



E-POSTERS

XXIX Congresso de Pneumologia do Norte

Porto, 24 a 26 de Março de 2022

29392. EMPIEMA NECESSITANS EM PNEUMECTOMIZADA COM FÍSTULA CUTÂNEA E ESÓFAGO-PLEURAL: CASO CLÍNICO

M.C. Silva, D. Rodrigues, J. Naia, D. Pimenta, J. Lages, E. Padrão, L. Ferreira

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: O empiema *necessitans* é uma complicação rara de uma infeção pleural e corresponde à extensão de um empiema através da parede torácica ou tecidos moles circundantes.

Caso clínico: Mulher de 64 anos com antecedentes de pneumectomia direita há 50 anos por tuberculose pulmonar. Recorreu ao SU por astenia, anorexia, sudorese noturna com várias semanas de evolução e febre há 3 dias. Ao exame físico observou-se um orifício sub-mamário direito com drenagem de conteúdo fétido, celulite dos tecidos circundantes e loca sub-cutânea. Realizou TC torácica que revelou uma extensa coleção intratorácica direita na cavidade de pneumectomia prévia de 13 × 6,7 × 4,5 cm com focos de calcificação e bolhas de gás, assim como um trajeto fistuloso ao nível do 5º espaço intercostal direito até à superfície cutânea. Analiticamente apresentava anemia e PCR aumentada. O exame cultural de expectoração foi negativo e a cultura de pús cutâneo revelou a presença de *Streptococcus anginosus*, *Bacteroides*, *Prevotella* e *Candida*. Instituiu-se antibioterapia empírica ajustada posteriormente de acordo com os resultados culturais, mas, por manter drenagem de conteúdo purulento pelo orifício cutâneo após duas semanas de antibioterapia realizou TC com contraste endovenoso e oral que revelou redução das dimensões do empiema (3,4 × 5,1 × 9,2 cm) com nível gás-líquido e manutenção do trajeto fistuloso para a pele que preenchia com contraste oral, alterações compatíveis com fístula esófago-pleural no plano de T8. Realizou EDA que identificou orifício de fístula esófago-pleural aos 28 cm da arcada dentária superior com saída abundante de pús, que se encerrou com clip, não se visualizando extravasamento ativo de contraste em exame de trânsito esofágico realizado duas semanas depois. Apresentou boa evolução clínica com resolução do empiema à data de alta.

Discussão: O empiema *necessitans* é uma condição rara, e para além da extensão aos tecidos moles circundantes e à superfície cutânea pode fistulizar para outros locais como o esófago.

Palavras-chave: *Empiema. Necessitans. Fístula.*

29393. POLIANGÉITE GRANULAMATOSA EOSINOFÍLICA - QUANDO A MARCHA EOSINOFÍLICA ATINGE A MARCHA: CASO CLÍNICO

M.C. Silva¹, M. Correia², D. Rodrigues¹, J. Naia¹, D. Pimenta¹, S.C. Silva¹, E. Padrão¹, L. Ferreira¹¹Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga. ²Serviço de Reumatologia, Hospital de Braga.

Introdução: A poliangeíte granulomatosa eosinofílica (GPA) é uma vasculite rara que atinge vasos de pequeno e médio calibre e pode apresentar atingimento multissistémico pela infiltração eosinofílica dos tecidos e lesão vascular.

Caso clínico: Mulher de 65 anos com antecedentes de bronquiectasias e asma grave eosinofílica sob corticoterapia oral. Tratada previamente com mepolizumab com melhoria clínica e funcional, que suspendeu por intolerância. Recorreu ao SU por agravamento da dispneia, pieira, quadro constitucional e parestesias, disestesias das mãos e pés e diminuição da força dos membros inferiores (MI) que condicionavam limitação da marcha, com um mês de evolução. Foi internada por insuficiência respiratória e infiltrados e consolidações difusas com halo em vidro despolido, espessamento dos septos interlobulares e brônquios e eosinofilia (36.900), tendo sido considerado o diagnóstico de pneumonia eosinofílica, pelo que iniciou corticoterapia. Do estudo realizado: IgE anti-*Aspergillus*, ANCA, ANA, serologias víricas, função renal e sedimento urinário normais. No LBA observou-se eosinofilia (23%), sem isolamento de agentes infecciosos e parasitológico das fezes negativo. O ecocardiograma revelou insuficiência mitral e tricúspide ligeiras e a angio-ressonância cerebral evidenciou lesões vasculares subagudas no contexto de leucoencefalopatia microangiopática, sem alterações compatíveis com vasculite. O líquor não revelou alterações e a eletromiografia demonstrou atingimento do nervo cubital do MSE, admitindo-se mononeuropatia vasculítica e sinais de neuropatia sensitiva e motora axonal subaguda grave distal, com gradiente proximal-distal dos MI. Face aos achados foi assumido o diagnóstico de GPA com atingimento pulmonar e neurológico (neuropatia multiplex) e instituído tratamento com ciclofosfamida. Manteve tetraparésia, hipostesia e ausência de reflexos dos membros e iniciou reabilitação funcional. Foi orientada para imunização anti-pneumocócica, SARS-CoV-2 e hepatite B e tratamento de tuberculose latente.

Discussão: Este caso representa a marcha eosinofílica da GPE e ilustra a necessidade de equacionar esta patologia em doentes com asma de difícil controlo, especialmente na presença de sintomas sistémicos.

Palavras-chave: *Poliangeíte granulomatosa eosinofílica.*

29411. QUANDO UMA SUSPEITA DE CONDIROSSARCOMA SE DILUI EM 13 SERINGAS...

A.P. Craveiro¹, D. Pedro², J. Inácio²

¹Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. ²Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Condições neoplásicas estão entre os principais motivos de tumefações da parede torácica - sendo a contextualização clínica e imagem-patológica fundamental no exercício do diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 85 anos, autónoma, reformada de doméstica, avaliada por suspeita de Condrossarcoma do 3º arco costal à direita. Com alterações pulmonares sequelares a Tuberculose Pulmonar há 4 décadas (e sem conhecimento de terapêutica dirigida), a doente referia evolução, ao longo de meses, de tumefação na região torácica anterior direita, causadora de algum desconforto. Ao exame objetivo, identificada massa dura e aderente aos planos profundos, na região subpeitoral direita. Realizou Telerradiografia torácica (identificando-se extensa paquipleurite fibrocálcica a opacificar a base do hemitórax direito), Mamografia bilateral (confirmando volumosa massa quística com zonas de proliferação heterogénea, ao nível do quadrante interno superior da mama direita) e Tomografia Computorizada do Tórax (que identificou massa quística da parede torácica anterior, com efeito massa na mama direita, associada a foco de destruição lítica do córtex da terceira costela direita, adjacente à junção condro-costal). Perante suspeita de Condrossarcoma do 3º arco costal direito, a doente realizou biópsia aspirativa da massa descrita, com saída de conteúdo purulento em quantidade abundante (recolhendo-se 13 seringas de pus), enviado para estudo citológico e microbiológico. Decorrido o necessário tempo, o exame cultural do pus isolou *Mycobacterium tuberculosis* e, na sequência, a doente iniciou antibióticos.

Discussão: A tuberculose continua a ser responsável por um número considerável de mortes a nível Mundial. O seu campo de afeção e as suas formas de apresentação podem ser múltiplas - tornando necessária uma atitude crítica no exercício do diagnóstico diferencial. Apresenta-se o caso pela sua apresentação atípica e para reforçar a necessidade de um diagnóstico e tratamento assertivos tão atempados quanto possível.

Palavras-chave: *Massa mamária. Condrossarcoma. Tuberculose.*

29459. TUBERCULOSE GANGLIONAR: A GRANDE MASCARADA

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: A tuberculose ganglionar (TBG) é a forma mais comum de tuberculose extrapulmonar. A apresentação clínica inespecífica e rentabilidade microbiológica do material ganglionar obtido relativamente baixa, tornam o diagnóstico de TBG um desafio.

