca.*

**Introdução e objetivos:** O mesotelioma é um tumor raro da pleura, tipicamente associado à exposição a asbestos. Pretende-se caracterizar a demografia, clínica e o diagnóstico deste tumor, num hospital secundário.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional e descritivo, de Janeiro de 2014 a Agosto de 2021 de doentes internados por mesotelioma.

**Resultados:** Foram identificados 13 doentes internados com mesotelioma, maioritariamente do sexo masculino (62%) e com idade mediana de 74 [68-80] anos. Foi identificado em 31% dos casos exposição ocupacional a fibrocimento. Foi assumido inicialmente diagnóstico de pneumonia (46%) e insuficiência cardíaca descompensada (23%). Os sintomas mais frequentes à admissão foram dispneia (76%), tosse produtiva (46%) e febre (46%), com uma duração mediana de 92 [61, 337] dias. Na radiografia de tórax verificou-se, em todos, derrame pleural unilateral, em 62% dos doentes à esquerda. Na população, foi realizada toracocentese, compatível com exsudado, em 54% com domínio de linfócitos e 46% de neutrófilos. Apesar de 46% apresentarem células atípicas no líquido pleural, o diagnóstico foi sempre confirmado por biópsia pleural: 69% por agulha de ramel e 31% por toracoscopia médica. O diagnóstico demorou, em mediana, de 21 [11,42] dias desde a admissão, sendo que 54% encontrava-se em estadio IV. Em 69% dos doentes houve necessidade de pleurodese (3 por método slurry e 6 por poudrage). Dois doentes não iniciaram quimioterapia por óbito. A taxa de mortalidade foi de 77% um ano após o diagnóstico, sendo a sobrevida após o diagnóstico em mediana 280 [27-523] dias.

**Conclusões:** Numa minoria de doentes da amostra foi identificada exposição a asbesto. A maioria dos doentes apresentou sintomas inespecíficos, o que pode justificar o atraso no diagnóstico e, conseqüentemente, piorar o prognóstico. Foi descrito que a sobrevida global é de 9-17 meses, similar à encontrada no estudo de 9 meses. As opções terapêuticas permanecem ainda limitadas, sendo premente a necessidade de agilizar o diagnóstico.

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

#### 29627. ANÁLISE DOS INTERNAMENTOS POR TUBERCULOSE EM CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19

**L. Lázaro Ferreira**, A. Alves, N. Fernandes, E. Silva, T. Shiang, M. Vanzeller, C. Ribeiro

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

**Introdução e objetivos:** A COVID-19 originou uma pandemia a nível mundial que condicionou uma sobrecarga sem precedentes sobre os serviços de saúde, obrigando à sua rápida reestruturação. Qual o impacto dessas medidas no diagnóstico e tratamento dos doentes

não COVID-19 foi um dos maiores receios desde cedo discutidos. O objetivo deste trabalho foi estudar o impacto da pandemia por COVID-19 nos internamentos dos doentes com tuberculose, bem como perceber se há algum impacto no tipo e gravidade da infeção micobacteriana.

**Métodos:** Uma análise retrospectiva foi efetuada a todos os doentes internados com o diagnóstico de tuberculose, no 1º semestre de

2019, 2020 e 2021, num centro hospitalar terciário. Todos os dados foram obtidos através da consulta dos registos clínicos dos pacientes.

**Resultados:** Um total de 59 doentes internados com o diagnóstico de tuberculose foi analisado. A caracterização dos doentes e da respetiva doença, bem como a sua evolução ao longo do internamento, antes e durante a pandemia, estão documentados na tabela.

	2019 n=17	2020 n=21	2021 n=21
Sexo masculino	15 (88.2)	13 (61.9)	14 (66.7)
Idade, anos	50 ±21	59 ±21	58 ±19
Situação profissional			
Criança <6 anos	1 (5.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
Estudante	1 (5.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
Empregado	8 (47.1)	6 (28.6)	9 (42.9)
Desempregado	5 (29.4)	7 (33.3)	5 (23.8)
Reformado	2 (11.8)	8 (38.1)	7 (33.3)
Alcoolismo	4 (23.5)	4 (19.0)	1 (4.8)
Tabagismo			
Nunca fumador	5 (29.4)	9 (42.9)	11 (52.4)
Fumador	12 (70.6)	12 (57.1)	5 (23.8)
Ex-fumador	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (23.8)
Drogas	7 (41.2)	1 (4.8)	2 (9.5)
Vírus da imunodeficiência humana	0 (0.0)	2 (9.5)	0 (0.0)
Imunodepressão	1 (5.9)	2 (9.5)	0 (0.0)
Diabetes mellitus	0 (0.0)	2 (9.5)	0 (0.0)
Asma	1 (5.9)	2 (9.5)	1 (4.8)
Doença pulmonar obstrutiva crónica	0 (0.0)	2 (9.5)	0 (0.0)
Tuberculose, diagnóstico inaugural	6 (35.3)	11 (52.4)	10 (47.6)
Tuberculose			
Pulmonar	12 (70.6)	18 (85.7)	14 (66.7)
Pleural	2 (11.8)	2 (9.5)	2 (9.5)
Outras	3 (17.6)	1 (4.8)	5 (23.8)
Amostra biológica			
Expetoração	12 (70.6)	17 (81.0)	12 (57.1)
Lavado brônquico	1 (5.9)	1 (4.8)	4 (19.0)
Líquido pleural	2 (11.8)	2 (9.5)	2 (9.5)
Gânglio	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (9.5)
Outras	2 (11.8)	1 (4.8)	1 (4.8)
TSA			
Multissensível	17 (100)	21 (100)	20 (95.2)
Multirresistente	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.8)
Cavitação pulmonar	7 (41.2)	9 (42.9)	7 (33.3)
Motivo do internamento			
Investigação de sintomas	5 (29.4)	10 (47.6)	6 (28.6)

*Caracterização dos doentes internados com o diagnóstico de tuberculose, da respetiva doença e da evolução durante o internamento, antes e durante a pandemia por COVID-19. Resultados documentados como n (%), média ± DP ou mediana [intervalo interquartil].*

**Conclusões:** Os doentes internados com o diagnóstico de tuberculose são demograficamente semelhantes antes e durante a pandemia. A prevalência de não fumadores aumentou durante a pandemia, em sentido inverso com os fumadores e consumidores de drogas. A pandemia não parece ter tido impacto nas características da doença, nomeadamente no órgão atingido, sensibilidade da micobactéria e frequência de cavitação pulmonar. Contudo, registou-se um aumento importante do número de diagnósticos inaugurais, em regime de internamento, durante a pandemia, o que, associado ao aumento da duração do internamento e mortalidade, se pode justificar pela evicção do recurso aos cuidados de saúde por parte dos doentes, por receio de contrair COVID-19, e, conseqüentemente, a apresentação subsequente em fases mais avançadas e graves.

**Palavras-chave:** Tuberculose. COVID-19. Internamento.

## 29628. A EVOLUÇÃO E O IMPACTO DA INFEÇÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO PRÉ-SARS-CoV-2

**L. Lázaro Ferreira**, N. Fernandes, G. Abreu, E. Silva, T. Shiang, M. Vanzeller, C. Ribeiro

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução e objetivos:** O vírus sincicial respiratório (VSR) é responsável por doença aguda do trato respiratório em pessoas de todas as idades e a gravidade da doença varia bastante entre indivíduos. O objetivo deste trabalho foi documentar a evolução da infeção pelo VSR em indivíduos em idade pediátrica e adulta, bem como o impacto em termos de internamentos e mortalidade.

**Métodos:** Uma análise retrospectiva foi efetuada aos utentes testados para a infeção pelo VSR, entre 2015 e 2019, num centro hospitalar terciário. Todos os dados recolhidos foram obtidos através da consulta dos registos clínicos dos pacientes.

**Resultados:** Analisou-se um total de 3.943 utentes, 604 (15,3%) dos quais com infeção pelo VSR: 470 (77,8%) em idade pediátrica e 134

(22,2%) em idade adulta. O número de testes ao VSR pedidos, entre 2015 e 2019, distribuídos em função da idade, bem como a percentagem de casos positivos estão documentados na tabela 1. A caracterização dos doentes e a evolução em termos de internamento e mortalidade estão representados na tabela 2.