Caso clínico: Homem, 78 anos, ex-fumador com síndrome metabólico, avaliado em consulta de pneumologia por suspeita de SAOS. Desenvolve após 5 meses, em abril de 2021, quadro constitucional com anorexia, náuseas e perda de peso. Analiticamente com anemia normocítica, velocidade de sedimentação elevada, elevação gama em eletroforese proteica sem banda monoclonal e despiste VIH negativo.

Em TC toraco-abdomino-pélvica detetadas múltiplas adenopatias mediastínicas. À inspeção com adenopatias inguinais. As principais suspeitas diagnósticas colocadas neste momento seriam doença linfoproliferativa, neoplasia oculta e TBG. Realizada broncoscopia com lavado broncoalveolar: imunofenotipagem, citologia, celularidade e microbiológico negativos. Material de aspiração transbrônquica de agulha fina (TBNA) de adenopatia sub-carinal volumosa, com citologia e microbiologia negativas. Biópsia excisional de adenopatia inguinal inconclusiva. Em TC do tórax de controlo após 3 meses, aparecimento de adenopatias supraclaviculares e aumento significativo das adenopatias mediastínicas, com áreas hipodensas centrais sugestivas de necrose. Assim, foi realizada nova aspiração de agulha fina de adenopatia mediastínica, desta vez guiada por ecografia endoscópica (EUS) por via esofágica. No dia seguinte positividade para Bacilo de Koch (BK) em método PCR, com exame direto negativo e exame cultural ainda em curso. Colheu expetoração para exclusão de tuberculose pulmonar e iniciou terapêutica anti-bacilar de primeira linha para tratamento de TBG. Dado exame direto de expetoração negativo, realizada broncoscopia com aspirado brônquico para pesquisa de BK, atualmente ainda em curso.

Discussão: A presença de adenopatias, especialmente com necrose central, e síndrome constitucional devem direcionar o clínico à exclusão de TBG. Salienta-se ainda a importância da colheita de material ganglionar por EUS, com maior rentabilidade comparativamente a TBNA, dado ser um exame guiado por imagem.

Palavras-chave: *Tuberculose ganglionar. Ecografia endoscópica. Desafio diagnóstico.*

29464. UTILIZAÇÃO COMBINADA DE PRÓTESE BRÔNQUICA E PRÓTESE ESOFÁGICA NA FÍSTULA BRONCO-ESOFÁGICA MALIGNA

I. Barreto¹, J. Cardoso¹, F. Freitas¹, C. Noronha Ferreira², P. Monteiro¹, C. Bárbara¹

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. ²Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: As fístulas malignas traqueo-esofágicas ou bronco-esofágicas são complicações graves de neoplasias esofágicas ou pulmonares avançadas (5-15%), associando-se a elevada morbilidade e mortalidade. Quando não tratadas, podem condicionar morte por pneumonia, sépsis e malnutrição no período de dias a semanas.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de um homem de 63 anos, fumador (100 UMA), ECOG 2, com carcinoma pavimento-celular (CPC) da língua em Junho 2017, submetido a quimiorradioterapia definitiva e, posteriormente, CPC do esófago torácico estágio IIB em Novembro 2017, tendo sido submetido a quimiorradioterapia. Teve recidiva do CPC esofágico em 2020, com indicação para quimioterapia paliativa, evoluindo com estenose esofágica a motivar colocação de gastrostomia percutânea endoscópica (PEG). Verificou-se progressão da doença e metastização pulmonar, complicada de fístula bronco-esofágica esquerda. Teve diversos internamentos hospitalares por pneumonia, abscesso pulmonar e mediastinite, com múltiplos ciclos de antibioterapia endovenosa. A TC de tórax (Agosto 2021) revelou dilatação do esófago torácico superior com conteúdo líquido, transição abrupta de calibre, fístula bronco-esofágica para o brônquio principal esquerdo e densificação da gordura do mediastino posterior. Realizada confirmação endoscópica de fístula bronco-esofágica, com visualização de orifício na parede posterior do brônquio principal esquerdo a 1 cm da carina. Foi programada com Gastroenterologia a colocação das próteses brônquica e esofágica no mesmo tempo anestésico, procedendo-se a colocação de prótese brônquica metálica autoexpansível "Leufen" 16 × 30 mm e, posteriormente, colocação de prótese esofágica metálica totalmente coberta "Hanaarostent" 20/26 × 110 mm. Teve alta clinicamente melhorado, tendo vindo a falecer três meses depois.

Discussão: A colocação de próteses da via aérea e esofágicas constitui uma abordagem eficaz para melhorar a qualidade de vida e sobrevida em doentes com fístulas malignas, sendo a utilização combinada a que parece associar-se a melhor benefício clínico. A primeira prótese a colocar deve ser a da via aérea, pelo risco de compressão da prótese esofágica sobre a via aérea.

Palavras-chave: *Prótese brônquica. Prótese esofágica. Fístula traqueo-esofágica. Fístula bronco-esofágica.*

29468. PNEUMOTÓRAX RECIDIVANTE, UMA ETIOLOGIA RARA

R. Borrego¹, S. André¹, A. Santos¹, C. Torres², F. Nogueira¹

¹*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental-Hospital Egas Moniz.* ²*Serviço de Cirurgia Torácica, Centro Hospitalar Lisboa Norte-Hospital Pulido Valente.*

Introdução: O pneumotórax recidivante pode ter inúmeras etiologias e o seu diagnóstico diferencial é um desafio. Uma história clínica completa e o recurso a exames complementares possibilitam clarificar a causa e efetuar terapêutica dirigida. Os autores apresentam neste caso clínico uma etiologia rara de pneumotórax recidivante.

Caso clínico: Mulher, 41 anos, com antecedente de rinite alérgica, medicada com anti-histamínico, sem outras patologias ou hábitos tabágicos. Recorre, em junho de 2020, ao serviço de urgência por dor torácica com características pleuríticas, sendo diagnosticada com pneumotórax espontâneo à direita, resolvido através de drenagem torácica. Após um mês, a doente apresenta recidiva do pneumotórax espontâneo à direita. Na tomografia computadorizada torácica realizada não foram observadas outras alterações, para além de uma fina lâmina de pneumotórax à direita. No contexto de pneumotórax recidivante sem aparente causa objetivável nos exames de imagem, foi proposta para abordagem cirúrgica. Foi submetida a ressecção atípica do lobo superior do pulmão direito com pleurectomia e talcagem por Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS). Durante o procedimento foram observadas múltiplas fenestrações diafragmáticas, algumas pericêntricas com exposição hepática. Não foram observadas alterações bolhosas. Foi efetuado o diagnóstico de pneumotórax catamenial e iniciada terapêutica hormonal, sendo posteriormente submetida a histerectomia.

Discussão: A endometriose é uma patologia correlacionada com a dinâmica hormonal. Envolve geralmente a região pélvica, podendo no entanto ser observada em qualquer região anatómica, nomeadamente na região torácica. O pneumotórax catamenial é uma das apresentações da endometriose torácica. Pela sua associação com o ciclo menstrual, esta entidade rara deve ser ponderada em mulheres jovens, em idade reprodutiva, com episódios de pneumotórax recidivante. O pneumotórax catamenial é muitas vezes subdiagnosticado. A abordagem multidisciplinar, incluindo a pneumologia, a cirurgia torácica e a ginecologia, com tratamento hormonal adjuvante precoce pode levar a melhores resultados, principalmente na redução das taxas de recorrência.