**Conclusões:** A distribuição por sexo da infeção pelo VSR foi relativamente uniforme, exceto em 2019, ano em que se registou um predomínio do sexo feminino em indivíduos em idade adulta. A maioria dos casos desta infeção ocorreu em idade pediátrica, principalmente durante o 1º ano de vida. O número de testes de diagnóstico desta infeção tem crescido muito, mas a percentagem de casos positivos, em função da idade, tem-se mantido estável, sendo bastante superior em idade pediátrica. Os internamentos são também mais frequentes nesta faixa etária, mas mais prolongados em idade adulta. A mortalidade associada à infeção pelo VSR foi documentada exclusivamente em adultos e não é desprezível, o que reforça a importância do diagnóstico, mesmo na ausência de tratamento dirigido, como meio para a instituição de medidas de controlo de infeção.

**Palavras-chave:** Vírus sincicial respiratório. Internamento. Mortalidade.

## 29629. VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO E A PNEUMOLOGIA: QUEM SÃO OS DOENTES INTERNADOS?

**L. Lázaro Ferreira**, N. Fernandes, G. Abreu, E. Silva, T. Shiang, M. Vanzeller, C. Ribeiro

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução e objetivos:** A apresentação clínica e a gravidade da infeção pelo vírus sincicial respiratório (VSR) varia consoante a idade, comorbilidades e a presença de sobreinfeção, entre outros. O objetivo deste trabalho foi caracterizar os doentes da Pneumologia

	2015		2016		2017		2018		2019		2015-2019	
	<18 anos n=200	≥18 anos n=13	<18 anos n=230	≥18 anos n=119	<18 anos n=256	≥18 anos n=249	<18 anos n=215	≥18 anos n=763	<18 anos n=384	≥18 anos n=1514	<18 anos n=1285	≥18 anos n=2658
Casos positivos	67 (33.5)	1 (7.7)	95 (41.3)	5 (4.2)	83 (32.4)	10 (4.0)	69 (32.1)	40 (5.2)	156 (40.6)	78 (5.2)	470 (36.6)	134 (5.0)

Figura 29628 Tabela 1. Evolução do número de pedidos de testes de diagnóstico de infeção por vírus sincicial respiratório, em função da idade, e respetiva percentagem de casos positivos. Resultados documentados como n (%).

	2015		2016		2017		2018		2019		2015-2019	
	<18 anos n=67	≥18 anos n=1	<18 anos n=95	≥18 anos n=5	<18 anos n=83	≥18 anos n=10	<18 anos n=69	≥18 anos n=40	<18 anos n=156	≥18 anos n=78	<18 anos n=470	≥18 anos n=134
Sexo masculino	41 (60.3)	0 (0.0)	52 (54.7)	2 (40.0)	48 (57.8)	4 (40.0)	38 (55.1)	20 (50.0)	82 (52.6)	22 (28.2)	261 (55.5)	48 (35.8)
Idade, anos	0 [0-0]		0 [0-0]	73 ±16	0 [0-0]	77 ±17	0 [0-0]	82 [69-84]	0 [0-0]	79 [65-85]	0 [0-0]	79 [67-85]
Internamento	46 (98.5)	0 (0.0)	89 (93.7)	3 (60.0)	81 (97.6)	7 (70.0)	46 (95.7)	25 (62.5)	126 (80.8)	51 (65.4)	428 (91.1)	87 (64.9)
Duração do internamento, dias	7 [5-8]		5 [4-7]	18 ±17	6 [4-9]	13 ±11	6 [4-7]	10 [5-16]	5 [4-7]	9 [5-15]	6 [4-7]	9 [5-15]
Mortalidade	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	4 (5.1)	0 (0.0)	6 (4.5)

Figura 29628 Tabela 2. Caracterização dos doentes infetados pelo vírus sincicial respiratório, em função da idade, e respetivo impacto em termos de internamentos e mortalidade. Resultados documentados como n (%), média ± DP ou mediana [intervalo interquartil].