Palavras-chave: *Pneumotórax catamenial. Pneumotórax recidivante. Endometriose torácica.*

29482. SÍNDROME DE RICHTER: UMA CAUSA DE DERRAME PLEURAL A CONSIDERAR

M. Ferreira de Almeida, J. Portela, C. Couto, A.C. Vieira, R. Gerivaz, A. Tomé

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: O derrame pleural (DP), como complicação associada a leucemia linfocítica crónica (LLC), surge em apenas 7% dos casos.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de um homem de 60 anos, autónomo, fumador ativo (carga tabágica estimada de 53 UMA) e etilismo ativo. Com antecedentes pessoais relevantes de LLC B estadio I, sem critérios de tratamento, em vigilância desde o seu diagnóstico em 2011. O doente recorreu ao serviço de urgência em Setembro de 2021, por quadro com 2 meses de evolução de lombociatalgia bilateral, com anorexia marcada, perda ponderal significativa de 10%, evoluindo com cansaço e dispneia para pequenos esforços. Objetivamente à admissão, com murmúrio vesicular abolido à direita e esplenomegalia exuberante à palpação abdominal. Analiticamente com leucocitose de 147×10^9 /L por linfocitose de $136,12 \times 10^9$ /L, confirmado por observação de esfregaço de sangue periférico. Imagiologicamente, identificado DP em toalha à direita, com desvio contralateral da traqueia e mediastino. Gasometricamente, sem insuficiência respiratória. O líquido pleural (LP) colhido foi compatível com um exsudado e a imunofenotipagem apresentou um fenótipo de LLC B e outra população de células maiores sugestivas de linfoma de grandes células B. A biópsia pleural, foi consistente com LLC. Realizou TC abdomino-pélvica que revelou a presença de adenopatias axilares, supraclaviculares, mediastínicas, abdominais, mesentéricas e lombo-aórticas e confirmou esplenomegalia com diâmetro de cerca de 20 cm. Admitiu-se assim, progressão de LLC, sugestiva de Síndrome de Richter (SR), tendo iniciado quimioterapia com R-CHOP.

Discussão: O SR caracteriza-se por ser um quadro clínico raro de transformação de LLC em Linfoma difuso de grandes células B. Trata-se de uma variante de linfoma não Hodgkin de crescimento rápido e agressivo e associado a um mau prognóstico. Trazemos este caso clínico dada a apresentação clínica com envolvimento pleural significativo ser rara e para a qual devemos estar alerta.

Palavras-chave: *Síndrome de Richter.*

29483. DA RARIDADE À REALIDADE: DERRAME PLEURAL NO CONTEXTO DE LINFOMA

M. Ferreira de Almeida, J. Portela, C. Couto, A.C. Vieira, R. Gerivaz

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: O envolvimento pleural por Linfoma Não Hodgkin difuso de grandes células B (LNH DGCB), ocorre em cerca de 20% dos casos. No entanto, o atingimento exclusivamente pleural como apresentação clínica inicial, é uma manifestação rara desta doença.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 63 anos, autónoma, secretária, fumadora (20 UMA) com antecedentes familiares de neoplasia do pulmão (pai e irmão). A doente recorreu ao serviço de urgência em Novembro de 2021, por quadro com 3 meses de evolução de dispneia para esforços moderados e perda de peso de 12%. Objectivamente constatou-se diminuição do murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax direito. Gasimetricamente com insuficiência respiratória parcial e analiticamente com onda monoclonal na região beta em eletroforese das proteínas séricas. A TC Tórax revelou “moderado derrame pleural (DP) direito a condicionar atelectasia passiva subsegmentar do lobo superior e lobo médio e extensa atelectasia segmentar do lobo inferior”, sem linfadenopatias relevantes. Neste contexto, ficou internada. Realizou toracocentese diagnóstica e evacuadora, com líquido pleural (LP) compatível com exsudado, citologia do LP sugestiva de malignidade, biópsia pleural e citometria de fluxo do LP consistentes com LNH DGCB. O restante estadiamento com TC de corpo e PET não mostraram mais volume tumoral. À data, continua a aguardar resultado da Biópsia de Medula Óssea. Identificou-se ainda gamapatia de significado indeterminado associada a LNH. Dado o diagnóstico de LNH DGCB, iniciou quimioterapia com R-CHOP.

Discussão: Este caso representa a importância da abordagem diagnóstica atempada dos derrames pleurais, dado tratar-se de um

caso de LNH DGCB com infiltração pleural sem adenopatias significativas.

Palavras-chave: Linfoma. Derrame pleural. infiltração pleural por linfoma.

29495. BRONQUIECTASIAS, UM DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO 60 ANOS DEPOIS

T. Sales Marques¹, J. Cemlyn-Jones², C. Robalo Cordeiro²

¹Centro Hospitalar e Universitário do Algarve-Faro. ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A síndrome de Swyer-James-MacLeod é uma patologia pulmonar rara, unilateral, que se desenvolve na infância, secundária a um processo inflamatório/infecioso, caracterizando-se pela redução da vasculatura pulmonar, podendo-se acompanhar de bronquiectasias.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 60 anos, não fumadora, com antecedentes de obesidade. Trata-se de uma doente seguida em consulta há mais de 20 anos por bronquiectasias unilaterais à direita e infeções respiratórias recorrentes, tendo sido recentemente referenciada à consulta de Bronquiectasias. Clinicamente a doente refere tosse produtiva há várias anos, com períodos de agudização com aumento da purulência da expectoração, dispneia e hemoptises em pequena quantidade. Em 2013 foi isolada uma *Pseudomonas aeruginosa* multissensível na expectoração que foi erradicada. A TC de tórax de 2021 evidenciava bronquiectasias varicosas e saculares em todo o pulmão direito condicionando perda de volume desse pulmão, com áreas de pobreza vascular, alterações que se encontram estáveis há pelo menos 14 anos. As provas de função respiratória revelam uma obstrução de grau moderado com hiperinsuflação pulmonar, sem reversibilidade obstrutiva. O restante estudo complementar permitiu excluir causa, genéticas, autoimunes, obstrutivas, imunodeficiências, malformações congénitas e refluxo gastroesofágico. Durante uma investigação mais aprofundada dos antecedentes pessoais apurou-se que a doente terá feito uma aspiração meconial no período neonatal, apresentando infeções respiratórias de repetição deste que nasceu. Perante esta investigação os autores concluíram que a doente desenvolveu a síndrome de Swyer-James-MacLeod na infância como provável consequência do status pós-inflamatório/infecioso decorrente da aspiração meconial, sendo esta a causa etiológica das suas bronquiectasias.

Discussão: Nas últimas décadas tem-se vindo a compreender que as bronquiectasias têm uma grande heterogeneidade etiológica, cuja determinação é fundamental para desenvolver uma abordagem terapêutica individualizada. Os autores descrevem o processo de investigação que os levou à determinação etiológica de um caso de bronquiectasias com 60 anos de evolução evidenciando a importância de uma história clínica aprofundada e detalhada.

Palavras-chave: Bronquiectasias. Aspiração meconial. Síndrome de Swyer-James-MacLeod.

29496. UM CASO RARO DE PNEUMONIA CAVITADA NUM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

C. Barata, R. Borrego, E. Brysch, M. Raposo, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz, CHLO.

Introdução: As lesões cavitadas pulmonares são achados comuns das infeções micobacterianas, lesões malignas, vasculites ou outras lesões inflamatórias pulmonares, presentes também nas pneumonias necrotizantes maioritariamente causadas por *Staphylococcus aureus* e bactérias gram negativas.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um homem de 65 anos, com diagnósticos de hipertensão arterial e tabagismo ativo (carga tabágica 40UMA). Apresentou-se no serviço de urgência com

quadro de tosse, astenia e sudorese noturna com um mês de evolução. Ao exame físico apresentava-se hemodinamicamente estável, apirético, com SpO₂ 94% em ar ambiente e auscultação pulmonar com crepitações no terço superior do hemitórax direito. Da avaliação laboratorial destacava-se aumento dos parâmetros inflamatórios e hiperglicemia. No radiograma de tórax apresentava hipotransparência no terço superior do hemitórax direito com cavitação central e posteriormente a tomografia computadorizada confirmou uma consolidação no segmento apicoposterior do lobo superior direito associada a cavitação central, múltiplas áreas em tree-in-bud e adenomegalias mediastínicas. As antigenúrias para *pneumococcus* e *legionella*, hemoculturas, baciloscopias e microbiologia da expectoração foram negativas. Assumiu-se os diagnósticos de cavitação pulmonar e diabetes inaugural. Iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam. Realizou broncofibroscopia com lavado-broncoalveolar, com isolamento de *Moraxella catarrhalis*; e EBUS cuja citologia documentou exsudado fibrino-granulocitário e infiltrado inflamatório. Assumiu-se o diagnóstico de pneumonia complicada de cavitação a *Moraxella catarrhalis* e o doente cumpriu terapêutica com amoxicilina/ácido clavulânico durante três semanas pós-alta. A TC de reavaliação aos três meses evidenciou uma pequena lesão fibrocicatricial com desaparecimento da cavitação.