	2015 n=0	2016 n=2	2017 n=1	2018 n=5	2019 n=12	2020 n=9	2015-2020 n=29
Sexo masculino		1 (50.0)	1 (100)	3 (60.0)	5 (41.7)	3 (33.3)	13 (44.8)
Idade, anos		68 ±18	83	76 ±10	66 ±13	68 ±11	69 ±12
Tabagismo							
Nunca fumador		2 (100)	1 (100)	2 (40.0)	5 (41.7)	5 (55.6)	15 (51.7)
Fumador		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.7)	1 (11.1)	3 (10.3)
Ex-fumador		0 (0.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	5 (41.7)	3 (33.3)	11 (37.9)
Doença de base							
Asma		0 (0.0)	1 (100)	0 (0.0)	6 (50.0)	1 (11.1)	8 (27.6)
Doença pulmonar obstrutiva crónica		1 (50.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	6 (50.0)	5 (55.6)	16 (55.2)
Bronquiectasias		0 (0.0)	1 (100)	1 (20.0)	0 (0.0)	1 (11.1)	3 (10.3)
Doença intersticial pulmonar		1 (50.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	3 (25.0)	2 (22.2)	7 (24.1)
Neoplasia do pulmão		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	1 (11.1)	2 (6.9)
Duração do internamento, dias		24 ±18	35	5 [5-17]	7 [4-9]	9 [7-11]	8 [5-11]
Sobreinfecção		2 (100)	1 (100)	5 (100)	8 (66.7)	6 (66.7)	22 (75.9)
Oxigenoterapia		2 (100)	1 (100)	4 (80.0)	11 (91.7)	8 (88.9)	26 (89.7)
Ventilação mecânica							
Não-invasiva		0 (0.0)	1 (100)	2 (40.0)	2 (16.7)	1 (11.1)	6 (20.7)
Invasiva		1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.4)
Mortalidade		1 (50.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	3 (10.3)

**Figura 29629** Caracterização dos doentes internados por infeção pelo vírus sincicial respiratório e respetiva evolução em termos de internamento e mortalidade. Resultados documentados como n (%), média ± DP ou mediana [intervalo interquartil].

com necessidade de internamento pelo VSR e perceber qual a evolução desta infeção ao longo do tempo.

**Métodos:** Uma análise retrospectiva foi efetuada aos doentes internados com infeção pelo VSR, entre 2015 e 2020, num Serviço de Pneumologia de um centro hospitalar terciário. Todos os dados foram obtidos através da consulta dos registos clínicos dos pacientes. **Resultados:** Analisou-se um total de 29 pacientes. A caracterização dos doentes e a respetiva evolução em termos de internamento e mortalidade estão representados na tabela.

**Conclusões:** A infeção pelo VSR justificou um número crescente de internamentos nos últimos anos, o que pode, pelo menos em parte, ser explicado pela maior pesquisa desta infeção. A distribuição por sexo e idade foi equitativa. Cerca de metade dos doentes nunca fumou e apenas uma minoria mantinha hábitos tabágicos. Contudo, a doença de base mais comum foi a doença pulmonar obstrutiva crónica, seguida da asma e da doença do interstício pulmonar. A duração do internamento ronda uma semana e existe suspeita/confirmação de sobreinfecção em mais de três quartos dos casos. Contudo, tal contexto de sobreinfecção tem sido menos frequente nos últimos anos, talvez pela crescente experiência a lidar com doentes com esta infeção respiratória. A maioria destes doentes tem necessidade de oxigenoterapia suplementar e quase 25% chega mesmo a precisar de suporte ventilatório. A mortalidade nestes doentes é de relevo e, inclusive, superior à documentada em indivíduos adultos sem infeção por VSR, o que reforça a importância no diagnóstico desta infeção vírica e controlo da sua transmissão.

**Palavras-chave:** *Vírus sincicial respiratório. Pneumologia. Internamento.*

## 29631. EVOLUÇÃO TEMPORAL DO ASPIRADO BRÔNQUICO. O QUE ISOLAMOS?

F. Jesus, F. Pereira da Silva, É. Almeida, A. Tavares, F. Luís, L. Ferreira

*Unidade Local de Saúde da Guarda.*

**Introdução e objetivos:** O aspirado brônquico é útil no conhecimento da ecologia hospitalar. A colonização representa um fator de risco para infeção. A prevalência do MRSA tem diminuído na Europa e em Portugal, surgindo outros microrganismos multirresistentes. **Objetivos:** Avaliar os microrganismos isolados no aspirado brônquico nos últimos 3 anos e perfil resistência, comparando com os isolamentos em igual período de 2010-2013; avaliar características clínicas e sociodemográficas destes doentes.

**Métodos:** Estudo retrospectivo comparativo de 1/10/2018 a 30/09/2021 e igual período 2010-2013, tendo sido avaliados todos os resultados do exame cultural de aspirado brônquico da Unidade de Broncologia. Selecionados doentes com identificação de microrganismo e obtida informação clínica pelo processo clínico. Considerada colonização o crescimento de  $\geq 10^4$  UFC/mL e infeção  $\geq 10^6$  UFC/mL.

**Resultados:** Obtidas 579 culturas de aspirado brônquico, correspondendo a 520 doentes. Isolado microrganismo em 17,5% (n = 103): 6,7% (n = 39) apresentam critérios de colonização e 11,1% (n = 64) de infeção. Tanto no grupo colonização como infeção, há predomínio do sexo masculino (66,7% e 57,8%), idade média 69,1(± 14,7) e 75,0 (± 15,0) anos, respetivamente. No grupo infeção 59,5% tem exposição prévia/atual a tabaco (vs. 47,4% colonização). 76,9% do grupo colo-

nização apresentam patologia respiratória com alterações estruturais e 25,6% neoplasia. No grupo infecção 46,9% apresentam insuficiência cardíaca. 68,9% realizaram antibioterapia nos últimos 3 meses e 63,1% apresentam fatores de risco para imunossupressão. Os microrganismos isolados mais relevantes foram: MRSA em 15,0% (tendência decrescente), *Pseudomonas aeruginosa* em 12,6% e *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemases (KPC) em 5,9% (tendência crescente); *Candida* em 22,3%. Comparativamente a 2010-2013, verificou-se diminuição do MRSA e aumento da KPC. 34,0% dos microrganismos isolados foram multirresistentes. A classe antibiótica com mais resistências foram penicilinas (46,6%), seguidas das quinolonas (28,2%).

**Conclusões:** Comparativamente a 2010-2013, o MRSA, tal como na Europa, tem diminuído a sua prevalência. Outros microrganismos multirresistentes têm surgido, nomeadamente a KPC e a *Escherichia coli* produtora de beta-lactamases de espectro alargado.

**Palavras-chave:** Aspirado brônquico. Colonização. MRSA.

### 29632. TERAPÊUTICA IMUNOSSUPRESSORA NA PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA

S. Dias, A.L. Fernandes, I. Neves

Hospital Pedro Hispano, ULSM.

**Introdução e objetivos:** O tratamento da pneumonite de hipersensibilidade crónica (PHc) implica frequentemente o recurso a terapêutica imunossupressora, embora a evidência científica que suporta esta opção seja escassa. Os autores pretendem descrever o tratamento imunossupressor efetuado em doentes com PHc em consulta específica.

**Métodos:** Análise retrospectiva e descritiva dos doentes com PHc seguidos na consulta de Doença do Interstício Pulmonar sob terapêutica imunossupressora.