Discussão: A *Moraxella catarrhalis* é um gram-negativo, comensal do trato respiratório superior e, ocasionalmente, responsável por infeções respiratórias, principalmente em fumadores, DPOC ou imunocomprometidos. Os autores gostariam de destacar a raridade deste agente como causa de pneumonia cavitada e enfatizar a importância de excluir causas mais comuns de cavitação, tais como tuberculose e neoplasia do pulmão, através de uma marcha diagnóstica adequada.

Palavras-chave: Pneumonia cavitada. *Moraxella catarrhalis*. Gram-negativo.

29522. DÉFICE DE ALFA-1 ANTITRIPSINA: A IMPORTÂNCIA DO ESTUDO GENÉTICO

J.V. Naia, M.C. Silva, D. Pimenta, R. Pereira, J.F. Cruz, L. Ferreira
Hospital de Braga.

Introdução: O défice de alfa-1 antitripsina (AAT) é uma doença genética hereditária relativamente comum caracterizada por níveis séricos baixos da enzima AAT. Esta patologia predispõe ao desenvolvimento de enfisema pulmonar e de doença pulmonar obstrutiva crónica, bem como doença hepática, vasculite e pancreatite.

Caso clínico: Apresenta-se um homem de 43 anos, ex-fumador, sem outros antecedentes patológicos conhecidos. Antecedentes familiares de défice de AAT, forma homocigótica ZZ (pai). Enviado pelo médico assistente por resultado de AAT de 26,2. Doente assintomático e sem alterações ao exame objetivo. Sem alterações de relevo no estudo analítico efetuado, exceto valor de AAT de 14. Realizou radiografia de tórax que revelou hiperinsuflação e retilinização dos arcos costais. Avaliação funcional respiratória normal, incluindo a DLco. Genotipagem demonstrou ser portador da variante Z e da variante Plowell em heterocigotia. TC de tórax com “discretos sinais de enfisema parasseptal na região apical do lobo superior esquerdo, com a bolha de maiores dimensões atingindo 8 mm. Não existem bronquiectasias. Fígado com textura heterogénea devido à presença de duas lesões hepáticas focais espontaneamente hipodensas, medindo ambas cerca de 10 mm, uma no segmento II e outra no segmento VI”. De momento sem indicação para tratamento de substituição com AAT, pelo que se decidiu manter vigilância.

Discussão: Após a constatação de níveis baixos de AAT, é essencial realizar fenotipagem e/ou genotipagem, sendo a mutação no alelo Z a mais comum, seguida do alelo S e por fim do alelo P (1 em cada 900 amostras). Dentro das mutações no alelo P, a variante Plowell parece ser das mais comuns. Apresenta-se este caso, uma vez que

se trata de uma variante genética rara, pouco descrita e cujos efeitos ainda são pouco conhecidos.

Palavras-chave: *Alfa-1 antitripsina. Estudo genético.*

29543. TENDA PLEURAL: UMA ALTERNATIVA PARA DOENTES COM FUGA AÉREA PROLONGADA?

A. Paiva, R. Costa, C. Pinto, P. Fernandes, P. Pinho

Centro Hospitalar e Universitário São João.

Introdução: A fuga aérea prolongada (FAP) é uma das complicações mais frequentes após ressecção pulmonar. A tenda pleural é um procedimento que diminui a incidência de câmara apical no pós-operatório e sela pequenas fugas com origem no parênquima pulmonar, resultando em menor fuga, remoção mais precoce dos drenos torácicos e internamentos mais curtos. A sua realização deve ser ponderada em doentes com maior risco de desenvolver FAP, como os doentes com DPOC.

Caso clínico: Um homem de 75 anos, ex-fumador, com antecedentes de DPOC, enfisema pulmonar, pneumotórax e obstrução grave das vias aéreas, foi submetido a ressecção em cunha por videotoroscopia de um nódulo pulmonar no lobo superior direito suspeito de malignidade. Período pós-operatório marcado por FAP, persistência de pneumotórax apical e enfisema subcutâneo exuberante. Colocado novo dreno torácico ao 7º dia pós-operatório, apenas com ligeira melhoria do quadro. TAC torácico com pneumomediastino, enfisema subcutâneo marcado e pneumotórax de grande volume à direita. Submetido novamente a cirurgia por videotoroscopia ao 10º dia pós-operatório com revisão de aerostase e criação de tenda pleural. Após revisão de aerostase, com diminuição progressiva da fuga aérea e do enfisema subcutâneo e redução do pneumotórax apical. Retirou dreno ao 25º dia pós-operatório. Alta ao 26º dia.

Discussão: A tenda pleural é um procedimento simples, eficaz e seguro que pode ser realizado num curto período de tempo para reduzir FAP após ressecção pulmonar. Este caso clínico demonstra a importância de identificar os doentes com maior probabilidade de FAP após cirurgia, de forma a equacionar a realização de uma tenda pleural no mesmo tempo cirúrgico.

Palavras-chave: *Fuga aérea prolongada. Tenda pleural.*

29544. “TOSSE DE CÃO”: UM CASO DE BORDETELLA BRONCHISEPTICA EM DOENTE IMUNOCOMPROMETIDO

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

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

Introdução: *Bordetella bronchiseptica* é uma bactéria Gram-negativa que coloniza o trato respiratório dos mamíferos, principalmente cães e suínos. As infeções em humanos são raras e maioritariamente reportadas em doentes imunocomprometidos. O quadro clínico varia desde tosse ligeira a sépsis e morte. Considerando a escassez de casos na literatura, reporta-se o caso de uma infeção respiratória por este agente numa doente imunocomprometida.

Caso clínico: Mulher, 60 anos, com diagnóstico prévio de DPOC e VIH2, a cumprir terapêutica dirigida para ambos. Clinicamente apresentava quadro de cansaço, pieira, dispneia e tosse produtiva mucopurulenta com três dias de evolução. Identificou-se elevação de parâmetros inflamatórios e insuficiência respiratória parcial. A TC torácica revelou opacidades periféricas no lobo superior esquerdo, segmento apical do lobo inferior esquerdo e no lobo inferior direito. Foi medicada empiricamente com levofloxacina e corticóide sistémico. Verificou-se melhoria da dispneia e tosse produtiva, bem como melhoria gasimétrica progressiva. Após 5 dias, obteve-se isolamento de *Bordetella bronchiseptica* no exame microbiológico

de expetoração. Foi apurado que a doente tinha exposição a animais domésticos (cães). Foi terminado o ciclo de antibioterapia instituída previamente e a doente teve alta sem sintomatologia e sem recorrência do quadro. Foi ainda identificado em internamento défice de Imunoglobulina G (IgG), pelo que foi referenciada a consulta de Imunoalergologia.

Discussão: O diagnóstico de infeção por *Bordetella bronchiseptica* pode ser desafiante, visto não existir imagem característica e este poder mimetizar infeção por *Pneumocystis jiroveci*. Este agente deve ser considerado como diagnóstico diferencial de quadros respiratórios em imunodeprimidos. O exame microbiológico de expetoração é essencial, bem como uma história clínica completa com identificação de possível exposição a animais. A doente era cumpridora da terapêutica antirretroviral, no entanto, foi identificado outro fator de risco para desenvolvimento de infeção: défice de IgG.

Palavras-chave: *Bordetella bronchiseptica. VIH. Défice de imunoglobulina G.*

29546. FISTULA ESÓFAGO-PLEURAL: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE EMPIEMA

I. Carvalho, M. Jacob, R. Boaventura

Centro Hospitalar e Universitário do São João.

Introdução: A fistula esófago-pleural (FEP) é uma entidade rara, que pode ser secundária a malignidade, instrumentação esofágica, pós-pneumectomia, ou pode ser espontânea, sendo a última uma condição ainda menos frequente.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do género masculino de 83 anos com antecedentes pessoais de relevo de adenocarcinoma do pulmão (estádio IA) submetido a radioterapia estereotáxica, sem evidência de recidiva e atualmente em vigilância, bem como pneumonia grave a SARS-CoV-2 com evolução para pneumonia organizativa e estenose aórtica grave. Recorreu ao serviço de urgência com queixas de mal-estar, dor torácica e tosse produtiva, associado a temperaturas subfebris. A radiografia de tórax revelou derrame pleural direito e a toracocentese mostrou características macroscópicas compatíveis com empiema, tendo sido internado para antibioterapia e drenagem torácica. Apesar do tratamento instituído, o doente apresentou evolução clínica desfavorável, com dificuldade no controlo de foco. Na avaliação anátomo-patológica do líquido pleural foram identificados resíduos alimentares. O diagnóstico de FEP foi, então, confirmado através de TC torácico com contraste oral. O doente foi submetido a colocação de prótese esofágica e iniciou nutrição parentérica, verificando-se uma melhoria progressiva do derrame pleural.

Discussão: Com a apresentação deste caso clínico, os autores gostariam de realçar a existência desta entidade, a importância de um elevado grau de suspeição aquando da avaliação imagiológica, bem como de rever e discutir os achados imagiológicos e as possibilidades e desafios no tratamento de uma FEP.

Palavras-chave: *Fistula esófago-pleural. Empiema.*

29547. O LADO OCULTO DA DAPSONA

J. Silva, M. Barata, J. Portela, F. Menezes, P. Pedro, J. Soares

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A metahemoglobina (MetHb) é uma forma de hemoglobina oxidada e contrariamente à hemoglobina normal, sem capacidade de ligação ao oxigénio. A metahemoglobinemia define-se como um nível de MetHb > 2%. Doentes com metahemoglobinemia tóxica aguda podem ter hipoxia grave, apesar da administração de oxigénio suplementar, podendo esta ser fatal.

Caso clínico: Mulher de 71 anos, com antecedentes de lúpus eritematoso com envolvimento multissistémico, hipogamaglobuline-

mia, bronquiectasias e infeções respiratórias recorrentes. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre, tosse com expectoração purulenta e dispneia. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, eufneica com aporte de oxigénio a 2 L/min. Analiticamente a destacar hemoglobina 87 g/L, leucocitose 17,4 sem neutrofilia e PCR 19,47 mg/dL. A radiografia de tórax mostrava infiltrados bilaterais generalizados. Dado tratar-se duma doente imunossuprimida com infeções recorrentes, discutiu-se o caso com os colegas de Infeciologia e iniciou-se antibioterapia empírica com meropenem e vancomicina, tendo iniciado também dapsona, devido a isolamento prévio por *Pneumocystis jirovecii*. Ao 3º dia de antibioterapia, a doente estava apirética, com melhoria significativa dos parâmetros inflamatórios, no entanto, clinicamente, mais polipeica, com agravamento da dispneia, cianose central, saturações periféricas de O₂ de cerca de 90%, com dissociação em relação aos valores gasométricos com SatO₂ entre 98-100%. Na gassimetria arterial, verificou-se um valor aumentado de MetHb, a qual atingiu um valor máximo de 25,7%. Pela possibilidade de este achado ser um efeito secundário associado à dapsona, optou-se pela sua suspensão, observando-se um decréscimo progressivo do valor de MetHb até 5,5%. Concomitantemente, o estado clínico da doente melhorou significativamente, tendo tido alta com um aporte de oxigénio de 2 L/min.

Discussão: Este caso clínico tem como objetivo alertar os clínicos para uma maior consciencialização desta condição, assim como para uma monitorização mais controlada da terapêutica instituída. A suspeita clínica precoce e a avaliação são fundamentais para identificar a metahemoglobinemia adquirida, visto que apesar de se tratar de uma situação rara, pode ser fatal.

Palavras-chave: Metahemoglobinemia. Dapsona.

29549. EFEITOS ADVERSOS DAS VACINAS COVID EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

F. Silva, M. Melo Cruz, C. Pinto, J. Silva, A. Fernandes

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

Introdução e objetivos: Averiguar a prevalência dos efeitos laterais das vacinas COVID e compará-los entre as diferentes vacinas e características dos profissionais de saúde de um Centro Hospitalar.

Métodos: Colheita dos dados através de um questionário anónimo, enviado aos profissionais de saúde, através do e-mail institucional, de setembro a outubro de 2021. Realizada análise estatística descritiva e comparativa, com o software SPSS IBM®, versão 23.

Resultados: Obtiveram-se 150 respostas, de um total de 3.312 profissionais (5%), a maioria do sexo feminino (72,7%), com idade mediana de 37 anos (AIQ de 15). A maioria pertencia à equipa médica (42,7%) e de enfermagem (33,3%), sendo que 60% exerce ou exerceu actividade em áreas dedicadas à COVID19. Foram administradas 2 doses a 88,5% dos participantes, a maioria da Pfizer-BioNTech® (82%), seguida da AstraZeneca® (16,7%) e Moderna® (1,3%). Mais frequentemente foram reportados sintomas relativos ao local da administração (1ª dose: 77,3%; 2ª dose: 60,7%), seguidos dos sintomas constitucionais (32,7%; 54%) e gastrointestinais (4%; 12%). De destacar que 16% dos participantes não reportaram sintomas na 1ª e 2ª dose. Na análise comparativa, verificou-se que os sintomas no local de administração estão significativamente associados a participantes com idade inferior ($p = 0,003$; $p = 0,012$) e ao sexo feminino ($p = 0,001$). A presença de infeção prévia associou-se ao relato de sintomas constitucionais ($p = 0,001$) e gastrointestinais ($p = 0,005$). A vacina Pfizer-BioNTech® mais frequentemente motivou sintomas no local da administração ($p = 0,029$) e constitucionais ($p = 0,001$). Já a vacina AstraZeneca® mostrou gerar mais sintomas gastrointestinais ($p = 0,004$).

Conclusões: A presença de sintomas foi mais comum em doentes mais novos, sendo os sintomas no local de administração, sintomas

constitucionais e gastrointestinais mais frequentes, com diferenças entre o tipo de vacina administrada. As mulheres reportaram mais efeitos adversos, no entanto esta tendência já foi reportada noutras vacinas.

Palavras-chave: Vacina. COVID. Efeitos laterais.

29564. UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER PERANTE UMA MASSA PULMONAR

I. Fernandes Pedro, R. Branquinho Pinheiro, G. Moura Portugal, M. Luís Bragança, C. Bárbara

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

Introdução: A neoplasia do pulmão é a principal causa de morte por neoplasia a nível mundial. Perante uma massa localizada no parênquima pulmonar em um doente fumador, a hipótese diagnóstica de neoplasia do pulmão é uma das primeiras a ser equacionada, sendo a maioria adenocarcinomas e representado os sarcomas primários do pulmão 0,5% de todas as neoplasias pulmonares.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem, 62 anos, fumador (carga tabágica 55 UMA). Professor, com exposição a fumos da indústria metalúrgica passada. Com história de dislipidémia e talasémia menor. Referenciado à consulta de Pneumologia após documentação de hipotransparência LIE de novo em radiografia de tórax de rotina. Realizados TC tórax (massa sólida, 3,9 × 2,3 cm no LIE) e biópsia pulmonar transtorácica cuja anatomia patológica revelou tratar-se de um sarcoma, não classificável na amostra. Para estadiamento, realizadas TC CE (sem metastização) e PET-TC (lesão hipermetabólica no segmento superior LIE, com SUV máximo de 6, com extenso contacto pleural e envolvimento pelo menos do folheto visceral; sem adenopatias ou imagens suspeitas à distância). Realizada avaliação funcional respiratória sem contra-indicação para cirurgia pulmonar, tendo sido submetido a lobectomia inferior esquerda. A anatomia patológica da peça cirúrgica revelou tratar-se de um sarcoma fusocelular de alto grau de malignidade indiferenciado com invasão da pleura visceral, não se podendo excluir tratar-se de um tumor maligno da bainha do nervo periférico (biologia molecular ainda em curso). A cirurgia decorreu sem intercorrências, encontrando-se a aguardar RMD em ambulatório para decisão de abordagem terapêutica.