**Resultados:** Foram incluídos 52 doentes, seguidos em consulta desde 2015 até 2021, idade média de 69,5 anos e 65,4% mulheres. Em 48 (92,3%) doentes foi identificada possível causa da PHc, dos quais 80,8% apresentavam exposição aviária. Dos 45 (86,5%) doentes que realizaram LBA, 62,2% apresentavam linfocitose e o diagnóstico foi confirmado histologicamente em 6 (11,5%) casos. O padrão imagiológico de pneumonia intersticial usual estava presente em 16 (30,8%) doentes. Relativamente ao tratamento imunossupressor inicial, 24 (46,2%) estavam sob corticoterapia (CTC) exclusivamente, 21 (40,4%) sob azatioprina (AZA), 5 (9,6%) sob micofenolato de mofetil (MMF) e 2 (3,8%) sob ciclofosfamida. Foi necessário alterar a terapêutica por progressão da doença em 9 doentes (5 sob CTC iniciaram MMF, 3 passaram de AZA para MMF e um iniciou antifibrótico) e por efeitos adversos em 10 doentes. Em 2 doentes foi possível suspender tratamento. Durante o follow-up, verificaram-se 20 óbitos: 8 (40,0%) doentes estavam sob CTC e 12 (60%) sob imunossupressor. A sobrevida média global foi de  $40,0 \pm 20,2$  meses, não se tendo verificado diferenças significativas quando comparado o grupo de doentes sob CTC exclusiva ( $40,2 \pm 21,9$  meses) com aquele sob imunossupressor ( $38,8 \pm 19,0$  meses) ( $p = 0,938$ ).

**Conclusões:** Apesar da evidência científica ser escassa, o tratamento imunossupressor na PHc é amplamente usado, pela falta de outras opções, nomeadamente na doença sintomática e progressiva, apesar dos possíveis efeitos secundários associados.

**Palavras-chave:** Pneumonite de hipersensibilidade. Doença interstício pulmonar. Tratamento.

### 29635. APÓS UM ANO DA ADMINISTRAÇÃO DE BIOLÓGICOS PARA ASMA GRAVE EM AMBULATÓRIO

Ch. Cortesão, S. Sousa, A. Carvalho, C. Loureiro

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Introdução e objetivos:** Em variadas patologias, a autoadministração ou administração domiciliária de agentes biológicos por via

subcutânea é o tratamento padrão. Quatro dos cinco agentes biológicos aprovados pela EMA para tratamento da asma grave foram recentemente disponibilizados para administração no domicílio.

**Métodos:** Foram avaliados 17 doentes com asma grave, 11 mulheres e 6 homens, em administração de agente biológico no domicílio há pelo menos um ano.

**Resultados:** Foram avaliados 17 doentes com asma grave, 11 mulheres e seis homens, em administração de agente biológico no domicílio há pelo menos um ano. Dez doentes (59%) encontravam-se sob Omalizumab, quatro (23,5%) sob Mepolizumab, dois (11,7%) sob Benralizumab e um (5,8%) sob Dupilumab. Após aplicação de questionários junto dos doentes e familiares, verificámos que consideram a administração em ambulatório fácil (41,17%) a extremamente fácil (35%), sentem-se muito (41,17%) a extremamente confiantes (35,29%) e nem um pouco ansiosos (70,58%). Observou-se associação significativa entre o nível de confiança do doente e quem administra o biológico - o próprio ou um familiar (Mann-Whitney U 6,0;  $p < 0,05$ ). Não foram identificados erros críticos na reavaliação da técnica de administração feita pela equipa de enfermagem após um ano de autoadministração. Estes doentes deslocaram-se menos ao hospital para visitas programadas devido a asma: no ano prévio ao início de autoadministração a média foi de 14 visitas, inclusive, em média, quatro consultas de Asma Grave e 11 visitas ao Hospital-de-Dia, e no primeiro ano em autoadministração a média foi de cinco visitas, correspondentes a três consultas e quatro visitas ao Hospital-de-Dia.

**Conclusões:** A terapêutica biológica é administrada em ambulatório pelos doentes com asma grave e seus familiares ou cuidadores, após um ano, com facilidade e eficiência. Esta modalidade tem potenciais vantagens para a qualidade de vida do doente e adesão terapêutica, diminuindo deslocamentos para administrações hospitalares, com ganho de tempo para os doentes e profissionais de saúde.

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

### 29636. AGRAVAMENTO CLÍNICO E FUNCIONAL APÓS COVID-19 EM DOENTES COM PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA

M.T. Barbosa<sup>1</sup>, M. Serino<sup>2</sup>, C.C. Costa<sup>3</sup>, M. Alves<sup>4</sup>, M. Martins<sup>2</sup>, C. Valente<sup>2</sup>, I. Carvalho<sup>2</sup>, P.C. Mota<sup>2</sup>, N. Melo<sup>2</sup>, A.T. Alexandre<sup>2</sup>, A. Morais<sup>2</sup>, H. Novais-Bastos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Barreiro-Montijo. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Universitário de São João. <sup>3</sup>Centro Hospitalar Baixo Vouga.

<sup>4</sup>Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

**Introdução e objetivos:** A imunossupressão e alterações estruturais pulmonares aparentam ser fatores de risco para COVID-19 grave. Porém, o real impacto desta infecção nos doentes com Pneumonite de Hipersensibilidade Crónica (PHC) ainda é desconhecido. O objetivo do trabalho foi avaliar o impacto na função pulmonar da COVID-19 nos doentes com PHC.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes com PHC seguidos na consulta de doenças pulmonares difusas do CHUSJ e diagnóstico de COVID-19. Foram revistos dados clínicos e parâmetros da função respiratória (pré e pós-infecção).

**Resultados:** Analisados 14 doentes, a maioria ( $n = 8$ ; 57%) do sexo feminino, com média de idade de  $66 \pm 12$  anos. Relativamente às comorbilidades: tabagismo atual ou prévio (50%), HTA ( $n = 9$ ; 64%), dislipidemia ( $n = 11$ ; 78%) e obesidade ( $n = 4$ , 28%), sendo a média de IMC de  $27 \pm 4$  kg/m<sup>2</sup>. Onze (78,6%) doentes tinham PHC com reticulação em TC-Torax; 2 estavam sob terapêutica antifibrótica; 7 (50%) sob corticoterapia sistémica e 42% sob outros imunossupressores. Um quinto dos doentes realizava OLD previamente à infecção ( $n = 3$ , 21%). Relativamente à COVID-19, 64% dos doentes apresentaram doença ligeira-moderada, 5 (35,7%) doença grave, 3 dos quais com necessidade de internamento em UCI. No global, comparando



**Caso clínico:** Mulher de 70 anos, não fumadora, exposição prévia a aves recentemente terminada, com diagnóstico prévio de glomerulonefrite crescêntica pauci-imune filiável em vasculite ANCA-associada anti-MPO, sob prednisolona 5 mg/dia e rituximab 500 mg/semestral em “manutenção” (entretanto suspensa pela nefrologia). Enviada à consulta de Pneumologia por tosse e pieira recorrente. TCAR mostrou reticulação, bronquiectasias de tração, favo de mel microquístico com predomínio nos lobos superiores, e padrão de atenuação em mosaico com sinal das “3 densidades”. LBA efetuado (sob terapêutica imunomoduladora) mostrou 220.000 cels/mL e apenas 7% linfócitos. Biópsias pulmonares transbrônquicas inconclusivas. IgGs específicas negativas. Em Reunião Multidisciplinar considerou-se existir padrão “típico” para PH fibrótica (UIP-like), em contexto de exposição inalatória antigénica. Assumido diagnóstico de PH fibrótica com elevado nível de confiança, em sintonia com as

diretivas de consenso diagnóstico, sem necessidade de biópsia pulmonar. Iniciou micofenolato de mofetilo (dose alvo 2 g/dia) associado a prednisolona (7,5 mg/dia).

**Discussão:** Este caso exemplifica o desafio diagnóstico na doença intersticial, dado que a hipótese de referenciação à consulta seria de envolvimento pela vasculite de pequenas vasos já conhecida e dado o possível enviesamento do estudo imunológico (LBA, IgGs específicas) pela terapêutica imunossupressora previamente em curso. Apesar do número emergente de séries publicadas de doença intersticial fibrótica associada a vasculite antiMPO, este caso alude à possibilidade de a doença pulmonar poder ser tributária de uma outra forma de doença também imunomediada.

**Palavras-chave:** *Vasculite antiMPO. Doença intersticial pulmonar. Pneumonite de Hipersensibilidade.*