Discussão: Os sarcomas representam um grupo heterogéneo de neoplasias, sendo que os indiferenciados não cumprem critérios histopatológicos de um subtipo bem definido e representam 20% de todos os sarcomas. O caso apresentado ilustra um diagnóstico histológico raro de uma massa pulmonar, ilustrando a necessidade de não esquecer estas entidades menos comuns, que necessitam de abordagens diagnósticas e terapêuticas próprias e personalizadas.

Palavras-chave: Massa. Neoplasia. Sarcoma.

29566. LEIOMIOSSARCOMA NO PULMÃO

I. Duarte, F. Canedo, M. Pinto, P. Nascimento, V. Tosatto, R. Barata Moura, D. Silva, J. Cardoso

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central-Hospital Santa Marta.

Introdução: O leiomiossarcoma é uma neoplasia maligna rara com origem no músculo liso. Ocorre mais frequentemente no útero e trato gastrointestinal, embora todas as estruturas com músculo liso sejam locais de potencial crescimento deste tipo de neoplasia. Reportamos um caso de um provável leiomiossarcoma pulmonar.

Caso clínico: Mulher de 44 anos, natural do Cazaquistão, residente em Portugal há 4 anos. Fumadora de 2 UMA, com exposição a compostos acrílicos desde há 20 anos e história de leiomioma/leiomiomas

sarcoma uterino, submetida a cirurgia, quimioterapia e radioterapia adjuvante há cerca de 8 anos no país de origem. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro com 8 meses de evolução de tosse não produtiva e toracalgia direita ocasional com agravamento em decúbito homolateral. Realizado estudo complementar com TC toracoabdominopélvica, que demonstrou volumosa lesão atípica de 82 × 68 × 46 mm de provável origem primária pulmonar no lobo inferior esquerdo. Videobroncofibroscopia com abaulamento da parede do brônquio segmentar posterior do brônquio lobar inferior esquerdo, sem evidência de células neoplásicas em escovado brônquico e punção aspirativa. PET-TC com captação em massa no lobo inferior esquerdo e hipermetabolismo no lobo occipital direito. Prosseguiu-se o estudo com realização de RMN cranioencefálica, suspeita de metastização cerebral. Para esclarecimento de lesão sólida pulmonar, realizou-se ecoendoscopia com punção aspirativa com agulha fina, com achados suspeitos de tumor maligno com diferenciação de músculo liso (leiomiossarcoma).

Discussão: A marcha diagnóstica de massas mediastínicas é um desafio. A clínica atípica, a alta taxa de recidiva e o mau prognóstico impõe um elevado grau de suspeição sobretudo mediante história pregressa de leiomiossarcoma. Ainda assim, é essencial o diagnóstico diferencial com neoplasia primária pulmonar.

Palavras-chave: *Leiomiossarcoma. Massa mediastínica. Toracalgia.*

29579. MASSA PULMONAR. LINFOMA DE HODGKIN

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

Centro Hospitalar Médio Tejo.

Introdução: Os linfomas são doenças multissistémicas que tipicamente afectam os gânglios linfáticos, mas podem ter apresentações extra nodais, incluindo pulmonares, em 2% dos casos.

Caso clínico: Homem de 31 anos, não fumador, sem antecedentes pessoais de relevo, que iniciou quadro de tosse seca e de opressão torácica com extensão ao pescoço em Março de 2021, associado a astenia generalizada e perda ponderal. No início de Junho tosse com expectoração amarelada, por vezes raiada de sangue, tendo sido medicado com antibiótico. Por persistência dos sintomas, realizou uma tomografia computadorizada (TC) do tórax e pescoço que revelou lesão traqueal, massa pulmonar no lobo inferior esquerdo (LIE) cavitada, e múltiplas adenomegalias. Ao exame físico destacou-se adenopatias palpáveis submandibular esquerda, supraclavicular direita e axilar esquerda e auscultação pulmonar com estridor, tempo expiratório aumentado e sibilos expiratórios. Devido à lesão traqueal, foi submetido a broncoscopia rígida no Hospital de Santa Maria, cujas biópsias foram negativas para neoplasia, pelo que realizou biópsia aspirativa trans-torácica da lesão pulmonar do LIE, que igualmente não foi diagnóstica. Foi repetida TC de tórax sob corticoterapia sistémica com melhoria das lesões. Para estadiamento tumoral, efectuou ainda TC de crânio e TC abdomino-pélvica, destacando-se a existência de lesões secundárias na coluna lombar. Regressou ao serviço de urgência um mês após a alta por retoma da sintomatologia e encontrava-se em desmame de corticoterapia. Realizou TC de tórax que demonstrou ressurgimento das lesões e aparecimento de novas imagens nodulares. Realizou broncoscopia flexível para nova recolha de material, cujas biópsias brônquicas permitiram o diagnóstico de linfoma, mais concretamente de linfoma de Hodgkin clássico. Foi então orientado para o Serviço de Hematologia do Hospital dos Capuchos.

Discussão: Com este caso, os autores pretendem mostrar uma entidade pouco frequente na sua prática clínica - jovem com atingimento traqueal e pulmonar de linfoma e já com lesão secundária

Palavras-chave: *Massa pulmonar. Linfoma de Hodgkin. Corticoterapia.*

29619. FÍSTULA BRONCOPLEURAL E UM CORPO ESTRANHO INESPERADO

M. Duarte-Silva, J. Rodrigues, I. Moreira, A. Magalhaes, R. Gerardo, D. Maia

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Introdução: A fístula broncopleurá (FBP) é mais comumente encontrada após uma ressecção pulmonar, com uma frequência variável de 4,5-20% após pneumectomia e 0,5-1% após uma lobectomia. As FBP pós-operatórias podem ser classificadas com agudas, subagudas ou crónicas. A forma aguda pode apresentar da forma de pneumotórax hipertensivo requerendo intervenção cirúrgica imediata. As formas subagudas e crónicas apresentam-se de forma insidiosa e estão habitualmente associadas a processos infecciosos.

Caso clínico: Apresentamos um caso clínico de um homem de 74 anos submetido a lobectomia inferior esquerda com *sleeve* brônquico e esvaziamento ganglionar mediastínico por toracotomia por carcinoma neuroendócrino. Re-operado com re-anastomose brônquica por “*kinking* da anastomose”. Como intercorrências pós operatórias salienta-se insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica invasiva associada a empiema a *Candida albicans* e *Enterococcus faecium* e fístula broncopleurá à esquerda. Optou-se por uma atitude conservadora com antibiótica e antifúngica dirigida. Verificou-se uma melhoria clínica permitindo desmame ventilatório e exteriorização de um dos drenos torácicos colocados no intra operatório. Durante o internamento apresentou um episódio de estase gástrica e farfalheira com aspiração aparente conteúdo alimentar. Realizou broncofibroscopia (BFO) que identificou cuff insuflado mas ultrapassável pelo BFO, sem fístula traqueoesofágica. Visualizou-se no entanto a presença de FBP no coto esquerdo com uma porção do dreno torácico intrabrônquico. Após discussão com Cirurgia Torácica, perante a fragilidade do doente e dreno não borbulhante optou-se por exteriorizar a drenagem torácica. Observou-se uma evolução favorável, mantendo uma pequena loca pleural com componente aéreo subjacente ao coto da lobectomia inferior esquerda em TC de reavaliação.

Discussão: As FBP são uma das complicações mais graves após uma cirurgia torácica. O diagnóstico deve ser precoce e geralmente obtido com recurso a broncofibroscopia e a tomografia computadorizada. A presença de um dreno pleural numa FBP é inesperado, com 1 caso descrito na literatura.

Palavras-chave: *Fístula broncopleurá. Dreno torácico. Broncofibroscopia.*

29626. GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE - UMA PATOLOGIA A SUSPEITAR

M. Bragança, G. Portugal, I. Pedro, V. Maione, F. Ferro, A.I. Coutinho, L. Ferreira, L. Carvalho, C. Bárbara

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A granulomatose com poliangeíte (GPA) é uma entidade rara caracterizada por vasculite necrotizante de pequenos e médios vasos. É uma doença multisistémica que afeta predominantemente as vias aéreas, pulmão e rim. Apresenta-se frequentemente com sintomas subagudos constitucionais ou respiratórios inespecíficos, tornando o diagnóstico desafiante.

Caso clínico: Mulher de 74 anos, ex-fumadora, com antecedentes de hipotireoidismo e quadro de tosse seca, dispneia e febre com 9 dias de evolução. Ao exame objetivo destacava-se saturação periférica de O₂ de 92% e analiticamente constatou-se insuficiência respiratória parcial e elevação parâmetros inflamatórios. A telero-diografia de tórax revelou hipodensidades pulmonares bilaterais e a TC-tórax documentou consolidações nodulares bilaterais. Assim

foi proposto internamento em Medicina onde cumpriu antibioticoterapia empírica para pneumonia. Contudo, por ausência de melhoria clínica e analítica, foi transferida para o Serviço de Pneumologia, onde repetiu TC-tórax que evidenciou aumento das consolidações nodulares e estudo analítico alargado donde se destaca positividade para anticorpo anti-citoplasma neutrófilo PR3 (c-ANCA). A avaliação do sedimento urinário revelou hematúria microscópica e proteinúria não nefrótica e a ecografia renal demonstrou alterações compatíveis com nefropatia não obstrutiva. Efetuou-se broncofibroscopia que mostrou inflamação nodular difusa da árvore traqueo-brônquica, cujas biópsias brônquicas revelaram extenso infiltrado inflamatório, exsudado fino-granulocitário e áreas de necrose fibrinóide. Após discussão em Reunião Multidisciplinar, assumiu-se o diagnóstico de GPA. A doente iniciou terapêutica com prednisolona e ciclofosfamida para indução de remissão, com melhoria clínica, analítica e imagiológica.

Discussão: A apresentação inespecífica da GPA dificulta o seu diagnóstico. É necessário um elevado índice de suspeição e uma equipa médica experiente que integre dados clínicos, analíticos, imagiológicos e patológicos. O seu reconhecimento e tratamento precoce são críticos para a redução da morbimortalidade, e apesar da remissão clínica ocorrer em 75% dos doentes, as recorrências são frequentes obrigando ao seguimento prolongado.

Palavras-chave: *Granulomatose com poliangeite. Anticorpo anti-citoplasma neutrófilo PR3. Consolidações pulmonares. Hematúria. Proteinúria.*

29630. O PAPEL DA GABAPENTINA NA TERAPÊUTICA DA TOSSE: UMA REVISÃO DA EVIDÊNCIA

D. Rocha, M.J. Faria

USF Aquilino Ribeiro, ACeS Douro Sul.

Introdução e objetivos: A tosse crónica é considerada um problema clínico desafiante devido à sua frequência e opções terapêuticas, muitas vezes limitadas. A tosse crónica refratária ao tratamento médico instiga comprometimento da qualidade de vida. A existência de semelhanças entre a sensibilização do reflexo central na tosse crónica refratária e a dor neuropática sugerem que a abordagem farmacológica com neuromoduladores como a gabapentina podem ser eficazes como terapêutica para a tosse crónica refratária. Assim, o objetivo desta revisão é avaliar o benefício do neuromodulador, gabapentina, como estratégia terapêutica na tosse.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa de metanálises, revisões sistemáticas, estudos controlados aleatorizados, Nocs, nas bases de dados PUBMED, Cochrane, Embase, utilizando os termos MeSH “Gabapentin” e “Cough”, publicados nos últimos 10 anos, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Utilizou-se a escala SORT para a atribuição dos níveis de evidência e força de recomendação.

Resultados: Obtiveram-se 42 resultados na pesquisa inicial, foram excluídos 21 pela análise do título, 9 pelo resumo e 5 pela leitura integral do artigo, incluindo assim, 7 artigos para análise. A maioria dos estudos evidenciou eficácia e boa tolerância da utilização da gabapentina no tratamento da tosse crónica refratária. Além disso, esta terapêutica melhorou significativamente a qualidade de vida dos doentes em comparação com placebo. Contudo, verificaram-se limitações dos estudos incluídos devido a amostras reduzidas ou escassa literatura no tratamento a longo prazo.

Conclusões: A utilização gabapentina parece ser benéfica no controlo da tosse e melhoria da qualidade de vida em utentes com tosse crónica refratária. No entanto, são necessários mais estudos que demonstrem o seu perfil de segurança e fortaleçam a evidência conhecida.

Palavras-chave: *Gabapentina. Tosse.*

29633. METASTIZAÇÃO AXILAR SEM TUMOR PRIMÁRIO

A.M. Mestre, C. Guimarães, C. Matos, F. Nogueira

HEM-CHLO.

Introdução: A metastização ganglionar axilar no cancro do pulmão é rara. O mecanismo através do qual este processo ocorre não é completamente compreendido, podendo ocorrer através de: invasão direta da parede torácica, disseminação a partir de gânglios linfáticos supraclaviculares e mediastínicos, ou origem sistémica.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de mulher de 62 anos, não-fumadora, sem antecedentes relevantes, encaminhada para a consulta de cirurgia geral por aparecimento de massa axilar direita há 1 mês, com aumento dimensional progressivo. No exame objetivo apresentava rubor local, sem calor e palpava-se massa com cerca de 3/4 cm, pétrea e aderente aos planos profundos. A biópsia transcutânea revelou tratar-se de metástase de adenocarcinoma do pulmão (CK7+, TTF1+; Ki67 80%), com estudo molecular positivo para PD-L1 (80%), ALK, ROS1 e EGFR negativos. A investigação complementar realizada mostrou apenas “ténue densificação intersticial em vidro despolido no segmento interno do LM, provavelmente inflamatória ou sequelar”, e volumosa formação nodular hipodensa na axila direita com 4,7 × 4,1 cm, necrosada e com hiperdensidade envolvente na TC-tórax, coexistindo adenopatias de menores dimensões na axila direita e cadeia mamária interna; a PET-TC revelou hipercaptção anómala em gânglios axilares direitos e micronódulo pulmonar inferior direito sem hipermetabolismo. Foi ainda avaliada em consulta de semiologia, tendo sido excluída origem mamária. O caso clínico foi discutido em reunião multidisciplinar, e repetida biópsia que confirmou a origem pulmonar (TxN0M1c). Realizou RT-antiálgica sobre a massa/conglomerado adenopático seguida de imunoterapia com Pembrolizumab com excelente tolerância. Na reavaliação ao 5º ciclo permanecia sem alterações pleuroparenquimatosas valorizáveis, verificando-se redução significativa da dimensão do conglomerado adenopático, que se apresentava em TC-tórax apenas como uma densificação pseudonodular da gordura.

Discussão: Este caso retrata uma forma rara de apresentação do cancro do pulmão. A impossibilidade de identificação do tumor primário não deve atrasar o início da terapêutica, excelentemente tolerado pela doente, permitindo recuperação de qualidade de vida.

Palavras-chave: *Metastização axilar. Cancro do pulmão.*

29634. ASPERGILOSE PULMONAR - APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

S. Ferreira¹, M. d’Almeida¹, J.C. Duarte¹, A.L. Garcia², C. Lousada¹

¹*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Médio Tejo.*

²*Unidade Funcional de Cirurgia Torácica do IPO de Coimbra.*

Introdução: O *Aspergillus* é um fungo saprofítico, presente no nosso meio e responsável por um número considerável de doenças pulmonares, sendo a principal causa de infeção pulmonar fúngica, essencialmente relacionada com o estado de imunidade subjacente do hospedeiro.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 42 anos de idade, com antecedentes de depressão, bócio multinodular e quistos mamários, medicada diariamente e desde há 4 meses com sertralina e metamizol. Foi internada no Serviço de Medicina Interna por um quadro de sépsis após lesão ulcerada do canal anal, com disseminação hematogénea e pulmonar, sem agente microbiológico identificado, apresentando analiticamente neutropenia grave ($0,05 \times 10^9/L$) e na avaliação imagiológica por tomografia computadorizada (TC) Torácica múltiplas lesões nodulares irregulares bilaterais dispersas, com halo em vidro despolido. Dadas as alterações imagiológicas, foi refe-

enciada à Consulta de Pneumologia. Apresentava-se sem queixas respiratórias e a re-avaliação por TC Torácica, 4 meses após a resolução do quadro infeccioso, mantinha ainda vários nódulos, o maior com 11 mm. Procedeu-se ao estudo complementar, com broncofibroscopia, sendo a microbiologia e citologia do aspirado brônquico negativa, pesquisa de imunoglobulinas e precipitinas de *Aspergillus fumigatus* negativa e biópsia pulmonar transtorácica sem evidência de neoplasia. Foi, então, sujeita a ressecção cirúrgica de um nódulo, que revelou alterações sugestivas de aspergiloma, assumindo-se o diagnóstico de aspergilose pulmonar com pequenos aspergilomas dispersos. Cumpriu terapêutica com itraconazol 200 mg duas vezes/dia, durante um ano, com redução exuberante tanto do número como das dimensões dos nódulos pulmonares.

Discussão: Os autores pretendem com este caso destacar uma agranulocitose grave, provavelmente secundária ao metazolol, que predispôs ao desenvolvimento de uma aspergilose pulmonar com múltiplos aspergilomas dispersos. Destaca-se, ainda, a dificuldade no diagnóstico com um exaustivo estudo complementar, tendo sido conseguido apenas com recurso a biópsia excisional cirúrgica.

Palavras-chave: *Aspergillus*. *Aspergilose pulmonar*. *Aspergilomas*. *Agranulocitose*.

29637. NOCARDIOSE TRAQUEAL

R. Quita, B. Ferraz, B. Silva, N. Faria, C. Lacerda, C. Dias

Centro Hospitalar e Universitário do Porto.

Introdução: A nocardiose é uma infecção bacteriana tipicamente oportunistas, no entanto 1/3 dos doentes são imunocompetentes. Tem a capacidade de causar doença localizada ou sistêmica, de entre as quais pulmonar. A nocardiose pode frequentemente mimetizar outro tipo de patologias, tais como neoplasias malignas.

Caso clínico: Homem de 70 anos, autónomo, com antecedentes HTA, dislipidemia e adenocarcinoma do cólon diagnosticado em 2005. Submetido a cirurgia, quimiorradioterapia e em vigilância desde então. Detetada metástase pulmonar direita em 2010, tendo sido submetido a metastasectomia (margens livres) e quimioterapia adjuvante. Estabilidade nas avaliações posteriores. Em 2018 foi identificado nódulo subsólido no LSE, cujo resultado da biópsia transtorácica guiada por TC (BPTT) foi inconclusivo. Face a incremento dimensional foi realizada nova BPTT, que confirmou adenocarcinoma do pulmão. Foi proposto para lobectomia e eventual QT adjuvante. Realizou broncofibroscopia pré-operatória que identificou uma lesão esbranquiçada na parede traqueal direita, com aspeto necrosado, de cerca de 1 cm, suspeita de malignidade. Foram realizadas biópsias, cujo estudo microbiológico identificou bacilos gram-positivos ramificados, a confirmar *Nocardia* spp. Histologia sem sinais de malignidade. O doente apresentava-se totalmente assintomático. Tomografia computadorizada toracoabdominopélvica e cerebral sem infiltrados ou cavitações pulmonares ou lesões extrapulmonares compatíveis com disseminação de nocardiose. Foi iniciada terapêutica antimicrobiana durante 1 mês com cotrimoxazol e linezolid e posteriormente com cotrimoxazol em monoterapia. Foi decidido avançar para o procedimento cirúrgico da doença neoplásica, 2 meses após terapêutica antibacteriana, na medida em

que a infecção se encontrava localizada. O doente encontra-se, neste momento, a aguardar reavaliação imagiológica.

Discussão: A nocardiose é uma infecção bacteriana pouco comum. Neste caso, a sua apresentação endobronquica em doente com neoplasia maligna do pulmão, mimetizou e levantou a suspeita de metástase pulmonar. A importância da broncofibroscopia pré-operatória e do estudo microbiológico da biópsia endobronquica foi chave no diagnóstico diferencial e preveniu evolução para doença sistêmica.

Palavras-chave: *Nocardiose traqueal*. *Infeções oportunistas*. *Broncofibroscopia*.

29640. VACINAÇÃO E GRAVIDADE DA INFEÇÃO SARS-CoV-2 NA IDADE PEDIÁTRICA

J. Silva

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo-Hospital Garcia de Orta.

Introdução e objetivos: A infecção pelo vírus SARS-CoV-2, teve início em Dezembro de 2019 em Wuhan, na China. Desde então, tem-se disseminado de forma exponencial por todo o Mundo, podendo atingir qualquer faixa etária (FE). Devido à gravidade da pandemia, produziram-se vacinas para prevenir infecção respiratória aguda grave. Inicialmente estas vacinas foram administradas nos adultos, estando atualmente aprovadas nas idades pediátricas, em diversos países, nomeadamente em Portugal, cuja administração pode ser efetuada a partir dos 5 anos. Este trabalho tem como objetivo aferir o estado vacinal contra a COVID-19, assim como a gravidade da doença em crianças dos 5-15 anos.

Métodos: Este estudo consistiu num estudo observacional retrospectivo, através da análise de 100 inquéritos epidemiológicos aleatórios efetuados a crianças infetadas por SARS-CoV-2 na FE5-15 anos num determinado ACES da região de Lisboa em Janeiro de 2022.

Resultados: Verificou-se que 59% das crianças infetadas são do género masculino, com uma média de idades 10,6 anos, pertencendo 56% à FE 5-11 anos. Relativamente ao estado vacinal contra a COVID-19, globalmente 64% são não vacinados, sobretudo na FE 5-11 anos, que atinge os 95%, sendo apenas de 20% na FE12-15. Em relação à sintomatologia, a maioria dos casos, apresentou sintomas ligeiros, sobretudo congestão nasal, odinofagia, cefaleias, sendo que 38% das crianças infetadas foi assintomática. A alta ocorreu ao 7º dia para 97% dos infetados.

Conclusões: Os resultados obtidos, apesar das limitações do estudo, demonstram que qualquer criança, independentemente da faixa etária, está suscetível à infecção por SARS-CoV-2, no entanto, a maioria apresenta doença ligeira, sendo muitas delas assintomáticas. Também foi possível constatar que a maioria das crianças na FE 5-11 anos ainda não possui esquema vacinal contra a COVID-19. As vacinas têm-se demonstrado seguras nesta FE, no entanto, ainda há muito receio dos pais em vacinar os filhos mais pequenos. É fundamental desenvolver mais estudos acerca da segurança, eficácia e imunogenicidade destas vacinas, de forma a proteger crianças e adultos, para o seu bem estar físico, psíquico e social.

Palavras-chave: *SARS-CoV-2*. *Idade pediátrica*. *Vacinação*.